

Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Silke Birgitta Gahleitner, Nitza Katz-Bernstein & Ursula Pröll-List

Zusammenfassung: Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der „Safe Place“ oder „geschützte Ort“ hat in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Psychotherapie-, Beratungs- und Betreuungssettings in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Der Artikel reflektiert auf theoretischer wie praktischer Ebene Wurzeln, aktuelle Konzepte und moderne Weiterentwicklungen des Konzepts. Er gibt TherapeutInnen, BeraterInnen und BetreuerInnen detaillierte theoretische Hintergrundinformationen und konkrete Hinweise, wie einem Kind ein solcher Raum in der konkreten Arbeit zur Verfügung gestellt werden kann.

Schlüsselwörter: Safe Place, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Traumatherapie, Bindung, Beziehung

Abstract: The “safe place“ concept in the theory and practice of therapy for children and adolescents

In the last few years the concept of the “safe place” has become increasingly important in work with children and adolescents in psychotherapy, counselling and care settings, particularly in work with traumatised children and adolescents. This article reflects on the roots, current concepts and modern further developments of the concept on both the theoretical and practical levels. It gives therapists, counsellors and caregivers detailed theoretical background information and concrete suggestions as to how provide children with such a space in concrete work situations.

Keywords: Safe Place, Traumatherapy, Attachment, Relationship, psychotherapeutic care of children and adolescents

Einleitung

Heddy, 5,6 Jahre alt, senkt ganz langsam die Augen und fixiert sie – starrend auf einen Punkt auf dem Boden etwa sechs Meter weg von ihrem Sitzort. Als die Therapeutin sie anspricht, friert sie völlig ein. Sie zeigt keinerlei Anzeichen von Schreck- und Rückzugsreaktion, sondern versteinert. Den mitgebrachten Bären hält sie fest umklammert. Heddy ist selektiv-mutistisch und spricht außerhalb der Familie kein Wort, gibt keinen Ton von sich, weder Husten noch Keuchen, im Kindergarten nimmt sie mit keinem Kind Kontakt auf. Schon sechs Monate lang seit Beginn, spielt sie völlig für sich und ignoriert das Geschehen rings um sich, so gut es ihr gelingt.

Was bleibt der Therapeutin in diesem Moment übrig? Was braucht Heddy, und wie kann man dieser Erstarrung begegnen?

Die Idee des „Safe Place“ (Katz-Bernstein, 1996, 2010), am ehesten zu übersetzen mit „geschützter Raum im Therapieraum“, begann in der Arbeit mit Kindern mit Angststörungen: Kinder, die Kommunikation und Sprache verweigerten, die die Fremdheit von Orten, Personen oder neuen Umständen nicht zu überwinden vermochten. Oder Kinder, die kämpfend, flatternd und abwehrend durch das Leben gingen, weil sie eine Reihe schlechter Erfahrungen im Gepäck hatten. Basierend auf Winnicotts „potenziellem Raum“ (1971/1973) und Oaklanders gemaltem „Safe Place“ (1978/1981) entstand ein konkretes Interventionskonzept, das in einem symbolischen Gehalt einen Kernaspekt der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verkörpert. Das Konzept zeigt auf, welche Bedingungen junge Menschen brauchen, um kommunizieren und explorieren zu können, um Raum für Veränderung zu gewinnen, frei zu sein für den „Gegenwartsmoment“ (Stern, 2010).

In der Zwischenzeit begegnet man diesem geschützten Ort in etlichen Variationen und etlichen Publikationen. Da ganz besonders junge Menschen, die bisher in ihrem Leben wenig oder kaum gute, haltende und beschützende Erfahrungen gemacht haben, von einer solchen Arbeit profitieren, hat das Konzept in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen besondere Bedeutung gewonnen: in der Psychotherapie wie im stationären Alltagsbereich. VertreterInnen aus der Traumapädagogik betonen daher in verschiedensten Schattierungen „die Notwendigkeit eines Raumes stabiler sozialer Beziehungen“ bzw. einer „heilenden Gemeinschaft“ (Weiß, 2009, S. 14), die Bedeutung eines „geschützten Handlungsraumes“, in dem eine „Pädagogik des Sicheren Ortes“ (Kühn, 2009, S. 31) stattfinden kann und Kindern und Jugendlichen mit einer Haltung größter Achtsamkeit begegnet wird (zum Gelingen eines Therapeutischen Milieus; Gahleitner, 2011). Nicht nur durch wiederholte praktische Erfahrung, sondern auch mehr und mehr empirisch belegt, gewann und gewinnt das Konzept daher in unterschiedlichsten Kontexten und mit unterschiedlichsten Störungsbildern eine Evidenz, die wir in diesem Artikel *theoretisch und praxeologisch* reflektieren wollen.

Im Folgenden wird sich der Beitrag zunächst mit dem *Safe Place für Kinder und Jugendliche in der konkreten Kindertherapie* beschäftigen. Wir werden uns der Frage widmen, welche theoretischen Hintergrundinformationen man benötigt und wie einem Kind ein solcher Raum in der konkreten Arbeit zur Verfügung gestellt werden kann. Welche sind die äußeren und inneren Bedingungen, und – je nach Alter und Entwicklungsstand – was sind Interventionsmöglichkeiten? Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit dem *Safe Place des Therapeuten*: Was braucht eine Therapeutin, um sich dem Kind angemessen zu widmen, um einen solchen professionellen Raum in der eigenen Praxis möglich zu machen, um die dafür notwendige „emotionale Verfügbarkeit“ (Orange, 1995/2004) bereitstellen zu können?

Theoretische Grundlagen

Warum hat das Safe-Place-Konzept in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum so stark an Bedeutung gewonnen? Kindern und Jugendlichen in Österreich, Deutschland oder der Schweiz geht es heute doch so gut wie nie zuvor (Dornes, 2012). Das ist prinzipiell richtig, aber es existiert auch eine andere Seite der Medaille: Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Bei ihnen verdichten sich multiple sozioökonomische Problemlagen, die Akkumulation biologischer und sozialer Risikofaktoren und ein Mangel an Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten zu einem hochgradigen Entwicklungsrisiko (Gahleitner & Homfeldt, 2012; Homfeldt, 2013). Auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind wir zu einem großen Anteil mit Kindern und Bezugspersonen aus dieser Gruppe der Wohlstandsverlierer konfrontiert, für die die Herausforderungen des soziokulturellen Wandels mit häufigen und schnellen Wechseln von Bezugssystemen und wenig überschaubaren Wertesystemen zur Überforderung geworden sind (Katz-Bernstein, 2010; Petzold, 2010; Metzmacher & Wetzorke, 2004). Materielle Armut spielt dabei eine wichtige, jedoch nicht die alleinige Rolle.

In groß angelegten Untersuchungen (siehe u. a. den aktuellen WHO-Jugendgesundheitssurvey von Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2008) wird deutlich, dass insbesondere schlechte Bindungsverhältnisse in Familien einen bedeutsamen Risikofaktor für spätere Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten darstellen (Melzer, Bilz & Dümmler, 2008). Ohne klare Orientierungs- und Strukturvorgaben fehlt es den Kindern häufig an einem sicheren Ort, um Entwicklungsaufgaben angemessen bewältigen zu können. In einer umfassenden Studie (sogenannte ACE-Studie über „adverse childhood experiences“; Felitti, 2002) zeigt sich: Menschen, die frühe Bindungsbeeinträchtigungen oder Traumata erleiden, nehmen ungleich häufiger eine negative Entwicklung im Lebensverlauf. Ähnliche Beobachtungen machte bereits der Kinderarzt und Psychiater Bowlby (1951/1973), der bei sozial benachteiligten Kindern immer wieder auf frühkindliche Entbehrungen und Traumata stieß.

Aus der Arbeit mit verelendeten Familien heraus entwickelte er in der Trilogie „Attachment – Separation – Loss“ (Bowlby, 2006) die Bindungstheorie. Demnach basiert Bindung auf der evolutiv geprägten menschlichen Neigung zu einem kontinuierlichen „Aufsuchen und Aufrechterhalten der Nähe eines anderen Lebewesens“ (Bowlby, 2006, S. 192) und kann also als zentrales Grundbedürfnis verstanden werden (Borg-Laufs & Dittrich, 2010). Nach den Grundlagen der Bindungstheorie wird in Situationen von Verunsicherung Bindungsverhalten aktiviert. Ist das Sicherheitsbedürfnis gestillt, kann das Kind „explorieren“ und sich weiterentwickeln. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen behindert dagegen dieses „Explorieren“ und damit die Entwicklung sämtlicher emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten eines Kindes. Über die Interaktion mit Bindungspersonen, über sogenannte „Mentalisierungsprozesse“, entwickelt der Säugling so allmählich „Arbeitsmodelle“ zum Umgang mit sich und mit anderen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004; Main, Kaplan & Cassidy, 1985), sogenannten Bindungstypen und später Bindungsrepräsentationen (Ainsworth & Wittig, 1969).

Gelungene oder weniger gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der gesamten weiteren Entwicklung – lebenslang. Es überrascht daher nicht, dass auch in der Psychotherapieforschung immer wieder deutlich wurde, dass „emotional korrektive Erfahrungen“ den Erfolg professioneller Begleitung maßgeblich beeinflussen (siehe u. a. Alexander & French, 1946; Cremerius, 1979; Grawe, 2004; Hermer & Röhrle, 2008; Orlinky, Grawe & Parks, 1994; zusammenfassend für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Fröhlich-Gildhoff, 2011; aktuell im Rückblick auf 50 Jahre Psychotherapieforschung Crits-Christoph, 2013; Hilsenroth, 2013). Als auslösende Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung dieser „emotional korrektiven Erfahrungen“ gelten nach diesen Ergebnissen die „unausgesprochene Affekt Abstimmung“ sowie das „affektive Klima“ (Brisch, 1999, S. 94) im Sinne eines „Mikrokosmos von Feinabstimmungen“ (Rahm, 2005).

Bowlbys (1951/1973, 2006) ursprünglich durchaus komplex angelegte Theorie, die entwicklungspsychologisches und klinisch-psychoanalytisches Wissen mit evolutionsbiologischem und systemischem Denken verknüpfte, verengte sich in der Rezeption eine Zeit lang stark auf die Mutter-Kind-Dyade und die ersten Lebensjahre. Dies führte vielfach zu der Kritik an der Bindungstheorie, zu individualzentriert, ethologisch und normorientiert ausgerichtet zu sein (siehe insbesondere Beck-Gernsheim, 1981). Heute hat sich die Bindungstheorie jedoch stark „sozial geöffnet“, aktuelle Diskussionen einbezogen (siehe die Diskussion um den „kompetenten Säugling“ nach Dornes, 1993; siehe auch Stern, 1985/1992) und lässt sich auch als Entwicklungstheorie im Sinne breiterer Interaktionserfahrungen unter Einbezug gesellschaftlicher und historischer Perspektiven verstehen. Denn gerade in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat man es nicht mit isolierten Individuen zu tun, sondern benötigt eine deutlich erweiterte Perspektive. Es geht um die „person-in-environment“ (Dorfman, 1996), um ein „Gefüge psychischer Sicherheit“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 612).

Aktuellen Forschungsergebnissen zufolge sind aus dieser Perspektive neben der Bindungstheorie insbesondere Netzwerktheorien und Theorien sozialer Unterstützung heranzuziehen (Laireiter, 2009; Nestmann, 2010; Röhrle, 2001). Eine darauf ausgerichtete Intervention mit Kindern und Jugendlichen arbeitet daher nicht nur an der Beziehungsdyade, sondern gestaltet nach dem Sozialitätsprinzip (Petzold, 2003) durch diese Beziehung hindurch das vergangene, gegenwärtige und zukünftige Beziehungsumfeld des/der KlientIn (siehe u. a. Mallinckrodt, 2001). Gerade in der heutigen Zeit und für benachteiligte Kinder bedarf es unterstützender – und auch gender- und diversity-sensibler (Czollek & Perko, 2011) – psychosozialer Erfahrungen als „positive Gegenhorizonte“ (Keupp, 1997). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss daher in besonderer Weise in der Lage sein, „prothetische soziale Netzwerke“ (Petzold, 1988) sowie „schützende Inselerfahrungen“ (Gahleitner, 2005, 2011; siehe bereits Petzold, Goffin & Oudhof, 1993; Petzold, 1996) bereitzustellen. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen spielt dabei häufig auch eine gelungene Einbettung in tertiäre Netzwerke und Kooperationszusammenhänge, z. B. in Kinder- und Jugendhilfestrukturen, eine bedeutsame Rolle (Gahleitner & Homfeldt, 2012, 2013). Es geht also nicht nur um Anerkennung in der Dyade, sondern um die Herstellung von „wertschätzenden Verhältnissen“ im gesamten Umfeld.

Ein „Safe Place“ für einen verlorenen Bären: therapeutische Interventionen

Um zu skizzieren, welche identitätsstiftenden Prozesse bei manchen Kindern in der Therapie nachgeholt werden müssen, wird hier die sozialkonstituierende Position der Persönlichkeitsentwicklung in Erinnerung gebracht und rekapituliert (Katz-Bernstein, 2011; gestützt auf Vygotskij, 1934/2002; Bruner, 1893/1987; Nelson, 2006; Tomasello, 2008/2009).

Als Ausgangspunkt zum Verständnis dienen die „five worlds“ nach Stern (1995):

1. 0-9. Monat: *World of Feelings*
2. 9-18. Monat: *Immediate Social World*
3. 18-24. Monat: *World of Mindscape*
4. 24-36. Monat: *World of Words*
5. ab 36. Monat: *World of Stories*

Damit beschreibt Stern (1995) ein „zwiebelartiges“ Stufenmodell. Das Modell beschreibt keine Phasen, sondern kognitiv-affektive Schichten der Entwicklung, die aufeinander aufbauen und miteinander interagieren. Die *World of Feelings* – in Kontakt mit eigenen Gefühlen sein zu können, die eigenen Befindlichkeiten und Bewertungen angesichts von Situationen und Personen wahrzunehmen – bildet die Grundlage des „Safe Place“. Der Raum im Therapieraum ist ein Ort, wo ich, in einer haltenden *Social World* meinen Bezugsrahmen, meine Körperempfindungen,

meine Impulse und Regungen wahrnehmen kann und darf. Das ermöglicht eine basale, sinnliche Körperorientierung, der zu vertrauen manche Kinder wieder neu erlernen müssen. So beispielsweise Kinder, die gelernt haben, sich stark anzupassen, die immer „auf Draht“ und auf äußere Reize angewiesen sind, um sich zu orientieren, die gelernt haben, passiv auszuharren und zu warten, bis sie aufgefordert werden zu handeln – mit der Hoffnung, ihr Tun werde von der auffordernden Person nicht beanstandet, um dann „in Ruhe gelassen zu werden“. Und ganz sicher solche, die überwältigt und überfordert wurden, und die daher ihre eigenen Befindlichkeiten und Regungen verleugnen und Betreuungspersonen sowie anderen Menschen misstrauen lernten.

Die nächste Stufe erlaubt dem Kleinkind, die unmittelbare soziale Welt als grundsätzlich interessant, zugewandt und vertrauenswürdig zu erleben und damit die soziale Umgebung als eine wohlwollende, vertrauensvolle *Mindscape-World* innerlich zu repräsentieren. Neugier, Experimentier- und Kontaktfreudigkeit kann sich entfalten. Das Kind interessiert sich für Handlungen und Spiele, es wird einbezogen, fühlt sich gesehen und daher als Teil dieser sozialen Welt. Daraus kann eine innere Repräsentation von sich wiederholenden Ritualen, Skripts und Interaktionen entstehen, sowohl persönlicher als auch sozialer und institutioneller Art. Das Kind lernt, wie man sich mit Worten, Handlungen und bestimmten Rollen und Regeln sozial einen Platz verschafft. Verbale und nonverbale Kommunikation werden zentral. Kinder erhalten Orientierung darüber, wie die Welt tickt, wie Menschen interagieren, welche Intentionen sie dabei verfolgen, was man wann und wie macht. Optionen, erfolgreich zu partizipieren, können ausgelotet werden (Tomasello, 2009; Pellegrini, 2009). Das Kind ist bereit, sich der Welt zuzuwenden, sie zu erkunden und zu explorieren, kann sich als ein künftiger „Social Agent“ erleben und erproben. Im Schutzraum der Therapie, in dem ein Kind als künftiger, kompetenter Social Agent – oder auf dem Weg dorthin – angesehen wird, kann es gelingen, Verpasstes aus dieser Phase nachzuholen, immer auf der Basis einer sicheren und sichernden Umgebung.

Dazu ist es sinnvoll, diese Erfahrungen dem Kind zugänglich zu machen, sie mit ihm zu teilen, zu kommunizieren, auch wenn der reale Kontext nur virtuell im Raum ist. Das Kind hat dann die Chance zu mentalisieren (siehe oben), Stück für Stück eine neue Realität zu erobern. Über Sprache als Medium sozialer Macht, über präzise Benennungen von Handlungen entdeckt das Kind die *World of Words* und damit übergangslos auch die Welt erzählter Erfahrungen als soziale Botschaften, als *World of Stories*. Es ist müßig zu beschreiben, wie bedürftig manche Kinder diesbezüglich und wie nötig daher korrektive Erfahrungen als Heilungsprozess sind. Auf dieser Ebene beeinträchtigte Kinder brauchen stets wiederkehrende Angebote der Zugewandtheit, des Einbezugs, der Annäherung, die sie Stück für Stück mehr zu regulieren lernen, auch abzulehnen, „ganz legitim“, ohne Konsequenzen befürchten zu müssen. Den Rahmen dafür, den inneren wie äußeren Raum, einen Raum, der zwischen Einbezug und Rückzugsmöglichkeit verortet ist, bietet der Safe Place. Er ermöglicht das Bindeglied zwischen Individualität und Gemeinschaft von der allerfrühesten Kindheit an und ist unverzichtbar für sämtliche weitere kognitiv-affektive

und sprachlich-soziale Entwicklung (Stern, 1995). Die Schwierigkeit dabei stellt die Aufgabe dar, eine feine Balance zwischen einem individuellen Kern der Persönlichkeit und der sozialen, kollektiven Einbettung zu finden – mit allen daran beteiligten kulturellen Restriktionen, Tabus und Verführungen.

Katz-Bernstein (2011) hat – auf Vygotskij (1934/2002), Winnicott (1971/1973) und Tomasello (2009) basierend – weiterhin das Konzept der dialogischen Strukturen und die Triangulierung ausgeführt. Damit gelingt es, den Entwicklungsstand der Symbolisierungs- und Sprachkompetenz zu erkennen, um beides therapeutisch unterstützen zu können. Dieses Vorgehen erlaubt, in der Therapie mit Kindern die jeweilige Entwicklungsstufe sowie entsprechende Defizite zu identifizieren und durch Impulsgebung und Aufbau nachzunähren.

- Dialogische Strukturen
- Triangulierung
- Symbolisierung (monologisch und ko-konstruiert)
- Trennung von Innen und Außen
- Autobiografische Identität

Beim Konzept der *dialogischen Strukturen* geht es darum, ein Gefühl für Interaktionen zu vermitteln, das Turn-Taking in Dialogen, das Erfragen von Befindlichkeiten, wie man es macht, ein „biologischer Spiegel“ (Dornes, 2000) für den anderen zu sein – durch Begrüßungsrituale und Interaktionsspiele, durch das Einhalten von Dialogregeln. Das Konzept der *Triangulierung* unterstützt das Kind, einen gemeinsam aufgerichteten Aufmerksamkeitsfokus zu halten, auch über längere Zeit, der gemeinsam und abwechselnd als kooperatives Projekt gestaltet wird. Über das gemeinsame Tun wird das in der Kindertherapie zentrale „Beziehungsangebot“ hergestellt und in seiner Stabilität gestützt (Katz-Bernstein, 2008). Denken wir an Kinder mit ADHS, die sich kaum auf eine kontinuierliche Handlung einlassen können, oder an solche, die nie gelernt haben zu kooperieren oder Freude an einem gemeinsamen Projekt zu erleben, sei es nun bei einer gemeinsam entstehenden Collage oder der gemeinsamen Planung einer Zaubervorstellung. Das gemeinsame Tun wird fortgesetzt – über Missverständnisse und Stagnationen hinweg. Was über Austausch, Aushandeln und Kompromisse gelöst werden kann, führt zu „handfesten“ Resultaten stärkerer Selbst- und Beziehungskompetenz.

Heddy lernt so ganz allmählich – durch die Einbindung in den Bau einer Hütte für ihren Bären, den sie zunächst in der erstarrten Hand fest umklammert hält –, sich mit der Therapeutin gemeinsam auf ein abgestimmtes Handeln einzulassen. Sie erlebt, zunächst völlig passiv, wie der Bär immer wieder nach seinen Wünschen gefragt wird, ob er sich hier wohl fühlt und wieder hierherkommen möchte, ob er ein rotes oder gelbes Kissen in der Hütte haben, mit einer roten oder gelben Decke zugedeckt werden möchte, ob er lieber eine schrille Pfeife

zum Rufen hingelegt haben möchte oder lieber ein Xylofon. Das Schweigen des Bären wird von der Therapeutin „noch“ als ganz natürlich interpretiert, da er sie noch nicht kennt und abwarten möchte, ob sie seine Wünsche auch erraten kann. Aber sehr bald, so ist die Therapeutin sicher, wird er davon überzeugt sein, dass die Therapeutin sich um den Bären bemüht und ihr dann dabei helfen, die Hütte richtig gemütlich auszugestalten. Diese Handlung kann sich Stunde für Stunde wiederholen, ausgebaut und weiterentwickelt werden. Irgendwann wird Heddy den Bären hineinschieben, sorgsam auf das gelbe Kissen legen, mit der roten Decke zudecken. Noch später wird sie eigene Ideen und Angebote einbringen, ihre ersten Worte an den Bären in der Hütte richten, ihn nach seinen Wünschen fragen und damit die Therapeutin als Modell imitieren. Sie wird die Rolle der Therapeutin als Care-Giver für den Bären einnehmen, wird eigene Ideen entwickeln, wie man den Bären in der Hütte liebevoll umsorgt. Im besten Falle wird sie sich dabei irgendwann mit der Therapeutin so nebenbei darüber unterhalten und damit Stück für Stück „triangulär kommunizieren“.

Diese und ähnliche Inszenierungen durch fiktives Handeln werden heute als die unmittelbare Vorbereitung von kooperativem, sozialem Handeln betrachtet. Man spricht auch von *Symbolisierungen*. Symbolisierungen kann man als Erprobungen und Einprägungen von sozialen Handlungen verstehen, die Kindern „zur Erschließung der Welt“ (Oerter, 1999; Pellegrini, 2009) verhelfen. Das sich im Symbolspiel befindende Kind ist bereits auf dem „Weg der Heilung“ (Zulliger, 1963). Die Kindertherapeutin, die das Spiel deutet, kommentiert oder sich selbst dabei einbringt und öffnet, unterstützt diesen Prozess – ähnlich einer frühen Bindungsperson – maßgeblich. Besonders wichtig ist, dass das Kind diese eigene inszenierte Welt je nach Stand der Dinge „legal“ zu seinen Gunsten korrigieren darf, da dies dem Kind ermöglicht, über ohnmachtserzeugende Situationen wieder Kontrolle zu gewinnen. Dadurch erhält das Kind die Zuversicht, ein „Social Agent“ zu werden (Tomasello, 2008/2009), Unterlegenheit und Frustrationen durch durchdachtes, geschicktes, raffiniertes oder gar listiges Handeln ausgleichen zu können und Chancen auf Selbstverwirklichung, aber auch Anbindung im sozialen Gefüge zu erhalten. *Ko-konstruierte Symbolisierung* kann entstehen.

Später wird Heddy – zunächst mit dem Bären in der Hütte und dann bereits mit der Therapeutin sprechend – ganze Geschichten mit dem Bären inszenieren. Nach liebevollen Szenen wird der Bär immer frecher, will die Sachen durcheinanderbringen und nie aufräumen. Sie lernt, dass die Therapeutin bessere Ideen dabei hat, statt den Bären zu schlagen, zu beschimpfen und zu strafen. Daraufhin inszeniert auch das Kind Lösungsversuche als „Care-Giver“. Es erlebt, wie man singend wie bei Mary Poppins, durch Witz, Humor und konsequentes Handeln den Bären dazu bringen kann, das Durcheinander ruckzuck aufzuräumen, damit man das Zimmer in ein Zirkuszelt verwandeln kann, mit einem großen Tuch über Seile gespannt, die von der Decke herabhängen, wo der Bär neue Kunststücke vor einem kleinen Plüschtieren-Publikum aufführen kann.

Die eigentliche Trennung von *Innen und Außen*, *zwischen Ich und Du* bringt es mit sich, dass das Kind sich als eigenständiges, individuelles Wesen zu erleben beginnt. Es beginnt mit einem internen Dialog, die sogenannte „innere Sprache“ (Vygotskij, 1934/2002), soziale Entscheidungen zu treffen, mit dem Wissen, dass Handlungen auch Konsequenzen mit sich bringen. Es kann Geheimnisse haben, es kann andere auslachen oder aber auf Schwächere Rücksicht nehmen und dabei innerlich triumphieren mit dem Wissen um die eigene Überlegenheit. Es genießt das Wissen, dass es von anderen in einer solchen Situation rücksichtsvoll und mit Respekt behandelt wird. So lernt es, durch inneres Erwägen die Impulse zu kontrollieren – ein wesentliches Sozialisationsmerkmal. Es fängt an, sich für das Anderssein der anderen zu interessieren, sich zu überlegen, wem es gleichen möchte und wem auf keinen Fall. Es lernt gleichzeitig auch zu mogeln, froh zu sein, dass niemand seine Rachefantasien oder Schadenfreude zu erraten vermag. Das ist ein wichtiger Schritt zu Impulskontrolle und Affektregulation. Dies alles kann im therapeutischen Prozess unterstützt werden.

An dieser Stelle wird die Therapeutin Heddy anbieten, eine Freundin, mit der sie im Kindergarten am besten auskommt, mit in die Therapie zu nehmen (als Transfer nach Außen, um aus dem Schweigen herauszukommen), um ihr, als Überraschung, die Kunststücke des Bären vorzuführen. Der Höhepunkt wird eine „Wasserspritznummer“ sein, wo der Bär an einem heißen Tag das bedrohliche Krokodil, das gefährlichste Tier im Zirkus, auf dessen eigenen Wunsch mit einer Wasserpistole anspritzt, um es zu kühlen, und dabei sein bester Freund wird, da das Kind es vor einem Hitzeschlag gerettet zu haben scheint. Der große Clou: Auch die Freundin und die Therapeutin auf den Zuschauerplätzen sollen ein paar Spritzer abbekommen, aber nicht zu sehr nass werden, also gut dosiert, damit es lustig für alle bleibt. Die Aufführung wird zu einem großen und dabei vergnüglichen Erfolg und endet mit großem Gelächter... Am Schluss der Veranstaltung sitzen alle lachend am Tisch, und bei Limonade, Nüssen und Keksen erzählt Heddy, wie die Vorbereitungen verlaufen sind. Lachend wird sie das Anspritzen als „ein wenig mit Absicht“ verraten. Auch die Freundin lacht, offenbar gefallen ihr diese „Frechheit“ und dieser Wagemut von Heddy. Damit ist das Eis für den Transfer im Kindergarten durchbrochen.

Allmählich entwickelt sich eine Identitätskonstruktion, eine *autobiografische Identität*, ein kontinuierliches Wissen über sich, wer man ist, war, werden will (Nelson, 2006; Markowitsch & Welzer, 2005). Man kann sich immer mehr als sozialer Teil der Welt fühlen, dort definiert von Alter, Geschlecht, Generationenfolge, Land, Sprache und Kultur, Vorlieben und Abneigungen, Zugehörigkeit und Abgrenzung, Vergangenheit und Zukunft. Dazu gehört die Teilung eines Wertesystems oder eben das Anerkennen und Erkennen von Tabus, Entscheidungen zu fällen, Dinge zu sollen, zu müssen oder zu lassen mit dem Wissen um soziale Konsequenzen. Diese Prozesse ermöglichen und erzeugen, über die Instabilität von Kontexten, über momentane und wechselnde

Gefühle und Impulse, sich wandelnden Anforderungen zu stellen und über kontinuierliche Erfahrungen das Kontinuitätsgefühl eines mehr oder minder stabilen Ichs herzustellen.

Als Abschluss der Therapie und nach Einweihung der Erzieherin, die ebenfalls der Aufführung beiwohnen darf und ebenfalls „absichtlich unabsichtlich“ angespritzt wird, und nachdem diese es geschafft hat, Heddy im Kindergarten einzubinden, wird zum Abschied eine „Therapie-Evaluation“ vorgenommen. Heddy darf drei Dinge aussuchen, die ihr an diesem Ort am besten gefallen haben oder Bedeutsamkeit für sie erlangt haben. Das schönste war für sie der „Safe Place“, die Hütte, das zweite das Zirkuszelt. Beide werden gemalt, gefaltet und als Souvenirs in eine Schachtel gelegt. Als weitere Erinnerungsanker dazu werden von der Therapeutin ein kleines rotes Tuch und ein kleines Stück gelbes Seil abgeschnitten und hineingelegt. Das eine ist die rote Puppendecke, die Decke, mit der Heddy den Bären zum ersten Mal eigenhändig zugedeckt hat. Das Stück Seil ist von einem der Seile abgeschnitten, die von der Decke herabhängen, als Gerüst für das Zirkuszelt. Alle Souvenirs aus dem Zimmer werden in eine schöne Schachtel verpackt und als Erinnerung symbolisch mitgenommen (Katz-Bernstein, 2011, S. 41).

Der verinnerlichte „Safe Place“ des/der TherapeutIn

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen befinden sich in der Arbeit mit dem Safe Place in einer komplexen Situation. Gefühle wie Angst, Aggression, Misstrauen, Wut, vermeintliche Gleichgültigkeit und Argwohn vom Kind oder den Eltern stürzen auf ihn/sie ein. Um ein professionelles (Beziehungs-)Geschehen sicherzustellen, um den eigenen Standpunkt trotz dialogischen Herangehens zu orten, um die eigene Handlungsfähigkeit, Kreativität und einen therapeutischen Optimismus beibehalten zu können, braucht man eine gute Ausgangsbasis. Erfahrungen aus Intervision und Supervision machen deutlich, dass es dazu als Voraussetzung eines eigenen verinnerlichten, professionellen, sicheren Ortes – mit klaren Grenzen zwischen Eigenem und Fremden – bedarf. Um einen solchen therapeutischen Rahmen anbieten zu können, seien hier einige Fragen zur „therapeutischen Resilienz“ angeführt (Rutter & Garnezy, 1983), die TherapeutInnen helfen, angesichts vieler Widrigkeiten – durch stetige Reflexion – eine angemessene therapeutische Haltung aufrechtzuerhalten.

- **Akzeptanz:** Kann ich den Ich-Zustand der Kinder und Jugendlichen als gegenwärtige Bewältigungsstrategie akzeptieren, ja, als Ressource anerkennen? Kann ich das Gute im Schlechten sehen? Oder macht mich das gegenwärtige Verhalten machtlos, wütend und ratlos?

- *Lösungsorientierung*: Sehe ich Möglichkeiten für Lösungen und Handlungsstrategien – auch längerfristig – mit dem Kind und mit den Eltern? Oder sehe ich in der momentanen Situation keine Interventionsmöglichkeiten, Fortschritte oder Auswege?
- *Netzwerkorientierung*: Habe ich ein Netz an Fachleuten und KollegInnen, damit ich den Fall nicht alleine tragen muss? Kann ich mit diesen kooperieren? Habe ich Orte, an denen ich mich entlasten kann? Oder bin ich allein, fühle mich mit dem schwierigen therapeutischen Geschehen alleingelassen?
- *Verantwortungsübernahme*: Kann ich ja zur Verantwortungsübernahme für meine Arbeit und mein Vorgehen sagen? Kann ich Kritik und Zweifel von Eltern, LehrerInnen, KollegInnen gut genug entgegennehmen und gelassen meinen Standpunkt vertreten? Oder ist eine solche Konfrontation für mich unangenehm?
- *Anerkennung eigener Grenzen*: Weiß ich, wo die Grenzen der Machbarkeit sind, auch angesichts hoher, oft überhöhter Erwartungen von außen? Kann ich sie vertreten und kommunizieren? Oder meine ich, bessere Resultate bringen zu müssen, habe ich Zweifel, nicht gut und professionell genug zu sein?
- *Selbstwirksamkeit und Optimismus*: Empfinde ich mich und meine Methode als effizient, habe ich Zuversicht in die Wirksamkeit meiner Therapie? Meine ich, meine Ziele, auch wenn sie angesichts von neuen Problemen eine Neuorientierung brauchen und bescheidener geworden sind, erreichen zu können? Oder habe ich Zweifel daran?
- *Zukunftsorientierung*: Sehe ich mich und meine Therapie als Teil einer Kette in einer zukunftsgerichteten Kontinuität? Kann ich mir die Zukunft des mir anvertrauten Kindes bzw. Jugendlichen vorstellen? Oder bin ich voller Zweifel, ob das Kind oder der/die Jugendliche das überhaupt schafft?
- *Professionelle Distanz*: Kann ich eine professionelle Distanz aufrechterhalten, ohne dabei aus dem authentischen, offenen und emotional mitschwingenden Kontakt zu gehen? Kann ich trotz meines Engagements mein eigenes Leben dabei führen, Orte des Auftankens und der Psychohygiene aufrechterhalten?

Techniken und Interventionsmöglichkeiten lassen sich lernen und über selbsterfahrungsorientierte Ausbildungssequenzen (Leitner et al., i.V.) mit der Zeit auch verinnerlichen. Die zwei wichtigsten Wirkfaktoren laut Miller, Duncan und Hubble (2000), die Akzeptanz des Ich-Zustands und der therapeutische Optimismus, können jedoch nicht durch Auswendiglernen und auch nicht durch Video-Demonstrationen erworben werden. Bei diesen persönlichkeitsnahen

Grundhaltungen bedarf es vielmehr längerfristigen, reflektierten Tuns, um die eigenen Widerstandskräfte und Schwächen kennenzulernen. Zu lernen, zu wissen und zu verstehen, wann und wie Verstrickungen geschehen, wie man daraus wieder Distanz gewinnt, um dadurch emotionalen Halt und Konstanz zur Verfügung stellen zu können, benötigt viel reflektierte Praxis – kontinuierlich durch Supervision und Intervention begleitet.

Ausblick

Das Konzept des „Safe Place“ (Katz-Bernstein, 1996, 2011) zeichnet sich durch Zeit und Raum für die Wahrnehmung von Intentionen und Impulsen, Gefühlen, Gedanken, Reflexionen und Fantasien aus – jedoch jeweils mit Präsenz einer Referenzperson. Für ältere Kinder und Erwachsene kann eine geführte Imagination ähnliche Möglichkeiten bereitstellen. Oaklander (1978/1981) setzte den Startpunkt für das Konzept über gemeinsames malerisches Gestalten. Weinberg (2005, 2010) fasst die Erarbeitung eines sicheren Ortes methodisch mit einer „Bau dir ...!“- Instruktion. In der Integrativen Kindertherapie soll der therapeutische Rahmen, der Raum, die therapeutische Beziehung einen solchen Safe Place herstellen, der einen Möglichkeitsraum für gute Erfahrungen bietet (Katz-Bernstein, 1996, 2011; Metzmacher, Petzold & Zaepfel, 1996a, 1996b; Petzold, 1996). Durch die Nutzung kreativtherapeutischer Aktivitäten und Stabilisierungsformen bis hin zur Einrichtung sogenannter „Notfallkoffer“, wie sie aus der sogenannten Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1993) oder aus dem imaginativen Bereich bekannt sind (Krüger, 2008; Reddemann, 2001), hat sich auf dieser Basis eine große Variationsmöglichkeit an Vorgehensweisen entwickelt, die alle auf eine ähnliche Zielsetzung ausgerichtet sind.

Anknüpfend an die soeben ausgeführten bindungstheoretischen Überlegungen lässt sich das auch theoretisch plausibel machen. Um laut Bindungstheorie eine stabile Bindung zu ermöglichen, muss es mindestens ein Gegenüber geben, welches Signale kompetent wahrnimmt, interpretiert sowie prompt und angemessen beantwortet (Konzept der Feinfühligkeit; Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). Als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum formulierte Rogers (1957, 1959/1987, 1967; zu Weiterentwicklungen siehe u. a. Finke, 2004) diese wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hinreichende Grundbedingung, als eine „geschlossene Konzeption“ (Höger, 2006, S. 19). [1] Winnicott (1958/1976) prägte für die Bedeutung einer fördernden und haltenden Umwelt den Begriff des „Holding Environment“. Das Konzept lässt sich gut zu der „sicheren Basis“ von Bowlby (1988/1995), dem „Konzept der Feinfühligkeit“ von Ainsworth und Wittig (1969), der „mütterlichen Einstimmung“ von Stern (1985/1992) in Beziehung setzen. Alle diese Konzepte zielen auf das gleiche methodische Konzept: auf die Funktion von bedeutsamen Personen als Basis für eine (Neu-)Strukturierung der bisherigen Erfahrungen, für mentale Repräsentationen von Willenssteuerung und Eigenregulation (Zaepfel & Metzmacher, 2004), für ein neues „Selbstkonzept“, entwickelt in „Zonen optimaler Begegnung“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 43f.).

In der Praxis mit Kindern eignet sich zur Vermittlung neuer Erfahrungen vor allem die symbolische Spielebene (Katz-Bernstein, 2011; Metzmacher et al., 1996a, 1996b), die „zweite Realitätsebene“ (Weinberg, 2005, S. 151). So äußert sich eine responsive Haltung im Therapiegeschehen, wie oben mit Heddy gezeigt, u. a. durch Zugewandtheit, Wärme, Körperausdruck, Mimik und Gestik, Stimmlage und emotionale Schwingungsfähigkeit in der Interaktion mit dem Bären. Stück für Stück wird dann die Trennung von innerer, rein subjektiver Realität und äußerer, sozialer Realität (Lempp, 1992) vollzogen. Grundvoraussetzung für ein differenziertes Vorgehen ist jedoch eine mehrdimensionale diagnostische Abklärung, die der Biografie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld angemessenen Stellenwert einräumt (siehe dazu integrative, biopsychosoziale Konzepte wie z. B. Gahleitner, 2011; Gahleitner & Homfeldt, 2013; Osten, 2013; Petzold, 2003). Bereits innerhalb des diagnostisch-therapeutischen Prozesses Hypothesen zu bilden, die ein Verständnis für das Symptom als sinnstiftende Verhaltensweise in einem bestimmten Lebenskontext ermöglichen (siehe ausführlich Metzmacher & Zaepfel, 1996) macht den prozessualen diagnostischen Prozess bereits zu einem Interventionsgeschehen. An dieser Stelle verschwimmen die Prozesse, sodass man auch umgekehrt von „Safe-Place-Interventionen als Diagnostikum“ sprechen könnte (Pröll-List, 2012, S. 74ff.).

Das Konzept des Safe Place versteht Kinder als aktive, schöpferisch-kreative Wesen. Der Safe Place kann somit entwicklungspsychologisch als intrapsychischer Ort betrachtet werden, an dem das Kind seine private Eigenrealität mit der Hauptrealität (Lempp, 1992) seiner Bezugspersonen kurzzuschließen beginnt, wodurch der Safe Place zu einem „Freiraum der individuellen Weiterentwicklung“ (Katz-Bernstein, 2010, S. 71), zum „intermediären Raum“ (Winnicott, 1971/1973, S. 11ff.), zur gemeinsamen geteilten Wirklichkeit wird – und von hier aus zum kulturellen Erleben. So kann es gelingen, auch Kindern, denen es bisher an Möglichkeiten dazu gefehlt hat, auf diese Weise gelungene psychosoziale Erfahrung als „positive Gegenhorizonte“ bereitzustellen (Keupp, 1997).

Anmerkung

[1] Genau betrachtet gab es selbstverständlich bereits ähnliches Gedankengut, jedoch nicht gleichermaßen systematisch ausformuliert (siehe Kirschenbaum, 1979; im Überblick nachzulesen bei Höger, 2006, S. 11ff.).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant behavior*, 144(4), 113-136.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Hrsg.), *The integration of a child into social world* (S. 99-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Beck-Gernsheim, E. (1981). Für eine soziale Öffnung der Bindungsforschung. *Familiendynamik*, 20(2), 193-200.
- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (Hrsg.). (2010). *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend: Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie*. Tübingen: DGVT.
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler (Englisches Original erschienen 1951).
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter (englisches Original erschienen 1988).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bände. München: Reinhardt (englische Originale erschienen: Vol. 1 1969, Vol. 2 1973, Vol. 3 1980).
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bruner, J. S. (1987). *Wie das Kind sprechen lernt* (Reihe: Huber Psychologie-Sachbuch). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1983).
- Cremerius, J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche*, 32(7), 577-599.
- Crits-Christoph, P., Conolly Gibbons, M. B. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th rev. ed.; S. 298-340). New York: Wiley.
- Zollek, L. C. & Perko, G. (2011). Das Projekt Social Justice. Handlungsleitend für Interkulturelle Öffnung und Realisierung eines Radical Diversity. *Klinische Sozialarbeit*, 7(3), 4-6.
- Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice and vision*. New York: Brunner/Mazel.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (Reihe: Geist und Psyche, Bd. 11263). Frankfurt: Fischer.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Entwicklung des Kindes* (Reihe: Geist und Psyche). Frankfurt: Fischer.

- Dornes, M. (2012). „Die meisten Menschen sind nicht überfordert“. Interview von Ursula Nuber. *Psychologie heute*, 39(5), 30-35.
- Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44-47.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 2002).
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7(1), 42-47.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In S. B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, M. Schwarz & F. Wetzorke (Hrsg.), *Ich sehe was, was du nicht siehst... Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit; S. 25-38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 1-14. Zugriff am 06.06.2013. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/188/122>
- Gahleitner, S. B. & Homfeldt, H. G. (Hrsg.). (2012). *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. & Homfeldt, H. G. (2013). Zur Implementation biopsychosozialer Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe – ein Vorschlag. In S. B. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch & D. Hillenbrand (Hrsg.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 233-246). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 15-105). Tübingen: DGVT.
- Hilsenroth, M. J. (2013). Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: A return to the beginning. *Psychotherapy*, 50(1), 1-2.
- Höger, D. (2006). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 11-35). Berlin: Springer.
- Homfeldt, H. G. (2013). Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Forschung: bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Bd. 8; S. 15-34). Opladen: Budrich.
- Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In B. Metzmacher, H. G. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie, Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Band 2* (S. 111-142). Paderborn: Junfermann.
- Katz-Bernstein, N. (2008). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen Dyade und sozialer Triangulierung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1551-1589). Tübingen: DGVT.
- Katz-Bernstein, N. (2010). Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Medien – entwicklungspsychologische und didaktische Überlegungen für Kinder mit Förderbedarf im Bereich Sprache und Lernen. In B. Eickelmann (Hrsg.), *Bildung und Schule auf dem Weg in die Wissensgesellschaft* (S. 99-114). Münster: Waxmann.
- Katz-Bernstein, N. (2011). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (3., überarbeitete Auflage). München: Reinhardt.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte.
- Krüger, A. (2008). *Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung* (Reihe: Leben lernen, Bd. 213). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kühn, M. (2009). „Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 23-35). Weinheim: Juventa.
- Laireiter, A.-R. (2009). Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 75-99). Weinheim: Juventa.

- Leitner, A., Gahleitner, S. B., Liegl, G., Hinterwallner, H., Gerlich, K., Koschier, A., Märtens, M. & Schigl, B. (i.V.). *Qualitätsmerkmal oder Mythos? Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung*. Krems: Donau-Universität, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Lempp, R. (1992). *Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten. Eine entwicklungspsychologische Erklärung der Schizophrenie und des Autismus*. Bern: Huber.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.), *Growing points in attachment theory and research* (Reihe: Monographs of the Society for Research in Child Development, Bd. 50; S. 66-106). Chicago: University Of Chicago Press.
- Mallinckrodt, B. (2001). Interpersonal processes, attachment, and development of social competencies in individual and group psychotherapy. In B. R. Sarason & S. Duck (Hrsg.), *Personal relationships: implications for clinical and community psychology* (S. 89-118). Chichester: Wiley.
- Markowitsch, H. J. & Welzer, H. (2005). *Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Melzer, W., Bilz, L. & Dümmler, K. (2008). Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (Reihe: Gesundheitsforschung; S. 116-140). Weinheim Juventa.
- Metzmacher, B., Petzold, H. G. & Zaepfel, H. (Hrsg.). (1996a). *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1: Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 58). Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H. G. & Zaepfel, H. (Hrsg.). (1996b). *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 2: Praxis der integrativen Kindertherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 59). Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B. & Wetzorke, F. (Hrsg.). (2004). *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Metzmacher, B. & Zaepfel, H. (1996). Methodische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Zur Verbindung von tiefenpsychologischem und sozialem Sinnverstehen in der Integrativen Kindertherapie. In B. Metzmaker, H. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1: Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 58; S. 75-131). Paderborn: Junfermann.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1997).

- Nelson, K. (2006). Über Erinnerung reden: Ein soziokultureller Zugang zur Entwicklung des autobiographischen Gedächtnisses. In H. Welzer & H. J. Markowitsch (Hrsg.), *Warum Menschen sich erinnern können. Fortschritte in der interdisziplinären Gedächtnisforschung* (S. 78-94). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nestmann, F. (2010). Soziale Unterstützung – Social Support. In W. Schröder & C. Schweppe (Hrsg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online*. Weinheim: Juventa.
- Oaklander, V. (1981). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1978).
- Oerter, R. (1999). *Psychologie des Spiels. Ein handlungsorientierter Ansatz* (Reihe: Beltz-Taschenbuch, Bd. 46; durchgesehene Neuauflage). Weinheim: Beltz.
- Orange, D. M. (2004). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität. Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Frankfurt: Brandes & Apsel (englisches Original erschienen 1995).
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; S. 270-376). New York: Wiley.
- Osten, P. (2013). Praxis der Integrativen psychotherapeutischen Anamnese und Diagnostik. In R. Reichel & G. Hintenberger (Hrsg.), *Die Praxis der Integrativen Therapie* (S. 172-197). Wien: Facultas.
- Pellegrini, A. D. (2009). *The role of play in human development*. New York: Oxford University Press.
- Petzold, H. G. (1988). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein Ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. 2 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1996). Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung. In B. Metzmacher, H. G. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 2: Praxis der integrativen Kindertherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 59; S. 143-188). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1: Klinische Philosophie* (2. überarbeitete u. erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2010). „Mentalisierung“ und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-systemische Entwicklungstherapie“ mit Familien – das „bio-psycho-sozialökologische“ Modell „Integrativer Humantherapie“. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 36(2/3), 161-259.

- Petzold, H. G., Goffin, J. J. M. & Oudhof, J. (1993). Protektive Faktoren und Prozesse - die ‚positive‘ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Integration und Kreation. Band 1: Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien* (S. 173-266). Paderborn: Junfermann.
- Pröll-List, U. (2012). „Schützende Inselerfahrungen“. *Safe Place als Konzept und Interventionsstrategie in der integrativen Therapie mit Kindern*. Master Thesis. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Rahm, D. (2005). Bindungsentwicklung – über parallele Aspekte der Entwicklung von Bindungssicherheit in der Mutter-Kind-Interaktion und im therapeutischen Prozess. *Beratung Aktuell*, 6(3), 140-160.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (Reihe: Leben lernen, Bd. 141). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2008). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (Reihe: Gesundheitsforschung). Weinheim: Juventa.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959).
- Rogers, C. R. (1967). The interpersonal relationship in the facilitation of learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing education* (S. 1-18). Washington: NEA.
- Röhrle, B. (2001). Soziale Netzwerke. In D. H. Rost (Hrsg.), *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie* (2. überarbeitete u. erweiterte Auflage; S. 657-668). Weinheim: PVU.
- Rutter, M. & Garmazy, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. M. Hetherington (Hrsg.), *Handbook of child psychology. Vol. 4: Socialisation, personality, and social development* (4th rev. ed.; S. 775-911). New York: Wiley.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1985).
- Stern, D. N. (1995). Die Repräsentation von Beziehungsmustern. Entwicklungspsychologische Betrachtungen. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie & Babyforschung. Bd 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 56; S. 193-218). Paderborn: Junfermann.

- Stern, D. N. (2010). *Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag* (3. Auflage). Frankfurt: Brandes & Apsel (englisches Original erschienen 2004).
- Tomasello, M. (2009). *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt: Suhrkamp (englisches Original erschienen 2008).
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie* (Reihe: Leben lernen, Bd. 178). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata in der frühen Kindheit* (Reihe: Leben lernen, Bd. 233). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, W. (2009). „Wer macht die Jana wieder ganz?“ Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In J. Bausum, L. U. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 13-22). Weinheim: Juventa.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler (englisches Original erschienen 1958).
- Winnicott, D. W. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett (englisches Original erschienen 1971).
- Vygotskij, L. S. (2002). *Denken und Sprechen. Psychologische Untersuchungen*. Weinheim: Beltz (russisches Original erschienen 1934).
- Zaepfel, H. & Metzmacher, B. (2004). Der Verlust der Triangulierungsfähigkeit und der sozialen Fantasie. Zur Genese und Behandlung schwerer Interaktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In B. Metzmacher & F. Wetzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 182-202). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zulliger, H. (1952). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Stuttgart: Klett.

Angaben zu den Autorinnen

Univ.-Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASFH Berlin und seit 2012 als Universitätsprofessorin an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in der Funktion der Zentrumsleitung für das Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.

Kontakt: Silke.Gahleitner@donau-uni.ac.at

Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein, Professorin (im Ruhestand) für Pädagogik und Rehabilitation der Kommunikation und Sprache an der Technischen Universität Dortmund, Visiting Professorin an der Tel-Aviv-University in Israel, tätig in den Projekten: Erzählfähigkeit, Selektiver Mutismus, Redeflussstörungen, Kinder unter Armutsbedingungen, sowie in psychotherapeutischer Praxis.

Kontakt: katprac@bluewin.ch

Ursula Pröll-List, MSc., Grundberuf Ergotherapeutin, Masterstudium der Psychotherapie (Integrative Therapie) an der Donau-Universität Krems. Sie arbeitete langjährig als Ergotherapeutin in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene (AK Bergedorf, Hamburg) und für Kinder und Jugendliche. Als Psychotherapeutin mit Zusatzausbildungen in Traumazentrierter Spieltherapie (Weinberg) und bindungsorientiertem Elterntaining (Brisch) ist sie aktuell in einer Linzer Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien und in eigener Praxis tätig.

Kontakt: proellist@gmx.at

Zitationsempfehlung

Gahleitner, S. B., Katz-Bernstein, N. & Pröll-List, U. (2013). Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(2), 165-185. Zugriff am 15.11.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>