

Kinderorientierte Familientherapie – Eine neue Methode aus Skandinavien zur besseren Integration jüngerer Kinder in die Familientherapie

Bernd Reiners

Zusammenfassung

Es wird eine Methode vorgestellt, die Spielfreude, Kreativität und insbesondere die Kinderperspektive in die familientherapeutische Arbeit einführt. Dieses Verfahren ist besonders geeignet für Familien mit Kindern von ungefähr vier bis zehn Jahren, die in Gesprächen häufig nicht in der Lage sind, ihre Sicht adäquat auszudrücken. Im Zentrum steht das gemeinsame Spiel der Eltern und des Kindes, zum Beispiel mit Holzfiguren im Sandkasten. Dieses spiegelt sowohl das Innenleben des Kindes als auch die Beziehungsmuster der Familie. Systemisch-reflektierende Gedanken können vom Therapeuten eingeführt werden, indem er mit seiner Alter-Ego-Figur in das Spiel „geht“. Für die anschließende Diskussion wird die Interaktionssequenz gefilmt. Der Ablauf der Therapie wird ebenso dargestellt wie der theoretische Hintergrund und erste Forschungsergebnisse.

Schlagwörter: Familientherapie – jüngere Kinder – Psychodrama – Spieltherapie – Videoaufnahmen

Summary

Child orientated family therapy – A new method from Scandinavia for a better integration of younger children into family therapy

In this article a method to initiate creativity and especially the angle of the child into family therapy is presented. This procedure works best for families with children at the age from four up to ten, who often can't explain their own point of view in a discussion. It consists in the parents play together with their child e. g. with wooden figures in a sandpit. This reflects both the inner thoughts and feelings of the child and the communication patterns of the family. The therapist can "go in" with his alter-ego-figure into the play and initiate systematical or reflecting thoughts. For further discussion with the family the interaction is filmed. The course of a therapy is shown as well as the theoretical background and first studies.

Key words: family therapy – younger children – psychodrama – play therapy – video recording

1 Einführung

Zum Einstieg zwei Fallvignetten:

Der zehnjährige Jan¹ wird wegen Enkopresis vorgestellt. Die Eltern haben schon „alles“ probiert, aber er versteckt weiterhin seine Unterhosen und ignoriert selbst dann sein „Missgeschick“, wenn schon die Vorbeigehenden die Nase rümpfen. Der Vater meint, er sei „einfach nur zu faul“, die Mutter zweifelt, ob sie „konsequent genug“ sei. Beide „verstehen diesen Jungen einfach nicht“. Deutlich wird, dass Jan häufig Schelte bezieht, nicht nur wegen der verdreckten Unterhosen. Die Eltern beklagen, dass er sich „nichts“ zutraut. Was tun? Kindertherapie um das Selbstwertgefühl von Jan zu stärken und herauszufinden, was tatsächlich sein Problem ist? Verhaltenstherapeutisches Training? Das hilft zwar möglicherweise gegen die Enkopresis, das zugrundeliegende Problem wird jedoch nicht unbedingt erkannt und bearbeitet. Familientherapie? Da würde Jan wohl kaum viel zu sagen haben. Er ist schüchtern und schweigsam, vor allen Dingen, wenn es um Probleme geht. Elternberatung? Wo bleibt da Jans eigene Perspektive und sein Mitspracherecht?

Die Eltern der siebenjährige Jana haben sich vor vier Jahren getrennt. Bisher lebte Jana im Wochenwechsel beim Vater mit dessen Freundin beziehungsweise bei der Mutter mit deren Freund. Mit der Einschulung wurde jedoch deutlich, dass dieses Modell zu viele Absprachen erfordert: Nicht nur die Schule ist überfordert mit den häufigen Wechseln, auch die Klassenkameradinnen und nicht zuletzt Jana selbst. Die Eltern können sich jedoch nicht einigen, wo Jana leben soll. Beide hätten Jana gerne „ganz“. Auch hier wieder: Was tun? Eine Kinderdiagnostik um Janas Wünsche zu verstehen? Würde man ihr damit nicht den „schwarzen Peter“ der Entscheidung zuschieben? Wäre nicht außerdem zu befürchten, dass der „benachteiligte“ Elternteil die „Diagnose“ infrage stellen würde? Elterngespräche, um bei den Eltern eine Einigung zu erzielen? Wo bliebe da Janas eigener Standpunkt? Kann man sich da ausschließlich auf die Berichte der Eltern verlassen? Familiengespräche? Jana erzählt beim Vater, dass sie lieber dort leben möchte und bei der Mutter, dass sie bei ihr leben möchte. Würde ein Familiengespräch sie nicht zu sehr in einen Loyalitätskonflikt versetzen? Sind Gespräche mit Erwachsenen in solch einem Fall die richtige Methode für eine Siebenjährige?

Natürlich sind die in den Fallvignetten angesprochenen Lösungsangebote durchaus sinnvoll und werden auch erfolgreich angewendet. Letztlich sind sie aber insbesondere für Systemtherapeuten oft nicht zufriedenstellend, weil entweder die Perspektive des Kindes oder die Interaktionsmuster der Familie zu wenig deutlich werden und damit zu wenig bearbeitbar sind.

Genau für solche Fälle ist die kinderorientierte Familientherapie (barnorientierterad familjeterapi – BOF) gedacht. Barbro Sjölin-Nilsson (2005), die promi-

¹ Die verwendeten Namen sind selbstverständlich verändert.

nenntestete Vertreterin von BOF in Schweden – sie führt unter anderem seit mehr als einem Jahrzehnt zweijährige BOF-Ausbildungen in Schweden durch – drückt es so aus: „BOF vereint das Beste aus Familientherapie und Kindertherapie.“ Zentraler Punkt ist, dass Eltern und Kinder gemeinsam unter der Mitwirkung des Therapeuten etwas *tun*. Dies kann zum Beispiel ein gemeinsames Spiel mit verschiedenen Figuren im Sandkasten sein. Soltvedt (2005), der Begründer der Methode, legt aber Wert darauf, dass es nicht um eine „Sandkastentherapie“ geht, sondern um eine Therapie mit Hilfe der gemeinsamen Handlungen („samhandlingsterapi“). Dort symbolisiert sich sowohl das Innenleben aller Beteiligten als auch ihre Interaktionsmuster. Für Kinder im Spielalter ist es die Methode der Wahl, da das Spiel die „Sprache des Kindes“ (Gauda 2001) ist. Eltern verstehen erstens mit Hilfe des Therapeuten auf dieser Symbolebene das Verhalten des Kindes und die Interaktionen der Familie besser, und zweitens sind sie im Spiel eher bereit, Alternativen zu wagen als direkt im „richtigen Leben“.

2 Was genau ist BOF?²

Kinderorientierte Familientherapie – im Folgenden nach der schwedischen Bezeichnung „barnorienterad familjeterapi“ kurz „BOF“ genannt – wurde von dem norwegischen Psychologen und Kinderpsychotherapeuten Martin Soltvedt in den achtziger und neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt. BOF ist geeignet für Familien mit Kindern im Spielalter bis zu circa 10 Jahren, die bei gewöhnlichen Familiengesprächen leicht „untergehen“. BOF führt die Kinderperspektive in die familientherapeutische Arbeit ein. Der Fokus liegt auf der gemeinsamen Handlung (samhandling) in der Familie.

Zunächst gibt es ein (oder mehrere) *Vorgespräch(e)* mit den Eltern. Dort wird die Bedeutung des Spiels erklärt: Ressourcen und Stärken werden dort ebenso deutlich wie Interaktionsmuster und der Veränderungsbedarf. Einige Beispiele, wie reale Probleme sich im Spiel zeigen, werden zur Verdeutlichung ausgeführt. Das Spielmaterial ist nicht standardisiert, bestimmte Dinge gehören jedoch dazu: ein Sandkasten auf einem Rolltisch, Menschenfiguren, wilde und zahme Tiere, Fahrzeuge, Häuser, Zäune, Bäume etc. Bei bestimmten Störungen bieten sich entsprechende Möbel zusätzlich an. Bei der eingangs erwähnten Enkopresis sollte zum Beispiel ein Toilettensitz nicht fehlen. Hier ist es sicherlich möglich, die aus dem Scenotest (von Staabs 1964) bekannten Figuren zu verwenden. Für BOF werden jedoch gewöhnlich größere Figuren verwendet. Gerade bei den Menschenfiguren empfehlen sich nicht die im Scenotest vorhandenen Biegepüppchen, da diese im Sand nicht gut stehen können. Über das Zeigen des Spielmaterials hinaus wird erklärt, dass die 15- bis 20-minütigen Spielsequen-

² Im Folgenden beziehe ich mich auf Sjölin-Nilsson (im Druck).

zen auf Video aufgenommen werden, um anschließend diskutiert werden zu können.

In der *ersten Spielsequenz* spielt der Therapeut³ mit seiner Alter-Ego-Figur mit dem Kind, während die Eltern zusehen. Der Therapeut baut zunächst ein eigenes Gelände mit Haus, einem Haustier und einem Zaun mit einem Tor um das Haus auf. Währenddessen wird das Kind gefragt, ob es ebenfalls ein eigenes Gelände aufbauen möchte. Die Alter-Ego-Figur des Therapeuten fängt sofort an, sich mit seinem Haustier darüber zu unterhalten, was im Sandkasten um ihn herum, also auf der Seite des Kindes, geschieht. Besonders interessiert ist er am Kontakt mit dem Kind: Beherrscht das Kind Rollen- und Symbolspiel? Wie sucht es Kontakt? Plötzlich und unerwartet? Langsam und vorsichtig? Schauen seine Figuren überhaupt nicht in die Richtung der Alter-Ego-Figur? Kommt die Figur des Kindes vorbei und lädt zu einer Party ein? usw.

Bei Jan, dem Jungen aus der ersten Fallvignette, war es zum Beispiel so, dass er stets abwartete, was der Therapeut tat, um dann etwas Ähnliches nachzuahmen. Als der Therapeut sich mit seinem Hund zu unterhalten begann, nahm Jan einen Hasen, mit dem sich seine Alter-Ego-Figur unterhielt und sogar „Stöckchen“ spielte. Darüber hinaus war interessant, dass es während der ganzen Spielsequenz nicht gelang, von Jan (bzw. Johannes, wie er sein Alter-Ego nannte) eingeladen zu werden. Er selbst schlug eine Einladung von Björn (Alter-Ego-Figur des Therapeuten) aus. Johannes spielte mit seinem Hasen, beobachtete offenbar sehr genau den Therapeuten, lud ihn aber zu keinerlei Interaktion ein.

Das *Nachgespräch* über die Spielsequenz kann je nach Alter und Möglichkeiten des Kindes direkt im Anschluss an die Spielsequenz stattfinden oder zu einem anderen Termin. Im Nachgespräch wird diskutiert, ob und wie es dem Therapeuten gelungen ist, das Kind zu erreichen und umgekehrt. Dieses Gespräch kann mit Eltern und Kind gemeinsam geführt werden, häufig jedoch bietet es sich an, dass die Kinder nicht dabei sind, da sie sonst wieder eher gelangweilt an dem Gespräch teilnehmen: eine Situation, die durch BOF gerade verhindert werden soll.

Darüber hinaus ist eine wichtige Frage, was die Eltern aus ihrem Leben mit dem Kind wiedererkennen. Was im Spiel könnte mit ihrem Problem zusammenhängen oder dieses spiegeln? Zum Beispiel könnte der Therapeut, dessen Alter-Ego in der gesamten Spielsequenz nicht von dem Kind eingeladen wird, sondern nur zugucken darf, wie dieses spielt, äußern, dass er sich außen vor gelassen fühlt. Der Vater könnte dann zum Beispiel äußern, dass er dieses Gefühl bei seiner Tochter nur zu gut kennt. Hier kann der Therapeut nicht nur zeigen, dass das Spiel Gefühle hervorrufen kann, die im „wirklichen Leben“ der Familie auch vorkommen, er kann ebenfalls mit dem Eingestehen eigener Unsicherheiten die Angst der Eltern vor dem Spiel senken. Darüber hinaus erleben sie, dass

³ Im vorliegenden Artikel wird jeweils die männliche Form benutzt, Therapeutinnen sind jedoch stets mitgedacht.

ihre eigenen Schwierigkeiten auch vom Therapeuten nachvollzogen werden können. Nicht zuletzt können sie auch das Verhalten des Therapeuten in gelungenen Spielsequenzen als Modellverhalten betrachten.

In einem zweiten Schritt geht es darum, ein Ziel in „Spiel-Vokabeln“ zu formulieren, zum Beispiel „Wie können wir Anna dazu bekommen, etwas länger bei einem Treffen zu bleiben?“, „Wie könnte es gehen, mit dem Elefanten zu reden, der so plötzlich den Zaun niedergerannt hat?“ Auch hier soll wieder das Wesentliche aus dem Nachgespräch mit Jans Eltern beleuchtet werden:

Den Eltern kam Jans Verhalten, seine abwartende, nachahmende Haltung sehr bekannt vor. Ebenso die fehlende Einladung zur Interaktion. Entlastend war für sie vor allen Dingen die Bemerkung des Therapeuten, dass er es schwer fand, mit Jan direkt in Kontakt zu kommen, obwohl er bemerkte, wie sehr Jan ihn beobachtete. Beide Eltern waren völlig fasziniert, wie viel „Wirklichkeit“ sich in diesen zehn Spielminuten spiegelte. Als Ziel im Spiel wurde Folgendes festgelegt: Johannes sollte zu direkten Interaktionen animiert werden und er sollte eigene Impulse entwickeln, also Dinge nicht nur nachahmen.

Dieses Ziel ist besonders wichtig für die *zweite Spielsequenz*, in der die Eltern mit dem Kind spielen. Die Alter-Ego-Figur des Therapeuten steht am Rand des Sandkastens zur Verfügung, spielt jedoch nur in ausgewählten Situationen mit und ist so in der Lage, systemische oder lösungsorientierte Ideen mit in das Spiel zu bringen. Zum Beispiel könnte sie dem Vater helfen, die Mutter bei einem Streit mit ihrem Sohn zu unterstützen ohne sich einzumischen.

Häufig sind die Eltern in einer ersten Spielsituation unsicher, sie sind das Spielen nicht gewohnt und versuchen „richtig“ zu spielen, bloß nichts falsch zu machen. Zunächst benötigen Eltern daher Entlastung, dass es Eltern häufig so geht, dass man aber letztlich kaum anders kann, als sich selbst zu spielen.

In der gemeinsamen Spielsequenz von Jan und seinen Eltern fiel zunächst auf, dass Jans Vater über die Hälfte des Sandkastens in Anspruch nahm, bevor das „eigentliche Spiel“ begann (wie er selbst es im Nachgespräch ausdrückte). Jan nahm sich etwa soviel Platz wie im ersten Spiel, so dass für Jans Mutter kaum etwas übrig blieb. Im Verlauf gelang es dem Vater, Jan zu einer Aktivität „mitzunehmen“, jedoch war dies keine eigene Initiative, wie er nachher erklärte. Die Mutter hingegen beobachtete mehr. Der Therapeut sah sich zu keiner Situation genötigt, in das Spiel einzugreifen. Gegen Ende telefonierte sein Alter-Ego mit seinem (fiktiven) Freund, dem er ressourcenorientiert den Spielverlauf schilderte und eine Verabredung für den kommenden Abend ausmachte. (Diese Intervention führt der Autor seitdem als „invariante Intervention“ am Ende jedes Spiels durch, da sie spielerisch Gelegenheit bietet, das Spiel positiv zu konnotieren und gleichzeitig zu beenden.)

Auch hier gibt es ein *Nachgespräch*. Es findet automatisch auf der Metaebene des Spiels statt. Zum Beispiel kann hier diskutiert werden, wofür die Platzverhältnisse in der Aufbausituation stehen, was gut gelungen ist und was weniger. So kann der Therapeut zum Beispiel fragen, ob er zu streng war, ob der Vater

(oder seine Figur) Hilfe benötigt hätte oder Ähnliches. Im Beispiel hier wurde dem Vater rückgemeldet, dass ihm mit seiner Aktivität, zu der er Johannes einlud, immerhin sehr viel mehr gelungen ist als dem Therapeuten, auch wenn Johannes keine eigene Initiative ergriffen hatte. In jedem Nachgespräch wird besonders darauf geachtet, die Balance zwischen dem Gespräch über das Spiel und über die Wirklichkeit der Familie zu halten.

Zunächst werden zwei bis drei familiäre Spielsequenzen abgehalten. Dabei geht es bei fortschreitendem Spiel immer mehr um die Frage, wie die Eltern ihr Kind anders behandeln können, um eine Veränderung im Spiel, aber auch in ihrem Leben zu erreichen. Hiernach gibt es eine Zwischenbilanz. Wo steht man in der Therapie, ergibt die Methode Sinn? Genügt es, sie als diagnostisches Instrument eingesetzt zu haben und jetzt auf andere Weise fortzufahren oder vereinbart man weitere BOF-Spiele? Hier sind viele Wege offen. In der Regel werden bis zu zehn BOF-Spiele durchgeführt, wodurch häufig eine deutliche Besserung der Symptomatik und der familiären Interaktion erreicht wird.

In Jans Familie änderte sich durch die ersten BOF-Spiele das Verhalten der Eltern bezüglich Jans Problematik spürbar. Der Vater drängte Jan nicht mehr, ihm zu erklären, warum er schon wieder nicht auf die Toilette gegangen war, die Mutter hingegen mischte sich mehr in das Geschehen ein und war nicht länger eine stille Zuschauerin. Dies änderte jedoch nichts an der Symptomatik. Ungeduldig nahm der Vater die Toilette mit ins BOF-Spiel und führte so vor, wie mit der Symptomatik zu Hause umgegangen wurde. Der Alter-Ego-Figur des Therapeuten gelang es, ein Gespräch mit der Mutter im Sandkasten zu führen, wie besorgt ihr Mann sei und wie gut ihr Sohn nach wie vor in der Lage sei, sich vor zu großer Bedrängnis zu schützen. Dieses Reframing löste im Nachgespräch interessanterweise bei beiden Eltern Heiterkeit aus. Nun war es möglich, ein Verhaltenstraining einzuführen, bei dem der Vater Jan genügend Zeit für die Veränderung einräumte. Die Mutter war aktiv in die Veränderung einbezogen, und Jan bekam so seine (Versagens-)Ängste in den Griff. Es gelang ihm, seine Loyalität zu beiden Eltern zu zeigen und letztlich verschwand auch die Symptomatik. Zwischendurch war es ein Anliegen der Eltern, ihr Verhalten zu Hause in Konfliktsituationen näher zu betrachten. Dies geschah auf ihren Wunsch hin in weiteren BOF-Spielen.

3 Theoretischer Hintergrund

Martin Soltvedt (2005) nennt drei zentrale Begriffe für BOF:

- gemeinsame Handlung/Zusammenspiel (samhandling),
- Bindung (binding),
- Entwicklung des Selbstwertgefühls (utveckling av självkänslan).

Bei BOF stehen die *gemeinsamen Handlungen* im Zentrum. Die Eltern machen etwas gemeinsam mit ihrem Kind. Aber auch der Therapeut nimmt nicht nur die

Vogelperspektive ein, auch er tut wirklich etwas mit dem Kind und der Familie. Oft wird mit Spielsachen im Sandkasten gespielt, aber man kann auch andere Situationen für gemeinsame Aktionen wählen. Mit größeren Kindern kann man malen oder modellieren. Alle diese Spielsituationen werden als Modellsituationen angewendet, um die familiären Muster des Zusammenspiels fassen zu können.

Das BOF-Spiel kann auch helfen, die *Bindung* zwischen Eltern und Kindern weiter zu vertiefen. Es ermöglicht Diagnose und Intervention sowohl auf der Bindungs- oder Familieninteraktions-Ebene als auch auf der individuellen Ebene. Der Therapeut kann die Eltern unterstützen, ihre Feinfühligkeit (als Grundlage für eine sichere Bindung) weiterzuentwickeln. Daher wird BOF zum Beispiel besonders empfohlen für Adoptiv- und Pflegefamilien oder Familien mit eher unsicher gebundenen Kindern (Strid 2001).

Das Kind wählt im Spiel verschiedene Methoden, sich selbst mit seinen verschiedenen Aspekten darzustellen (vgl. von Ameln et al. 2004). Manchmal benötigen die Eltern Hilfe, andere Seiten ihres Kindes zu entdecken, als dieses im Symptom zeigt. Sie sehen vielleicht ein böses und grenzverletzendes Krokodil bei einem aggressiven Siebenjährigen. Dieser spielt aber auch ein verirrtes Ferkel oder eine kleine Ente, die nur auf einem Kissen liegt und schläft oder die menschliche Spielfigur, die sich ständig hinter ihrem Haus versteckt. Wie begegnen die Eltern diesen verschiedenen Teilen des Kindes, die sie im Spiel bemerken? Zusammen mit dem Therapeuten können sie dem Kind helfen, seine verschiedenen Anteile langsam zu integrieren und so sein *Selbstbild* zu verbessern.

BOF hat Einflüsse aus verschiedenen theoretischen Richtungen für die Arbeit mit Kindern und Familien. Das kann in folgendem „Therapie-Dreieck“ verdeutlicht werden:

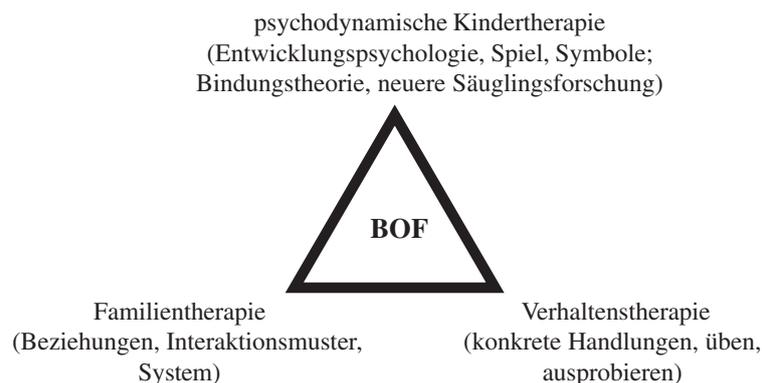


Abbildung 1: Therapie-Dreieck nach Sjölin-Nilsson
(Zugriff unter <http://www.bof-tejping.com>; Übersetzung durch den Autor)

Aus der Kindertherapie benötigt man die Kenntnis der Entwicklungspsychologie, des Symbolspiels und der Arbeit mit Kindern. Nach Soltvedt (2005) ist es unmöglich, mit Kindern zu arbeiten, ohne sich des Spiels zu bedienen. Aus der Familientherapie nimmt er die Betonung der interpersonellen Beziehungen, die Bedeutung der Eltern für die kindliche Entwicklung und die Kenntnis der systemischen Zusammenhänge. In der Verhaltenstherapie-Ecke überzeugt ihn vor allen Dingen die Konkretheit und dass Eltern und Kinder ausprobieren und üben können und müssen.

Brattwall (2004) hebt hervor, dass die Als-ob-Situation im Spiel sowohl Eltern als auch Kindern ein Probehandeln ermöglicht, wie sie es in der „rauen Wirklichkeit“ nicht wagen würden. In einer BOF-Sequenz wird dieses Probehandeln durch die Anwesenheit des Therapeuten unterstützt. Sjölin-Nilsson (2005) zitiert Daniel Stern (1985), der behauptet, es gäbe zwei Wege zur Veränderung:

- Veränderung der inneren Repräsentanten (also eine Veränderung des inneren Bildes der Realität) und
- Veränderungen im Zusammenspiel (also eine tatsächliche Veränderung der Beziehungen).

Beides geschieht in der BOF. Hinzufügen lässt sich mit Winnicott (1969), dass das Spiel ein grundlegendes Bedürfnis befriedigt, bekräftigt zu werden und Bindung zu schaffen (vgl. Bindungstheorie; Bowlby 1969). Aufgrund der theoretischen Integration dieser drei Prinzipien schließt Sjölin-Nilsson für BOF eine gute Wirksamkeit.

4 Die Wirksamkeit von BOF

Nach Sjölin-Nilsson (2005) ist BOF besonders wirksam bei Problemen mit Grenzen, Kontaktproblemen, Tempounterschieden in der Familie, Vertrauensverlust, Ängstlichkeit, Unruhe, Verlust von Selbstvertrauen und zur Vorbereitung von Adoption oder Pflegekindzuweisung. Voraussetzung für eine gute Wirksamkeit sei eine gute Spielfähigkeit der Kinder und der Eltern, sowie auf Seiten der Eltern die Fähigkeit, Spiel und Wirklichkeit zu verbinden. Als günstig haben sich drei bis sechs Gespräche vor der ersten Spielsequenz herausgestellt. Besonders die Altersklasse zwischen vier und zehn Jahren profitiere von BOF.

Wissenschaftliche Versuche, die Wirksamkeit von BOF zu belegen (Berlin-Bjurmark u. Nilsson 1996; Frishammar 1995; Hansson u. Löwendahl 2002; Holmberg 2003), zeigen ermutigende Erfolge. Insbesondere Palm (2001) fand, dass BOF eher in der Lage ist, Kinder gleichberechtigt an der Therapie teilhaben zu lassen als traditionelle Familientherapie. Josephsson (1998) konnte diesen Befund – aus der Perspektive der Kinder – bestätigen.

BOF hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten in Norwegen und vor allem in Schweden als Behandlungs- und Untersuchungsmethode in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der freien und öffentlichen Jugendhilfe bewährt. Darüber hinaus wird es im Kinder- und Familien-Gesundheitswesen und in der Familienhilfe eingesetzt.

5 Ausblick

Die Debatte darüber, wie die Stimme der Kinder in Familientherapie und anderen Behandlungsformen erhört werden kann, ist nicht neu (zum Beispiel McAdam 1995; Wilson 2001). Mit BOF liegt allerdings eine Methode vor, die diese Frage auf eine erfolversprechende Weise beantworten kann. Aber ist BOF wirklich eine neue Methode? Oder handelt es sich lediglich um eine vernachlässigbare, minimale Veränderung bereits bekannter Methoden?

Sicher greift BOF auf einige bereits existierende, bewährte Methoden zurück (Sandspiel, Videoaufnahmen der Familieninteraktion). Jedoch ist die entstehende Kombination in dieser Form neu und einzigartig. Es eröffnet sich dadurch ein ganzes Spektrum qualitativ neuartiger Möglichkeiten. Die Idee, das Interaktionsverhalten von Eltern und Kindern auf Video aufzunehmen, wird sowohl in der Schreiambulanz von Papoušek et al. (2004) als auch in den familienaktivierenden Programmen (Müller et al. 1997 oder Römisch et al. 1999) und einigen weiteren modernen Methoden (Video-Home-Training oder auch MarteMeo; Aarts 2002) gern verwendet. Mit Kindern im Sandkasten zu spielen hat sich inzwischen seit fast einem Jahrhundert bewährt, wenn auch immer wieder in neuen methodischen Gewändern (Jung 1976 oder aus der Gestalttherapie zum Beispiel Kalff 1979). Gänzlich neu und hierzulande bisher nicht bekannt dagegen ist die Methode, Eltern und Kinder gemeinsam im Sandkasten spielen zu lassen. Neu ist sicherlich ebenfalls die Rolle, die der Therapeut mit seiner Alter-Ego-Figur in diesem Spiel einnimmt. Mit dieser Figur erhält der Therapeut die Möglichkeit, systemisch-reflektierende Gedanken in das Spiel der Eltern mit ihrem Kind (oder umgekehrt?) einzuführen. Diese werden im Reflexionsgespräch beim Ansehen des Videos, das automatisch auf der Metaebene stattfindet, noch vertieft.

Insgesamt vereint BOF somit viele bereits bewährte Methoden, birgt in sich jedoch mit Sicherheit so viel Neues, dass sich die Beschäftigung mit dieser Methode für jeden Familientherapeuten, der mit Kindern im Spielalter arbeitet, lohnt. Das Fehlen eines festen Manuals ist möglicherweise nicht ganz dem Zeitgeist entsprechend, wohl aber dem Geist vieler erfahrener systemischer Therapeuten. Immerhin ist ein Rahmenablauf („Was genau ist BOF?“) formuliert, der die Durchführung wesentlich vereinfacht.

Der Autor sieht die Methode auch als einen guten Einstieg in längerfristige

Prozesse. Zu Beginn einer längeren Therapie kann BOF gut eingesetzt werden, um die familiären Muster und die Bedürfnisse aller Beteiligten, nicht nur der Kinder (!), zu verdeutlichen. Hieran anschließend können andere Methoden die weitere Arbeit prägen, insbesondere Paar- und Elterngespräche. Jedoch können diese immer wieder durch ein BOF-Spiel ergänzt werden. So wie zum Beispiel bei Jan beschrieben. Zu Beginn einer Therapie können Elterngespräche jedoch auch kontraindiziert sein, wenn die Eltern ihr Kind und sein Leiden sowie seine Bedürfnisse noch nicht verstehen und ihn für „faul“ oder „aufsässig“ halten. Nach ein paar Stunden BOF gelingt es ihnen womöglich besser, eine Verhaltensänderung von ihm zu fordern, ohne ihn als Person anzugreifen, ihn zu entmutigen und sein Selbstwertgefühl weiter zu minimieren.

Bei Jana, dem Mädchen aus der zweiten eingangs beschriebenen Fallvignette, wurde im Spiel deutlich, dass sie unter dem dauernden Wechsel zwischen ihren Eltern sehr litt. Dies war den Eltern zwar bereits von der Schule mitgeteilt worden, es im BOF-Spiel aber selbst zu erleben, beeindruckte sie emotional sehr. Dies ermöglichte den Eltern eine andere Diskussion. Plötzlich ging es nicht mehr um ihre Wünsche, sondern um die des Kindes. Da Jana im Spiel eindeutig mehr Nähe zu ihrer Mutter suchte als zu ihrem Vater, fiel es dem Vater nicht mehr ganz so schwer, diese Nähe auch in der Realität zuzulassen und Jana nur an den Wochenenden zu sehen. Den Rest der Zeit aber lebte sie bei der Mutter.

Abschließend soll davor gewarnt werden, die Methode unreflektiert anzuwenden. Mit Sicherheit gibt es zu viel Neues, als dass die Methode „angelesen“ werden könnte. Erfolgreiches Anwenden der Methode erfordert neben einer tiefen klinischen Erfahrung im Bereich der Familientherapie ein eigenes Erleben der Durchführung einer BOF-Therapie und einer Fortbildung in diesem Bereich.

Literatur

- Aarts, M. (2002): *Marte Meo – Ein Handbuch*. Harderwijk: Aarts Productions.
- Borlin-Bjurmark, G.; Nilsson, G. (1996): *Arbete med barnorienterad familjeterapi – BOF*. Stockholms läns landsting, omsorgsnämndens rapportserie: 96–103.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brattwall, L. (2004): *Konstigt men roligt att leka. Sex mammor om BOF-lek*. Göteborgs universitet. Psykologiska institutionen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Frishammar, L. (1995): *Kan man mäta vad som sker i barnorienterad familjeterapi (BOF)? Uppsats inom ramen för legitimationsgrundande familjeterapiutbildning*.
- Gauda, G. (2001): *Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels*. Lebendige Psychologie C. G. Jungs. Dortmund: modernes lernen.
- Hansson, H.; Löwendahl, A.-L. (2002): *En allvarsam lek. En undersökning om barnorienterad familjeterapi i barnvårdsutredningar. C-uppsats i socialt arbete. Socionomprogrammet ht 2002*. Institution för socialt arbete. Göteborgs universitet.

- Holmberg, M. (2003): Familjediagnostik med hjälp av barnorienterad familjeterapi. Konstruktion av ett skattningsinstrument. Påbyggnadsutbildning i psykoterapi 60p. vt 2003. Legitimationsgrundande utbildning i familjeterapi. Institution för socialt arbete. Göteborgs universitet.
- Josephsson, E. (1998): Familjeterapi med barns ögon. En studie om barns erfarenheter av familjeterapi. C-uppsats. Socionomprogrammet. Ersta Sköndal högskola.
- Jung, C. G. (1976): *Gesammelte Werke*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Kalff, D. M. (1979): *Sandspiel*. Genf: Rentsch.
- McAdam, E. (1995): Tuning into the voices of influence. The social construction of therapy with children. *Human systems: The journal of systemic consultation and management* 6: 171–188.
- Müller, K. D.; Jährling, R.; Gehrman, G. (1997): Familie im Mittelpunkt. Familienhilfeprogramm für Familien in Krisen. *Jugendhilfe* 5: 289–295.
- Palm, C. (2001): Terapi på lika villkor? En jämförande studie mellan BOF och traditionella familjeterapisamtal. Delmoment i 15p. vetenskapsteori forsknings- och utvärderingsmetoder. Eskilstuna.
- Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber.
- Römis, K.; Leinen, J.; Schütz, A. (1999): Das FAM – Familienaktivierungsmanagement oder Families First Program. Deutschland im Kontext einer ressourcen- und lebensweltorientierten Jugendhilfeplanung. *Sozialmagazin*, 2: 38–45.
- Sjölin-Nilsson, B. (im Druck): BOF – barnorienterad familjeterapi. Mellanrummet.
- Sjölin-Nilsson, B. (2005): Mündliche Mitteilung im Einführungskurs. März 2005 in Uppsala.
- Soltvedt, M. (2005): BOF. Barnorienterad familjeterapi. Falun/Schweden: Mareld.
- Stern, D. N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Strid, S. (2001): Beskrivning av konsultpsykologens arbetsuppgifter i utredningslägenheten. I Stilgård, J.; Tilander, K.: *Utredningslägenheten och barnperspektivet – en utvärdering av en metod för barnavårdutredningar och stöd – i samarbete mellan familj, barnpsykiatri och socialtjänst vid socialförvaltningen i Karlstad*. Utvecklings- och utvärderingscentrum, Karlstads socialförvaltning, S. 43–61.
- von Ameln, F.; Gerstmann, R.; Kramer, J. (2004): *Psychodrama*. Berlin: Springer
- von Staabs, G. (1964): *Der Scenotest*. Bern: Huber.
- Wilson, J. (2001): *Barnets röst i utredning och behandling*. Stockholm: Mareld.
- Winnicott, D. W. (1969): *Beiträge zur Kinderpsychotherapie Bd. 5. Kind, Familie und Umwelt*. München: Reinhardt.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Bernd Reiners, Gracht 19, 52224 Stolberg; E-Mail: reinersbernd@gmx.de