



2014





	Vorwort	4
1	Kompass e.V.	5
1.1	Der Vorstand	5
1.2	Zusammenarbeit zwischen Landkreis Esslingen und Kompass e.V.	5
1.2.1	Kooperationsvertrag	5
1.2.2	Aufgaben der Beratungsstelle	5
2	Themenschwerpunkt	6
	Die Beendigung der Therapie: Wie Abschiede gestaltet werden können	
2.1	Einführung	6
2.2	Zentrale Fragestellungen zur Beendigung der Therapie	7
2.3	Was ist unter Trennungskompetenz zu verstehen?	16
2.4	Zum Abschluss	18
3	Die Arbeit der Beratungsstelle im Jahr 2014	20
3.1	Personalsituation	20
3.2	Statistik: Inanspruchnahme der Beratungsstelle	21
3.2.1	Gesamtüberblick	21
3.2.2	Fallentwicklung der letzten 5 Jahre	21
3.2.3	Fallbezogene Anfragen	23
3.2.3.1	Betroffene Kinder, Jugendliche und Heranwachsende	23
3.2.3.2	Betroffene Erwachsene	30
3.2.3.3	Beschuldigte (ab 14 Jahre)	35
3.2.4	Fallunabhängige Anfragen	41
3.2.4.1	Veranstaltungen	41
3.2.4.2	Informationsanfragen	42
3.3	Kooperation und Vernetzung	44
3.3.1	Kooperationen	44
3.3.2	Arbeitskreise	44
3.4	Qualitätssicherung	45
3.4.1	Fort- und Weiterbildung	45
3.4.2	Fachtage und Informationsveranstaltungen	45
3.4.3	Supervision und Intervision	46
	Resümee	47

Vorwort

Der Ihnen vorliegende Jahresbericht dokumentiert die Arbeit der Fachberatungsstelle für das Berichtsjahr 2014. Sie finden darin die aktuellen Daten, die statistisch Aufschluss über unsere Tätigkeitsfelder geben und erhalten Informationen über den Personenkreis, der unsere Beratungsstelle nutzt. Darüber hinaus bieten wir einen Überblick über unsere Beratungs-, Fortbildungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Kooperations- und Vernetzungsarbeit mit anderen Institutionen. Des Weiteren informieren wir Sie über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung unserer Arbeit.

Beim Rückblick auf die Arbeitsschwerpunkte des Jahres 2014 möchten wir vor allem die nun etablierte Kooperation mit den SchulsozialarbeiterInnen im Landkreis Esslingen hervorheben. Nachdem Kinder und Jugendliche einen erheblichen Teil ihrer Zeit in Schulen verbringen, ist es uns ein Anliegen mit diesen Institutionen auf vielfältige Weise in engem Austausch zu stehen. 2013 berichteten wir von der Zunahme an Fachberatungen bei Vermutung oder Kenntnis von Fällen sexualisierter Gewalt. Auch ein Zuwachs an Anfragen nach entsprechenden Fortbildungsangeboten war zu verzeichnen. Mit den SchulsozialarbeiterInnen als wichtige Bezugspersonen für Schülerinnen und Schüler konnten wir nun weitere Ansprechpartner gewinnen und die institutionelle Implementierung des Kinderschutz-Themas erweitern.

Den diesjährigen Themenschwerpunkt unseres Jahresberichts bilden Überlegungen zur Abschiedsgestaltung in therapeutischen Prozessen. Die Literatur-Recherche ergab nur wenige Veröffentlichungen, obwohl die Frage doch gerade in mehrheitlich befristet und damit nicht auf Dauer angelegten pädagogischen und therapeutischen Kontexten für die Gestaltung des Unterstützungsprozesses relevant sein könnte. Eine mögliche Hypothese hierfür ist, dass Menschen als soziale Wesen grundsätzlich daran interessiert sind, Beziehungen zu erhalten und Schwierigkeiten damit haben, deren Begrenztheit oder deren Verlust zu thematisieren bzw. zu verkraften.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns dazu entschlossen, das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln wie der Kriterien zur Einleitung des Abschiedsprozesses, der inhaltlichen Gestaltung, der Rolle des professionellen Helfers, möglicher auftretender Probleme und der Frage nach Aspekten von Trennungskompetenz zu beleuchten.

Kirchheim unter Teck, im Juli 2015

Angelika Schönwald-Hutt

Katja Englert

Gaby Lemke

Erich Utendorf

Petra Bäurle



1 Kompass e.V.

Kompass e.V. ist ein gemeinnütziger Verein und als freier Träger der außerschulischen Bildung und der Jugendhilfe anerkannt. Die vom Verein unterhaltene Psychologische Fachberatungsstelle Kompass Kirchheim wird durch den Landkreis Esslingen sowie durch Spenden und Bußgelder finanziert.

1.1 Der Vorstand

1. Vorstand: Prof. Dr. rer. soc. Dipl. Päd. Maria Bitzan

2. Vorstand: Prof. em. Jost Bauer

Schatzmeister: Viktoria Pardey

1.2 Zusammenarbeit zwischen Landkreis Esslingen und Kompass e.V.

1.2.1 Kooperationsvertrag

Rechtsgrundlage für die Arbeit der Psychologischen Fachberatungsstelle Kompass Kirchheim ist der Kooperationsvertrag zwischen dem Landkreis Esslingen und Kompass e.V. vom Dezember 1994, der Ergänzungsvertrag vom Oktober 2000 sowie die Vereinbarung zum Schutzauftrag der Jugendhilfe (gem. § 8a Abs. 2 SGB VIII und § 72a SGB VIII) vom September 2008.

1.2.2 Aufgaben der Beratungsstelle

Der Landkreis Esslingen hat im Rahmen seiner Pflichtaufgaben folgende Arbeitsfelder im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt an die Psychologische Fachberatungsstelle Kompass Kirchheim delegiert:

- Beratung
- Diagnostik und Therapie
- Fachberatung
- Prävention
- Kooperation mit anderen Einrichtungen des Landkreises
- Netzwerkarbeit

Die Beendigung der Therapie:

Wie Abschiede gestaltet werden können

2.1

Einführung

„Abschiednehmen gehört zum Leben“ – ein scheinbar selbstverständlicher Satz. Von Geburt an begleitet uns die Realität der vielfältigen Begrenztheit in unserem Leben, erfahren wir lebensgeschichtlich immerfort Anfänge und Abschiede. Sie beginnen mit der Geburt, setzen sich fort bei der Entwöhnung von der Mutterbrust, an der Kindergartenpforte, beim Schuleintritt, beim Abschied von der Kindheit und den Ablösungsprozessen in der Pubertät. Es folgen der Auszug aus dem Elternhaus, der Aufbau einer Partnerschaft und die Gründung einer eigenen Familie. Die Realität des „Abschied nehmen müssen“ beschäftigt uns bis hin zu Krankheitsprozessen mit den Themen Trennung, Sterben und Tod.

Solche Übergänge, die die Schwelle zu neuen Entwicklungsstufen markieren, sind naturgemäß krisenhaft: Sie sind gleichermaßen Chance und Bedrohung. Als Herausforderung, die bewältigt werden muss, sind sie untrennbar mit dem Leben verbunden. Die Psychologin und analytische Psychotherapeutin Verena Kast hat deshalb davon gesprochen, dass Menschen ermutigt werden sollen, „abschiedlich leben zu lernen“.

Weil wir als Menschen aber nicht nur in der Zeit, sondern mit Menschen leben, sind Beziehung und Gespräch wesentliche Aspekte unserer Existenz. Abschied nehmen heißt also grundsätzlich auch, das Gespräch für kürzere bzw. längere Zeit und schließlich auch endgültig beenden zu müssen. Für unsere persönliche Entwicklung setzt dies die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, auch Beziehungen loslassen zu können, die bedeutungsvoll und prägend für uns sind. Darin liegen erkennbar eine große Herausforderung und ein mögliches angstausslösendes Spannungsfeld. Vielleicht ist darin auch begründet, warum wir die Illusion von Endlosigkeit aufrechtzuerhalten suchen und die Tatsache von Trennung bagatellisieren oder leugnen wollen.

Menschen, die sich therapeutische Unterstützung suchen, leiden häufig unter der Erfahrung eigener Begrenztheit und den erlebten Beziehungserfahrungen. Abschied ist also der therapeutischen Beziehung in vielfacher Weise immanent: Erkennbar ist dies in jeder einzelnen Sitzung, deren Beendigung sich gelegentlich schwierig gestaltet sowie in rhythmischen Unterbrechungen durch Urlaubswochen oder überraschend durch Krankheitsphasen. Schließlich ist der gesamte therapeutische Prozess von Beginn an befristet und beinhaltet damit die zwangsläufige Auseinandersetzung mit seiner Beendigung.

Möglicherweise ist es genau diese Dialektik der Notwendigkeit von verlässlicher therapeutischer Beziehungsgestaltung einerseits und gleichzeitiger Thematisierung des absehbaren Therapieendes, die nicht nur für Klientinnen und Patientinnen, sondern auch für Pädagoginnen¹ und Therapeutinnen¹ eine Realität darstellt, mit der sie sich nur ungern konfrontiert sehen.

Das mag einer der Gründe sein, dass es so wenig Literatur zu Beendigungshinweisen in der Therapie bzw. praktische Anleitungen gibt. Am Ende des Artikels finden Sie dennoch einige Angaben zu Veröffentlichungen und Möglichkeiten zum Weiterlesen.

¹ Ausschließlich für die vereinfachte Lesbarkeit des Textes wird im weiteren Text der weibliche Terminus verwendet. Die Begriffe Patientin und Klientin werden synonym verwendet.



Ein Ansatz zur Überwindung dieser „Sprachlosigkeit“ könnte sein, die vielschichtigen Bedeutungsebenen des Abschieds nicht nur auf den Aspekt der Trennung als Verlust oder als Konflikt zwischen Bindung und Selbständigkeit, sondern auch als Metapher für Prüfung, Aufbruch, Wachstum, Wandel, Rückbindung an andere Menschen, bleibende Verbindung und Transformation zu verstehen.

Erforderlich dabei ist, anzuerkennen, dass wir Übergänge benötigen, die das Leben rhythmisieren und bewältigen helfen anstatt die Phantasie des „nonstop“-Funktionierens, der „rund um die Uhr“ bestehenden Leistungsfähigkeit und der scheinbaren „Endlosigkeit“ aufrechtzuerhalten.

Arnold van Gennep (*1873, †1957), ein französischer Ethnologe, sprach in diesem Zusammenhang von Ritualen (rites de passage) als soziale Notwendigkeit, die einem Menschen dabei helfen als „Individuum von einer genau definierten Situation in eine ebenso klar definierte und strukturierte Situation“ gelangen zu können.

Aus seiner Sicht bedarf es dazu:

- spezifischer Trennungsriten (rites de séparation, z.B. Polterabend, Junggesellenabschied, Ablegen bestimmter Kleidung, Bestattungsriten)
- eigentlicher Übergangsriten (rites de marge, z.B. Jugendweihe, Firmung und Konfirmation, Bar Mitzwa). Es handelt sich häufig um Initiationsriten, die beispielsweise den Übertritt von Kindheit zum Erwachsensein, von der Ledigkeit zur Ehe und vom Außenstehend-Sein zum eingeweihten Mitglied begleiten und kennzeichnen.
- abschließender Angliederungsriten (rites d'agrégation, z.B. Hochzeits- oder Geburtsriten). Sie verdeutlichen dem Individuum, dass es nun eine neue Position im Leben einnimmt, die mit entsprechenden Rechten und Pflichten verbunden ist. Dazu wird es in der neuen Lebensführung unterwiesen, um sich in den veränderten Beziehungen sicher bewegen zu können.

Im Folgenden soll erörtert werden, wie wir in therapeutischen Prozessen unsere Patientinnen und Klientinnen im Hinblick auf eine Veränderung bisheriger pathologischer Beziehungsmuster darin unterstützen können, einen guten Abschied von der Therapie zu erfahren und zu vollziehen. Im Unterschied zu den Leitartikeln vergangener Jahresberichte soll dies anhand konkreter Fragestellungen erfolgen.

2.2 Zentrale Fragestellungen zur Beendigung der Therapie

2.2.1 Wer ergreift die Initiative zur Beendigung der Therapie?

Wenn nicht zu Beginn des therapeutischen Prozesses eine konkrete Stundenzahl vereinbart wurde, kann die Initiative für die Thematisierung des Abschieds von der Therapeutin oder der Patientin ausgehen. Grundsätzlich hat dabei die Therapeutin die Verantwortung für die Leitung des Prozesses, so dass es ihrer fachlichen Reflexion obliegt, gegebenenfalls zu prüfen, was sie daran hindert, dem therapeutischen Verlauf entsprechend die Abschiedsphase einzuleiten und welche Aspekte sie möglicherweise dazu veranlassen, entweder das Ende des Prozesses zu forcieren (Ausstoßungstendenz) oder hinauszuzögern („endlose“ Therapie).

Im Falle der Initiative der Patientin ist die Therapeutin gefordert zu hinterfragen, ob aus fachlicher Sicht das bedarfsgerechte Ende der Therapie bevorsteht (Gibt es Indikatoren, die die mögliche Beendigung der Therapie anzeigen?) oder wie stattdessen die Beendigungswünsche der Patientin inhaltlich bzw. prozessdynamisch zu bewerten sind, falls es nicht äußere Gründe gibt, die die Beendigung der Therapie erforderlich machen.

2.2.2 Welche Kriterien oder Voraussetzungen für den richtigen Zeitpunkt zur Beendigung der Therapie gibt es?

Mögliche Faktoren, die auf struktureller Ebene für die Gestaltung des Therapieprozesses und damit auch für seine Beendigung relevant sein können, sind:

- Die Dauer und inhaltliche Ausrichtung der jeweiligen Therapieform:
Im Gegensatz zur Langzeittherapie müssen Therapeutinnen im Falle von Kurzzeittherapien in höherer Frequenz Bindungen aufbauen bzw. beenden und sind verantwortlich dafür, den gesamten therapeutischen Prozess zu komprimieren bzw. zu beschränken. Patientinnen sind von vorneherein gefordert, sich innerhalb der auf wenige Stunden begrenzten Unterstützung einerseits auf die therapeutische Beziehung einzulassen und sich gleichzeitig inhaltlich wie emotional zu begrenzen.
Langzeittherapien bieten naturgemäß die Möglichkeit zu intensiverer Bindungsgestaltung mit der möglichen Erschwernis, eine emotional bedeutsam gewordene Beziehung trotz gefühlten weiteren Unterstützungsbedarfs loslassen zu müssen.
- Die Anzahl der Gesprächspartnerinnen:
Abschiede von Paaren oder Familien bedürfen anderer Vorgehensweisen als Einzeltherapien.

Hinsichtlich der Festlegung des Beendigungszeitpunkts ist zunächst zu unterscheiden zwischen:

- durch formale Bedingungen festgelegte Beendigungsprozesse:
Kostenübernahme eines festgelegten Stundenkontingents durch Kostenträger
- auf der gemeinsamen Vereinbarung zwischen Therapeutin und Patientin beruhende Therapieabschlüsse:
Z.B. auf eine bestimmte Stundenzahl begrenzte Therapie, ein vorzeitiges Ende aufgrund persönlicher Veränderungen in den Lebensumständen bei Patientin und/oder Therapeutin (z.B. Umzug, Trennung, Krankheit, Tod, bedarfsgerechter Abschluss oder Erfordernis des Therapieendes aufgrund von Finanzierungsproblemen bei Selbstzahlern)

Neben den strukturellen Rahmenbedingungen für die anstehende Beendigung des Prozesses sind es vor allem auch individuelle und inhaltliche Kriterien, die darauf hinweisen, wann der Zeitpunkt für die Einleitung der Abschiedsphase gegeben ist. Dazu bedarf es seitens der Therapeutin diagnostischer Aufmerksamkeit für:

die Persönlichkeit der Patientin:

- Ihre soziale Situation und etwaige Ressourcen, auf die sie während des Therapieverlaufs und nach Therapieende zurückgreifen kann



- Ihre Vorerfahrungen mit Bindung und Abschied in früheren Psychotherapien oder ähnlichen Unterstützungsmaßnahmen
- Die Art der psychischen Störungsbilder (und ihrer Symptomatik wie z.B. Suizidalität) sowie deren Einflussnahme auf das soziale Leben der Patientinnen:
Sie lassen Zusammenhänge mit dem Reifegrad und den damit verbundenen Beendigungsstrategien der Patientinnen erkennen: Bei Depressionen ist beispielsweise häufig tendenziell eine leichtere Beziehungsaufnahme als deren Beendigung festzustellen. Dagegen finden sich bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung eher Schwierigkeiten in der Beziehungsaufnahme bzw. in der Fähigkeit zu Bindung im Gegensatz zur scheinbar leichteren Beziehungsbeendigung oder deren Abbruch.
- Ihre Verhaltensweisen während des gesamten Therapieverlaufs:
Interaktionelle Hinweise auf die Handhabung der Rahmenbedingungen, z.B. ob zuverlässig, interessiert oder unzuverlässig bzw. dysfunktional hinsichtlich Termineinhaltung, pünktlichem Erscheinen, guter Kooperationsbereitschaft, Vergessen der Sitzung oder Vergewissern der Termine. Die Art der Nutzung der Therapie sowie des Umgangs mit dem Sitzungsende, bei der Ankündigung von Urlaubszeiten oder nach überraschend ausgefallenen Therapiestunden können Anhaltspunkte für mögliche Reaktionen der Patientin auf die Ankündigung des bevorstehenden Therapieendes geben.
- Entsprechende Äußerungen und Wünsche der Patientin, z.B. auch der Wunsch nach Reduzierung der Stundenfrequenz

die Inhalte des therapeutischen Prozesses:

- Der Therapieverlauf und /oder die psychische Verfassung der Patientin verweisen auf eine andere Unterstützungsform:
Z.B. die Indikation für eine ambulante Psychotherapie, ein anderes Setting wie z.B. Gruppentherapie oder die Behandlung in einer stationären Einrichtung
- Der therapeutische Prozess legt eine Behandlungspause oder das Behandlungsende nahe: Möglicherweise stehen bei Kindern und Jugendlichen in der Adoleszenz im Einzelfall andere wichtige Entwicklungsschritte im Vordergrund.
- Ein Behandlungsabschluss ist angezeigt:
Dieser Fall kann eintreten, wenn erkennbar keine wirkliche Motivation für den weiteren Prozess besteht oder weil zunächst keine weitere Entwicklung mehr erwartet werden kann, z.B. bei einem positiv verlaufenen Beratungsprozess.
- Eine Veränderung der Inhalte in der Therapie ist feststellbar:
Anhaltspunkt hierfür können die Verringerung der Anzahl der Themen oder ihres Belastungsgrads sowie zunehmendes Interesse an äußeren Gegebenheiten statt innerseelischer Prozesse sein.
- Eine zunehmende Orientierung auf den Alltag oder die Zukunft hin wird erkennbar:
Sie ist verbunden mit dem Wiederaufgreifen von Wünschen oder von Neudefinitionen in Beruf oder Privatleben.

- Das Auftauchen positiver Gefühle:
Dankbarkeit, Verständnis und Mitgefühl sind Zeichen dafür, Beziehungen angemessen bilanzieren zu können bzw. zu wollen. Auch die Entwicklung traumaverarbeitender Gefühle wie Trauer, Bedauern oder Akzeptanz der Erfahrungen weisen auf Therapiefortschritte hin.
- Auftretende Beendigungsträume oder Träume, die weniger Ängste und Gefahren als Aufbrüche, Neubeginne, Geburten oder Reisen beinhalten
- Das Erreichen der zu Beginn des Prozesses vereinbarten Ziele, erkennbare Behandlungserfolge oder Symptomverringerung bzw. -freiheit bei der Patientin:
Das Empfinden des Patientin: „ich kann wieder“, ihre Freude an der eigenen Kompetenz, verbunden mit einem realistischeren Selbstbild und einer gewachsenen Introspektionsfähigkeit, die Nutzung neuer Fähigkeiten zur Lösung von Konflikten, das Ablassen von Omnipotenzbedürfnissen, die Fähigkeit zu veränderter Beziehungsgestaltung und eine veränderte Beziehungsqualität zu den Eltern.
- Die Veränderung der Qualität der therapeutischen Beziehung hin zu mehr dialogischer Partnerschaftlichkeit:
Während die Rolle der Therapeutin zu Beginn der Zusammenarbeit in der Therapie die der „Spezialistin“ ist, der die Patientin zunächst auch idealisierend oder mit Versorgungswünschen begegnet, entwickelt diese zunehmend die Wahrnehmung ihrer eigenen Selbstwirksamkeit und damit auch ihrer bewussten Selbstfürsorge. Sie übernimmt mehr Verantwortung für den prozessualen Verlauf, die Inhalte der Therapie, ihre Gefühle und ihr Handeln.

Die Abschiedsphase beginnt also mit dem Bewusstwerden und Benennen des erkennbar werden- den Therapieendes. Es schließt sich die Festlegung der noch geplanten Stunden samt ihrer Inhalte sowie die Terminsetzung für die letzte Sitzung an. Danach ist das äußere Therapieende erreicht und geht in die nachtherapeutische Phase über. Hier finden die innere Adaption der Patientin in ihrer wiederaufgenommenen Selbständigkeit und ihr Arrangieren mit dem Leben ohne Therapie statt.

Für eine erfolgreiche Trennung der Patientin von ihrer Therapeutin und einen guten Abschied von der Therapie müssen diese Veränderungen beidseits bejaht, die Abschlussphase entsprechend vorbereitet und der Umgang mit möglichen Spannungen in der nachtherapeutischen Zeit thematisiert bzw. vereinbart werden. Sich dabei ausschließlich auf innerpsychische Prozesse zu fokussieren, griffe ähnlich zu kurz wie die einseitige Schwerpunktsetzung auf die Auseinandersetzung mit der zu erwartenden äußeren Realität.

2.2.3 Welche Inhalte gehören zur bzw. in die Beendigungsphase?

2.2.3.1 Verdeutlichung des genauen weiteren zeitlichen Verlaufs des bevorstehenden Abschieds

Dazu gehört die Vereinbarung der noch geplanten Stundenzahl sowie deren inhaltliche Festlegung (z.B. der Abschluss von Themen und entsprechender Interventionen sowie die Transferüberprüfung und Transfersicherung von Therapieergebnissen)



2.2.3.2 Exploration und Bearbeitung früherer Bindungs- und Abschieds- bzw. Beziehungsabbruchsmuster

Für Patientin und Therapeutin geht es um die gemeinsame Bewältigung der Trennungsaufgabe: Therapie ist dabei Kommunikation und Intervention. Mit der Ankündigung des bevorstehenden Therapieendes können frühere Abschiedsmuster aktiviert werden. Welche Beziehungserfahrungen hat die Patientin dabei gemacht und welche Verhaltensweisen hat sie als Reaktion auf die spezifischen Begrüßungs- und Abschiedsmuster entwickelt? Auch die damit im Zusammenhang stehenden Abwehrmechanismen als Bewältigungsversuche werden exploriert:

- Verleugnung
Die Patientin zeigt keine Reaktion auf die Thematisierung bevorstehender Unterbrechungen bzw. der Beendigung oder sie signalisiert ihre Abhängigkeit von der therapeutischen Beziehung und klammert sich an die Therapeutin (z.B. Vermeiden des Themas im therapeutischen Prozess, aktives Ablenken vom Thema, Ignorieren des Therapie-Endes durch wiederholte Kontaktaufnahme, Bitte um Wiederaufnahme der Therapie etc.)
- Rationalisierung
Intellektualisieren der Unterbrechungen und Rationalisieren der Situation sowie das Zurückhalten der entstehenden Gefühle
- Projektion und projektive Identifikation
Übertragung der negativen Gefühle auf die Therapeutin und Inszenierung von Konflikten mit der Therapeutin sowie das Ausagieren der auftretenden Gefühle (z.B. bei Kränkung und Wut) in Form verbaler Aggression oder durch vorzeitige Beendigung bzw. Abbruch des Therapieprozesses

Das Wahrnehmen und Fühlen von Affekten sowie ihr Ausdruck durch Zeigen oder Aussprechen innerhalb der schützenden therapeutischen Beziehung ist Grundlage der Lösung früherer Abschiedskonflikte wie z.B. der unvollendete Separationsprozess von den Eltern oder die Trennung von der äußeren und inneren Bindung an die Eltern. Einseitige, fixierte Affekte können untersucht und mit deren Veränderungsmöglichkeiten „experimentiert“ werden. Diese Bearbeitung führt dazu, dass das gesamte Gefühlsspektrum wieder zugänglich wird. Die Wechselwirkung von als negativ erlebten Gefühlen wie Kummer, Trauer, Wut oder Depression und positiven Empfindungen wie Freude, Liebe, Stolz oder Dankbarkeit sowie ihre Integration sind basale Fähigkeiten Erwachsener, sich lösen und trennen zu können. Hierbei ist die Beziehungsgestaltung und insbesondere naturgemäß auch die Gestaltung der Beendigung wesentliche Grundlage für die Ermöglichung einer emotional korrigierenden Neuerfahrung für die Patientin.

2.2.3.3 Rekapitulation der therapeutischen Beziehung

Patientin und Therapeutin geben sich gegenseitig Rückmeldung, wie sie die Gestaltung und Entwicklung, aber auch vorhandene Konflikte in der therapeutischen Beziehung wahrgenommen haben, wodurch eine Würdigung der Bedeutung der gemeinsamen Erfahrung für beide Beteiligten möglich wird. In dialektischer Weise wird dabei auch die Idealisierung des therapeutischen Mikrokosmos bearbeitet und zu einer selbstverständlichen Form zeitweiliger Hilfe „entdramatisiert“. Ihr Erfolg bedeutet nicht die Lösung aller, auch künftiger Probleme und schließt das Auftreten weiterer Lebenskrisen nicht aus. In diesen Zusammenhang gehört der Verweis auf die Beziehung der Patientin zu ihrer sozialen Umwelt und das Verständnis vom Therapieende als Rückbindung an eine Welt, in der sie immer gelebt hat.

2.2.3.4 Evaluation und Bilanzierung des therapeutischen Prozesses

Die Patientin blickt hier auf den Behandlungsverlauf zurück und wägt die Erwartungen und Ziele gegen das Erreichte in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation ab. Dabei können entsprechende Leitfragen hilfreich sein:

Inwiefern erlebt sich die Patientin jetzt anders als vor der Therapie?

Welche Rückmeldungen erhält sie von ihren Mitmenschen und welche Erfahrungen macht sie im Gegensatz zu früher jetzt mit ihnen?

Welche Themen hat die Patientin nicht eingebracht? Welche Fragestellungen konnten oder sollten nicht bearbeitet werden? Was waren die Gründe hierfür? Wie kam es zur Entscheidung, sich mit bestimmten Teilergebnissen zufrieden zu geben? Was ist aus Sicht der Patientin zu kurz gekommen oder insgesamt offen geblieben?

Was wäre in der verbleibenden Zeit noch wünschenswert zu erreichen?

Die Therapeutin hat dabei die Aufgabe, die aus ihrer Sicht wesentlichen Behandlungsschritte und Entwicklungsschritte der Patientin hervorzuheben und hinsichtlich der gesteckten Therapieziele zu würdigen.

2.2.3.5 Förderung der Rückkehr der Patientin in ihren Alltag ohne Therapie

Zunächst kann dabei erörtert werden, welche Vorstellungen die Patientin von der künftigen Nutzung der Therapiezeit und darüber hinaus gehend von ihrer Zukunft entwickelt. Die Therapeutin unterstützt sie darin, diese nicht nur unter dem Aspekt der Trennung, sondern vielmehr auch als Möglichkeit zu Aufbruch, weiterem Wachstum und Wandlung zu verstehen, die ihr die Chance eröffnet, bestehende Bindungen positiv zu gestalten und neue Beziehungen aufzunehmen.

2.2.4 Was sollte bei therapeutischen Prozessen mit Kindern in der Beendigungsphase beachtet werden?

Hinsichtlich des Abschieds von der Therapie mit Kindern ist es wichtig, die Eltern als weitere Partner des Prozesses zu verstehen, die möglicherweise individuelle Ziele verfolgen, die nicht nur am Kind ausgerichtet sind. Sie können sich grundsätzlich in der therapeutischen Beziehung auch in Rivalität mit der Therapeutin befinden und in der Behandlung ihres Kindes oder Jugendlichen eine Bedrohung sehen. Entsprechend dazu reagieren sie unter Umständen entweder mit Abbruchs- oder Bleibewünschen. Ihre Kinder können dabei in Loyalitätskonflikte zwischen Eltern und Therapeutin geraten, so dass sie ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr hinreichend wahrnehmen oder äußern können. Dadurch entwickeln sie möglicherweise Zweifel an der Loyalität und Parteilichkeit der Therapeutin und eigene Abbruch- oder Beendigungswünsche.

Die Behandlungsplanung sollte daher die Eltern, ihre Ängste und Konflikte, die es ihnen erschweren die Beziehung zwischen Kind und Therapeutin zu tolerieren, miteinbeziehen, aufgreifen und bearbeiten. In der Beendigungsphase sollen die Eltern Unterstützung und Ermutigung erhalten, die erfolgten Entwicklungsschritte ihres Kindes wahrzunehmen, sie dem Kind zu spiegeln und diese damit auch erkennbar zu würdigen.



2.2.5 Wie kann man die Beendigungsphase methodisch gestalten?

Zunächst steht die Bewusstmachung der bemessenen, befristeten Therapie-Zeit und die Festlegung der letzten Sitzung als gemeinsame „Trennungsbejahung“ im Vordergrund. Die Patientin benötigt dabei die Ermutigung, im sicheren therapeutischen Rahmen die bei der Exploration entstehenden Gefühle zuzulassen, zu untersuchen und damit zu experimentieren. Die Spiegelung der gezeigten Reaktionen auf Interventionen der Therapeutin fördert dabei die Introspektionsfähigkeit.

Es geht darum, der Patientin ein Übungsfeld zu eröffnen, in dem sie in abgestufter Weise das Beenden einer Beziehung als Abschied in vielen kleinen (inneren und äußeren) Schritten üben kann. Damit besteht die Möglichkeit eine Form chronologischer Zeitbewusstheit zu integrieren, die grundsätzlich in allen Lebensläufen gilt, besonders aber auch in Therapieprozessen und hier vor allem in spezifischen Belastungssituationen (Traumata) zur Überwindung fixierter Belastungen.

Eine Veränderung des Therapierhythmus z.B. durch eine Verlängerung der sitzungsfreien Phasen einerseits sowie eine Veränderung der therapeutischen Haltung hin zu mehr Gestaltungsräumen für die Patientin sowie zu einer insgesamt passiveren Haltung der Therapeutin können diesen Entwicklungsschritt unterstützen.

Auch die Gestaltung eines Therapiepanoramas oder die Durchführung von Phantasiereisen zum Thema Trennung und Wachstum sowie Neubeginn, aber auch die Planung und Durchführung von Übergangs- und Abschiedsritualen können dabei hilfreich sein, die Beendigungsphase zu gestalten.

Sowohl das Zusammentragen von Erinnerungsstücken als auch die kreative Auseinandersetzung mithilfe des Schreibens von Briefen, des Malens von Bildern, Modellierens von Figuren oder des Verfassens von Texten kann die Patientin darin unterstützen, den therapeutischen Prozess zu vollenden. Je nach individuellem Bedürfnis der Patientin als auch entsprechend der thematischen Bedeutung der entstandenen Werke kann die Patientin mit Unterstützung der Therapeutin klären, ob sie etwas davon aufbewahren oder Anderes eben explizit „loslassen“ möchte. Im nächsten Schritt kann dann entschieden werden, auf welche Weise dies dann in Form eines individuellen Rituals geschehen soll: Z.B. durch das Abschicken eines Briefes an sich selbst, etwas im Wasser wegziehen zu lassen, etwas (z.B. Botschaften) in die Luft steigen zu lassen, etwas zu verbrennen oder auch etwas dauerhaft an einem sicheren Ort zu deponieren.

Das Zelebrieren der letzten Stunde als Feier im Hinblick auf die Fähigkeit zur Selbstverantwortung und Autonomie sowie die Entwicklungserfolge kann vom Verbalisieren guter Wünsche und Gedanken („Segen“) begleitet sein und leitet das bevorstehende Ende der Therapie ein. Patientin und Therapeutin haben die Gelegenheit, einander zu danken. Dabei kann die gleichzeitige Loslösung von der therapeutischen Beziehung bei bleibender innerer Verbundenheit (Objektpräsentanz) benannt werden.

Hinsichtlich der Frage des Umgangs mit Abschiedsgeschenken von Patienten oder auch des Wunsches der Therapeutin, dem Patienten beim Abschied ein kleines Geschenk zu überreichen, halten wir es für wichtig, sich mit möglichen zugrunde liegenden Fragestellungen auseinanderzusetzen: Geht es der Patientin darum, ihre Dankbarkeit für den zuende gehenden Prozess auszudrücken? Möchte sie damit erreichen, auf symbolischer Ebene mit der Therapeutin in Verbindung zu bleiben? Versucht die Therapeutin durch ein Erinnerungsstück sicherzustellen, bei der Patientin nicht in Vergessenheit zu geraten oder möchte sie ihr etwas mit auf ihren Weg geben, das sie begleiten soll? Eine Berücksichtigung entsprechender Motivationslagen und eine Reflexion des therapeutischen Prozesses auf diesen Aspekt der Abschiedsgestaltung bezogen, sind hilfreich dabei, entsprechende Bedürfnisse bewusst wahrnehmen und im konkreten Einzelfall dann adäquat mit ihnen umgehen zu können.

Um den Übergang in die nachtherapeutische Phase zu erleichtern, kann mit der Patientin thematisiert werden, ob es sich um einen endgültigen Abschied handelt oder in welchem Umfang und welcher Form nachtherapeutische Kontakte (z.B. in Form von Nachsorge-Sitzungen oder hinsichtlich der Möglichkeit, positive Entwicklungen mitzuteilen) vereinbart werden sollen. Dabei besteht die Möglichkeit einer Beendigung bei gleichzeitigem Fortbestehen der Beziehung mit weiteren Terminen zur Nachsorge ebenso wie die Vereinbarung, bei auftauchenden Lebenskrisen eine Wiederaufnahme der Therapie in Erwägung zu ziehen.

Ein Sonderfall der Beendigung eines therapeutischen Prozesses liegt vor, wenn die Beendigung mit einem Fortbestand der beruflichen Beziehung (z.B. Lehrtherapie innerhalb einer therapeutischen Ausbildung oder nach der Behandlung einer therapeutischen Kollegin) einhergeht.

2.2.6

Welche Schwierigkeiten können in der Beendigungsphase auftreten?

Aufgrund der bereits zuvor beschriebenen Herausforderungen bei der Gestaltung des Abschiedsprozesses und den häufig auftretenden Schwierigkeiten der Patientinnen mit Individuationsbestrebungen einerseits und Abhängigkeitskonflikten andererseits, ist es hilfreich, seitens der Patientin die Möglichkeit starker Trauerreaktionen, störungsspezifischer Verhaltensweisen oder den Ausdruck negativer Gefühle in Form abwertender Kritik an der Therapeutin in Erwägung zu ziehen.

Vor allem bei Betonung unterschiedlicher Aspekte des Abschieds, wenn beispielsweise die Therapeutin auf die positiven Zukunftsperspektiven der Patientin verweist, während die Patientin die emotionale Loslösung von der Therapeutin fürchtet, kann dies einen problematischen Verlauf der Beendigungsphase nach sich ziehen. Ursache hierfür ist häufig die Ambivalenz der Patientin zwischen idealisierender Haltung gegenüber der Therapeutin einerseits und Groll bzw. Frustration andererseits, sich auf eine therapeutische Beziehung eingelassen zu haben, deren anstehende Beendigung erneut Verlassenheitsgefühle und Ängste auslöst.

Die erste Schwierigkeit, die im Zusammenhang mit der Beendigungsphase auftreten kann, ist, dass sich die Beteiligten nicht darauf verständigen können, dass der angemessene Zeitpunkt für den Abschied gekommen ist. Die Patientin fühlt sich entweder „zurückgehalten“ oder „weggeschickt“, während die Therapeutin vermutet, ihre Patientin sähe entweder die noch bestehenden Probleme oder die Behandlungserfolge bzw. die Entwicklungschance im gestalteten Abschiednehmen nicht.

Häufig kommt es im Zusammenhang mit einer anstehenden Beendigung dazu, dass eine Patientin weitere, bislang nicht thematisierte Problemlagen beschreibt und auf deren Bearbeitung drängt, um den therapeutischen Prozess zu verlängern.

Auch ein Wiederauftreten der Ursprungssymptomatik ist feststellbar, vor allem dann, wenn die therapeutische Beziehung stabil und von der Patientin als unterstützend erlebt wurde. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass der Patientin im Moment des Abschieds nochmals erneut schmerzhaft der Mangel hinsichtlich nährender und stützender Beziehungserfahrungen sowie die noch zu bewältigenden ausstehenden Entwicklungsaufgaben bewusst werden und damit die Loslösung von der stabilisierenden therapeutischen Beziehung verunsichernd wirkt.

Je nach Persönlichkeitsstruktur der Patientin und ihren Vorerfahrungen können die genannten Schwierigkeiten dazu führen, dass die Patientin die Therapie entweder nicht beenden will oder vorzeitig abbricht und damit frühere Beziehungsmuster reinszeniert. Dahinter verbirgt sich unter Umständen das Bedürfnis, die Kontrolle im Prozess zu behalten (also selbst diejenige zu sein, die sich trennt anstatt verlassen zu werden) oder der Wunsch, sich nicht verabschieden zu müssen und die dabei auftretenden Gefühle zu vermeiden.



2.2.7 Welche Rolle hat die Therapeutin?

Die Grundlage des therapeutischen Prozesses ist, abhängig von der therapeutischen Ausrichtung, das Gespräch. Wegen der zwischen den Gesprächspartnern bestehenden Asymmetrie, die aus dem gemeinsam geschlossenen Arbeitsbündnis resultiert, liegt auf Seiten der Therapeutin eine größere Verantwortung für die Gestaltung des Abschieds. Das weist auf einen gewissen Unterschied zu sonstigen Abschieden zwischen erwachsenen Menschen hin, gleichzeitig aber auf eine Ähnlichkeit zu Abschieden bei sonstigen asymmetrischen Beziehungen, etwa zu Abschieden von Lehrern oder von den Eltern.

Die Therapeutin hat die Aufgabe, in diesem Gesprächsbündnis auf Zeit die unterschiedlichen Abschiedserfahrungen der Patientin „mitzudenken“: Jene, die schmerzlich und dabei wichtig sind, die Freiheit ermöglichen und neue Horizonte eröffnen, aber auch diejenigen, die von Verrat, Treulosigkeit, Verlassen sein und Kränkung gekennzeichnet sind.

Darüber hinaus sollte sie, um Gegenübertragungsmechanismen erkennen zu können, ihre eigenen Beziehungsmuster sowie Abschieds- und Trennungserfahrungen reflektieren und gegebenenfalls bearbeiten.

2.2.8 Was bedeutet die Beendigung für die Therapeutin?

Auch in der Haltung professioneller Distanz ist die Therapeutin vom Ende des therapeutischen Prozesses mitbetroffen. Wie für die Patientin gilt auch für sie, sich nun verabschieden zu müssen und dabei mit unterschiedlichen Gefühlen konfrontiert zu sein. Wie sie darauf reagiert, hängt von verschiedenen Kriterien ab:

Maßgeblich könnte sein, ob es existentielle Zwänge auf Seiten der Therapeutin gibt, welche Leistungsansprüche die Therapeutin an sich stellt, auf welche Trennungskompetenzen sie selbst zurückgreifen kann, inwiefern sie mit ihren eigenen Trennungs- und Abschiedserfahrungen bewusst umgehen kann und von wem die Beendigungsinitiative ausgegangen ist.

Je nach Prozessverlauf, individueller Persönlichkeit der Therapeutin und der spezifischen Reaktion der Patientin erlebt sie Empfindungen wie Freude über die erreichten Erfolge und vielleicht sogar Stolz hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, aber möglicherweise eben auch Schuldgefühle wegen ihrer Beendigungsinitiative. Auch Enttäuschung über die Begrenztheit der Möglichkeiten im therapeutischen Prozess oder Zweifel bzw. Befürchtungen hinsichtlich der prognostischen Erwartungen für die Patientin, eigene Überforderungsgefühle sowie Ängste hinsichtlich der eigenen finanziellen Absicherung können auftauchen.

Wenn bei der Therapeutin intensive negative Gefühle auftreten, ist es hilfreich, in einem Supervisionsprozess diese Gegenübertragungsgefühle zu reflektieren, ihren Ursprung zu identifizieren und zu bearbeiten.

2.3 Was ist unter Trennungskompetenz zu verstehen?

2.3.1 Die Fähigkeit, eine Trennung zu bejahen und die damit verbundenen Bedürfnisse zu bearbeiten

Grundvoraussetzung für Trennungskompetenz sind die Fähigkeiten, die Notwendigkeit einer Trennung zu bejahen, eine Beziehung willentlich aufzulösen sowie die Bereitschaft, die mit der Beziehung verbundenen Bedürfnisse, Wünsche und Fantasien zu bearbeiten und gegebenenfalls aufzugeben.

2.3.2 Thematisierung und Gestaltung des Abschieds

In der therapeutischen Arbeit wird von Beginn an auf den Abschied hingewiesen und die Trennung gemeinsam vereinbart. Die Wahl des Termins liegt üblicherweise bei der Patientin. Die Therapeutin fordert die Patientin immer wieder dazu auf, sich mit dem Gedanken an die Beendigung der Therapie vertraut zu machen und eine Vision sowohl von der letzten Stunde als auch von der nachtherapeutischen Zeit zu entwickeln.

2.3.3 Zeitmanagement

Ein gutes Zeitmanagement beinhaltet das Bewusstsein für die strukturellen Rahmenbedingungen und die Wirkung externer Faktoren, weil diese den Umfang der Abschiedsphase bestimmen und die entsprechende zeitliche Gestaltung der Beendigungsphase, z.B. durch niederfrequentes Arbeiten, erfordern.

2.3.4 Thematisierung früherer Bindungs- und Trennungsmuster

Es besteht die Möglichkeit alte Trennungskonflikte zu thematisieren und zu behandeln, damit die Patientin lernt, Abschiede in der Vergangenheit emotional in Verbindung zu bringen mit ihrem Verhalten in der aktuellen Situation und den damit verbundenen Gefühlen von Angst, Wut oder Enttäuschung. Darüber hinaus wird sie darin unterstützt, ihre Abschiedserfahrungen in der Vergangenheit zu reflektieren und Zugang zum gesamten Spektrum abschiedsbezogener Gefühle zu gewinnen.

2.3.5 Kenntnisspezifische Bindungsmuster in klinischen Störungsbildern

Unterstützend wirkt dabei theoretisches Wissen über Trennungs- und Bindungsverhalten insbesondere bei klinischen Störungsbildern sowie das Bewusstsein, dass Abschied in der Therapie wichtiges Beziehungserleben auslöst und mit Abwehrmechanismen wie der Verleugnung der emotionalen Signifikanz verbunden ist.



2.3.6 Berücksichtigung diagnostischer Ergebnisse und von Erfahrungen aus probatorischen Sitzungen

Eine frühzeitige Diagnostik ermöglicht es der Therapeutin zu prüfen, ob eine aussichtreiche Möglichkeit zur Zusammenarbeit besteht, um damit gegebenenfalls das Risiko oder die Erfordernis vorzeitiger Beendigungen zu mindern. Dabei sind auch Beobachtungen darüber von Bedeutung, was die Patientin in der Sitzung unternimmt, um sich im Kontakt mit der Therapeutin sicher zu fühlen und Trennungen (Urlaub, Krankheit, Ferien) unter Kontrolle zu bringen.

2.3.7 Einbeziehung der Gegenübertragungsgefühle bei der Entscheidung zur Zusammenarbeit mit Patienten

Weiter sollte die Therapeutin auch ihre eigene Bereitschaft zur Zusammenarbeit in Verbindung mit der Wahrnehmung ihrer Gegenübertragungsgefühle bereits in den probatorischen Sitzungen klären.

2.3.8 Abbruchprophylaxe

Eine entsprechende Abbruchprophylaxe beinhaltet zunächst die grundsätzliche Klärung der Rahmenbedingungen wie z.B. die Verantwortung für ausgefallene Sitzungen im Krankheitsfall, der Umgang mit Ferienwünschen, Urlaubszeiten und Terminverlegungen sowie die Festlegung von Kontaktmöglichkeiten, Honorar und Rechnungsstellung für ausgefallene Stunden. Veränderungen müssen seitens der Therapeutin soweit möglich rechtzeitig angekündigt werden, um hinreichend Raum zum Besprechen der Auswirkungen, der dadurch möglicherweise entstehenden Phantasien und der Ängste zu ermöglichen. Dies erleichtert es der Patientin, dem therapeutischen Kontrakt zuzustimmen und sich angesichts verlässlicher und sicherer Bedingungen emotional auf den Prozess einzulassen.

Zu Beginn sollte die Therapeutin auf mögliche Ereignisse innerhalb des therapeutischen Prozesses (Konflikte, Kränkung, Widerstand) ebenso hinweisen wie eine letzte Stunde auch bei Abbruch zu vereinbaren, um dafür zu sorgen, dass die Patientin die Möglichkeit erhält, auch bei vorzeitigem Beendigungswunsch nicht erneut eine Beziehung abbrechen zu müssen, sondern beenden und abschließen zu können.

2.3.9 Bewusstsein für Übergänge und ihre Gestaltung

Trennungskompetenz beinhaltet auch das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Gestaltung der Übergänge. Das Therapieende ist eine Übergangszeit: Sie kann gleichermaßen als Bedrohung und Chance empfunden werden. Die Patientin muss alte bekannte Strukturen verlassen, während ihr Alltag ohne Therapie noch unkonkret erscheint. Die Auswirkungen neuer Orientierungen sind erst ansatzweise sichtbar und deren Beständigkeit unsicher. Die Therapeutin schenkt dabei dem sozialen Umfeld der Patientin Aufmerksamkeit und bietet Unterstützung bei der zunehmenden Alltags- und Zukunftsorientierung.

2.3.10 Thematisierung von Abbruchwünschen seitens der Patientin und supervisorische Reflektion seitens der Therapeutin

Sollte die Patientin die Therapie abbrechen (wollen), kann die Therapeutin die darin liegende Unsicherheit der Patientin wahrnehmen, vorsichtig Kontakt aufnehmen und ein Gespräch anbieten.

Bei Weigerung der Patientin, ihre Beweggründe zu erörtern oder aufzugeben, ist dies seitens der Therapeutin zu akzeptieren. Ihre eigene Aufgabe ist es dann, dieses vorzeitige Therapieende zu bearbeiten und mit einer gewissen Frustrationstoleranz „auszuhalten“. Dazu gehört auch, entsprechende Bewältigungsstrategien hinsichtlich der damit möglicherweise verbundenen Kränkung und Irritation zu entwickeln.

2.4 Zum Abschluss

Me-ti sagte:

***„Jeder Lehrer muss lernen,
mit dem Lehren aufzuhören, wenn es Zeit ist.
Das ist eine schwere Kunst.“
(Bertolt Brecht, Me-ti. Buch der Wendungen)²***

Die Beschäftigung mit der Frage, wie sich ein gelungener Abschied von der Therapie gestalten lässt, lässt kaum eindeutige Antworten, sondern viel eher Anregungen zur Auseinandersetzung mit existenziellen Fragestellungen innerhalb des therapeutischen Prozesses zu.

Einen individuellen Standpunkt zum Thema Abschied zu entwickeln und adäquate Interventionen durchzuführen, unterstützt die Verabschiedung aus einem erfolgreichen therapeutischen Prozess und rundet diesen ab.

Bei einer Therapie voller Konflikte und Brüche in Verbindung mit dem Bewusstsein, dass Erfahrungen nicht bearbeitet werden konnten oder wichtige Ziele nicht erreichbar waren, kann ein gelungener Abschiedsprozess dazu beitragen, diese Erfahrung bewusst und versöhnlich zu gestalten.

***Was wir Anfang nennen, ist oft das Ende.
Und ein Ende machen heißt einen Anfang machen.
Das Ende ist unser Ausgang.
(T.S. Eliot, Little Gidding)³***

Ein bewusst vollzogener Abschied unterstützt die Patientin darin, eine Korrektur früherer Beziehungserfahrungen und sich selbst im Umgang damit gereift zu erleben. Für die Therapeutin liegt die Bedeutung eines bewusst vollzogenen Abschiedes insbesondere auch darin, sich ebenfalls aus der therapeutischen Beziehung zu lösen und somit für die folgenden therapeutischen Beziehungserfahrungen zu öffnen.

Katja Englert

² „Trennungskompetenz – Die Kunst, Psychotherapien zu beenden“, S.5

³ „Ein guter Abschied“, Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien, S.9



Literatur

Kast, Verena:

„Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses“

Kreuz-Verlag, 1982

Müller-Ebert, Johanna:

„Trennungskompetenz – Die Kunst, Psychotherapien zu beenden“

Klett-Cotta, 2001

Müller-Ebert, Johanna:

„Trennungskompetenz in allen Lebenslagen

Vom Loslassen, Aufhören und neu Anfangen“

Kösel, 2007

Novick, Jack / Novick, Kerry K.:

„Ein guter Abschied“, *Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien*

Brandes und Apsel, 2008

prä(vention) & pro(phylaxe)

„Loslassen und abschließen“

14. Jahrgang Nr. 2, August 2012

Herausgeber BAG Prävention & Prophylaxe e.V., Berlin

Wikipedia:

http://de.wikipedia.org/wiki/Arnold_van_Gennep

Wittorf, Susanne:

„Die Abschlussphase von Psychotherapien“, *Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (phil.)*,

Universität Osnabrück, 1999

3 Die Arbeit der Beratungsstelle im Jahr 2014

3.1 Personalsituation

Im Berichtsjahr 2014 war die Stellenkapazität von 2,5 Fachkraftstellen und einer halben Verwaltungsstelle voll ausgeschöpft.

Angelika Schönwald-Hutt

Kinder- und Jugendlichentherapeutin
Leitung der Beratungsstelle

75,0%

Katja Englert

Diplom-Sozialpädagogin (BA)
Gestalttherapeutin (IGW)
Heilpraktikerin Psychotherapie

75,0%

Gaby Lemke

Diplom-Psychologin
Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin

50,0%

Erich Utendorf

Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

50,0%

Petra Bäurle

Verwaltungsfachkraft, Telefonkontakt

50,0%

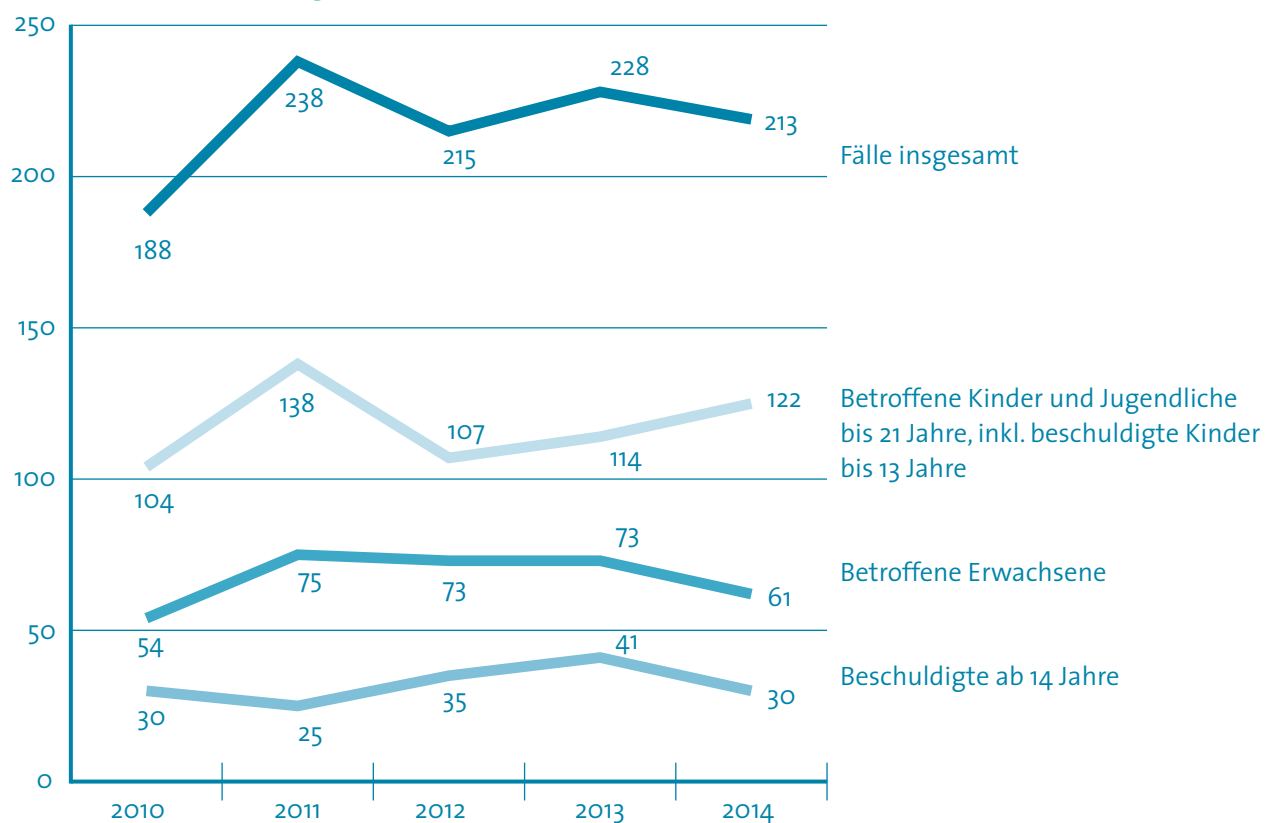


3.2 Statistik: Inanspruchnahme der Beratungsstelle

3.2.1 Gesamtüberblick KK

Anfragen an die Beratungsstelle	250
Fallanfragen	213
Betroffene Kinder und Jugendliche	122
Betroffene Erwachsene (ab 21 Jahre)	61
Beschuldigte Jugendliche (14 - 21 Jahre)	10
Beschuldigte Erwachsene (ab 21 Jahre)	20
Fallunabhängige Anfragen	37
Veranstaltungsanfragen	16
Informationsanfragen	21

3.2.2 Fallentwicklung der letzten 5 Jahre



In Fällen direkt beratene Personen	375
Betroffene Kinder und Jugendliche (bis 21 Jahre)	29
Betroffene Erwachsene (ab 21 Jahre)	50
Beschuldigte Jugendliche (14- 21 Jahre)	8
Beschuldigte Erwachsene (ab 21 Jahre)	17
Bezugspersonen	96
Fachkräfte	175
Fallunabhängig erreichte Personen	219
VeranstaltungsteilnehmerInnen	198
Informationsanfragen	21

Beratungskontakte insgesamt				1792
	Betroffene	Beschuldigte (ab 14 Jahre)	Bezugspersonen	Fachkräfte
persönlich	1018	252	110	72
telefonisch	21	4	66	137
postalisch	8		1	6
E-Mail	60	3	6	15
Fall-Konferenz				7
Therapiebericht	1			1
Stellungnahme	1			3



3.2.3 Fallbezogene Anfragen

3.2.3.1 Betroffene Kinder, Jugendliche und Heranwachsende

In unserer Beratungsstelle werden sowohl von sexualisierter Gewalt betroffene als auch übergriffige Kinder, Jugendliche und Heranwachsende beraten bzw. therapeutisch begleitet.

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres, die übergriffig geworden sind, betrachten wir als nicht in die Täterkategorie, sondern zu den betroffenen Kindern und Jugendlichen gehörig, weil sie noch nicht strafmündig sind und oftmals selbst Opfer missbräuchlicher Strukturen sind.

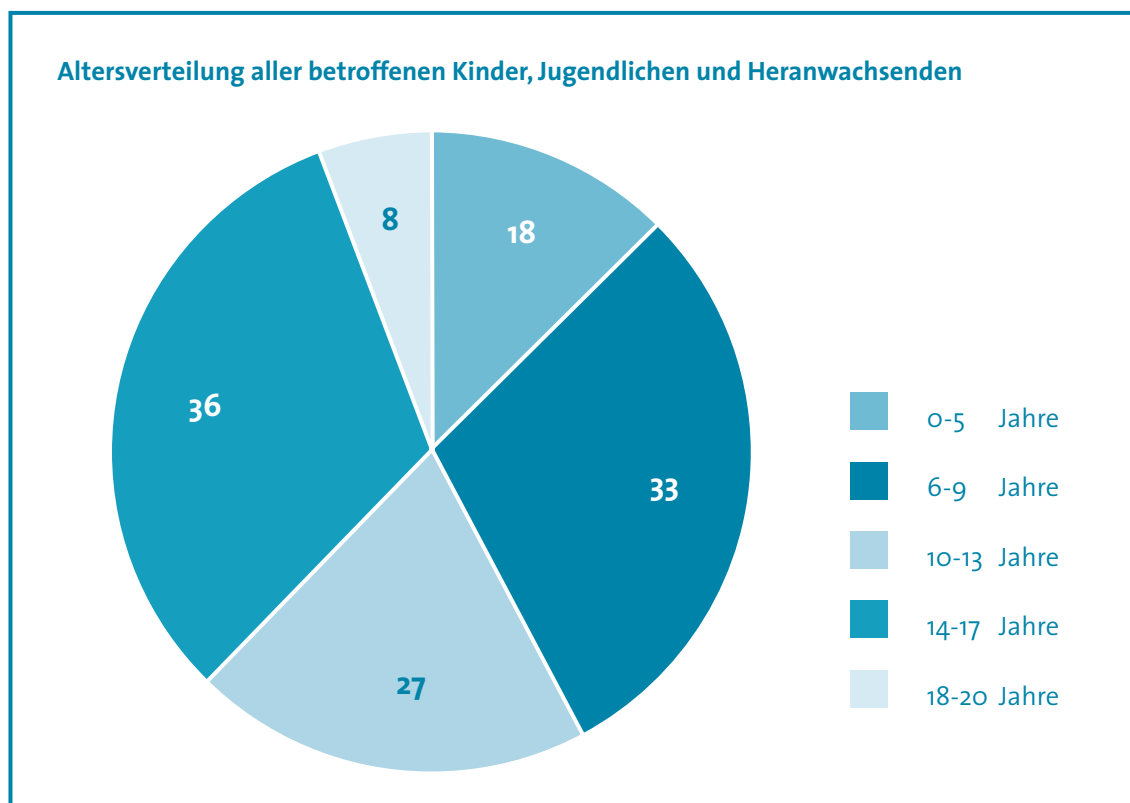
In Einzelfällen sind die Übergriffe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 13 Jahren so gravierend, dass wir sie gesondert aufführen. Bei ihnen besteht spezifischer Behandlungsbedarf. Im aktuellen Berichtsjahr wurden in diesen Fällen nicht die betroffenen Kinder selbst, sondern 2 Bezugspersonen und 5 Fachkräfte beraten.

Jugendliche und Heranwachsende von 14 bis 21 Jahren, die Übergriffe begangen haben, sind aufgrund ihrer Strafmündigkeit der Kategorie „Arbeit mit Beschuldigten“ zugeordnet.

Anzahl der Fälle 2014 gesamt	122*
Dabei insgesamt involvierte Kinder	124
Davon betroffene Kinder, Jugendliche und Heranwachsende	116
Davon übergriffige Kinder (10-13 Jahre)	4
Davon indirekt beteiligte Kinder (z.B. mitbetroffene Geschwister, Kindergartenkinder, Mitschüler etc.)	4

***91 neue Fälle, 31 Fälle aus dem Vorjahr**

Kinderschutzfälle nach §8a SGB VIII	18
Beratungsstelle ist selbst Träger der Hilfe	6
Beratungsstelle leistet Fachberatung für den Sozialen Dienst	0
Beratungsstelle leistet Beratung als insoweit erfahrene Fachkraft (IEF)	12

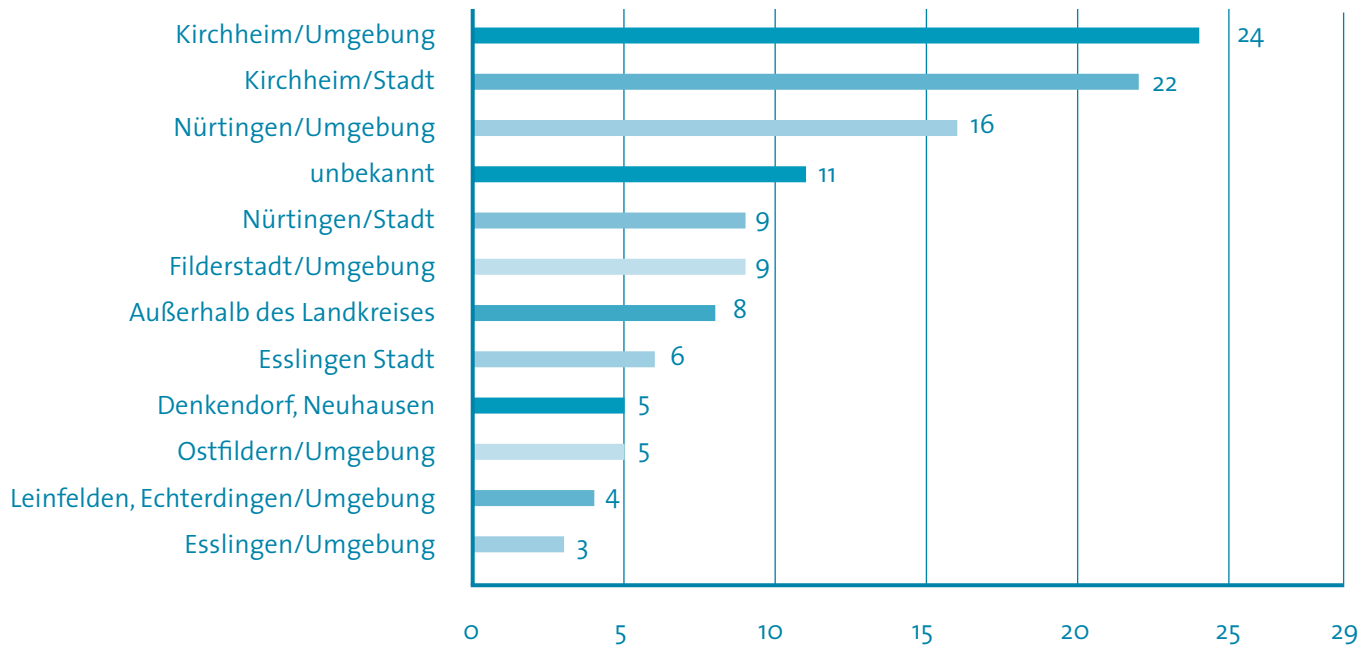


Geschlecht

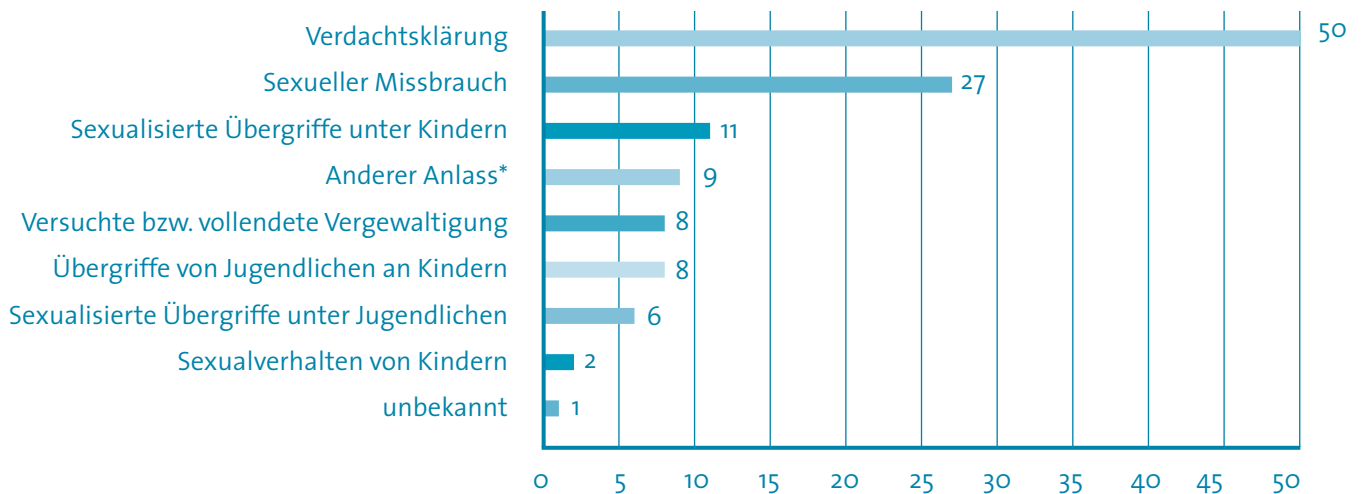
Geschlecht aller betroffenen Kinder und Jugendlichen	
Weiblich	74
Männlich	48



Wohnorte aller Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden

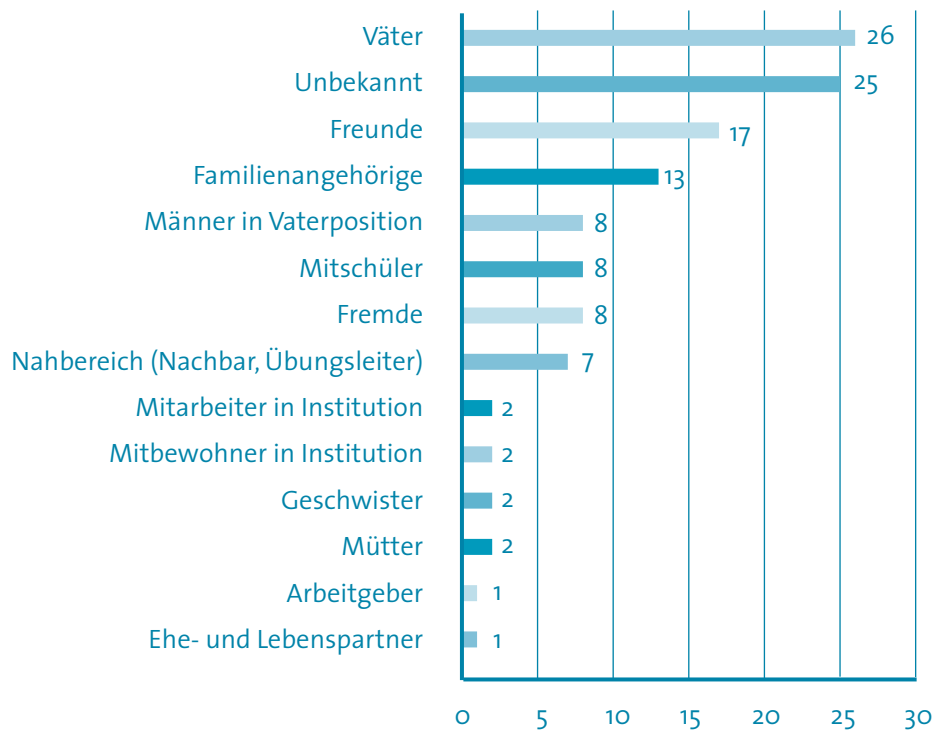


Beratungsanlass



* anderer Anlass:
emotionale Vernachlässigung, häusliche Gewalt, Mobbing

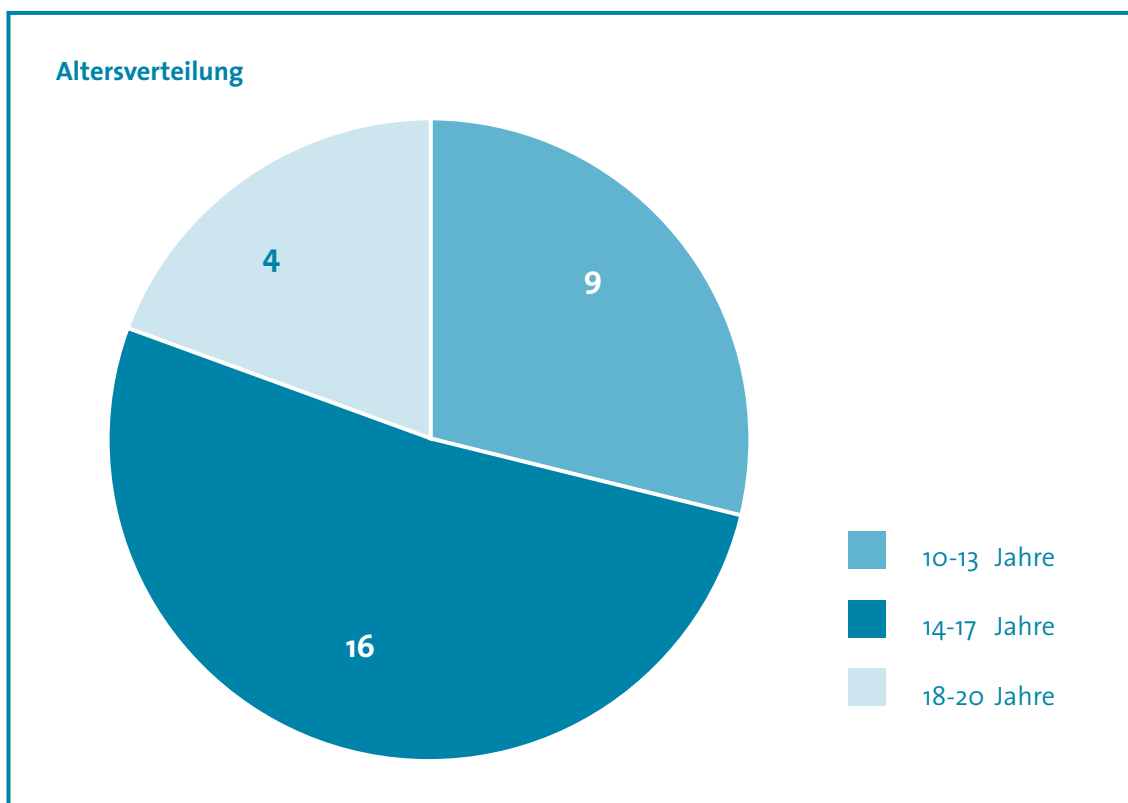
Beschuldigte



In den Erhebungsmerkmalen „Wohnort“ und „Beschuldigte“ sind hohe Nennungen bei „unbekannt“ zu verzeichnen. Dies erklärt sich einerseits durch die Anzahl von IEF-Beratungen (2014: 12), bei denen die Fälle anonymisiert dargestellt werden sowie durch die hohe Anzahl von Fällen mit Verdachtsklärungen, in denen ebenfalls zunächst häufig noch keine detaillierten Angaben gemacht werden. In diesen Fällen ist überdies oft noch unklar, ob ein Fall sexualisierter Gewalt vorliegt und wer beschuldigt ist. Ein weiterer Grund ist die wachsende Anzahl von Fällen im Kontext neuer Medien, bei denen der Beschuldigte zunächst nicht identifiziert werden kann.

Direkt beratene Kinder und Jugendliche

Beratene Kinder, Jugendliche und Heranwachsende	29
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	334
E-Mail	8
telefonisch	6
postalisch	5



In der Beratungsstelle werden vorrangig ältere Kinder und Jugendliche ab 10 Jahren direkt beraten. Oftmals sind die jüngeren Kinder bereits in psychologischer oder kindertherapeutischer Behandlung, oder es ist für sie eine andere Unterstützungsform indiziert. In ihren Fällen setzen wir daher den Schwerpunkt der Beratung auf die Arbeit mit ihren Bezugspersonen und Fachkräften, die sie betreuen.

Umfang der Beratungsprozesse	
1-5 Beratungen	12
6-10 Beratungen	4
11-15 Beratungen	3
Mehr als 15 Beratungen	10

Beratene Bezugspersonen

Beratene Bezugspersonen	75
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	91
telefonisch	52
E-Mail	5
postalisch	1

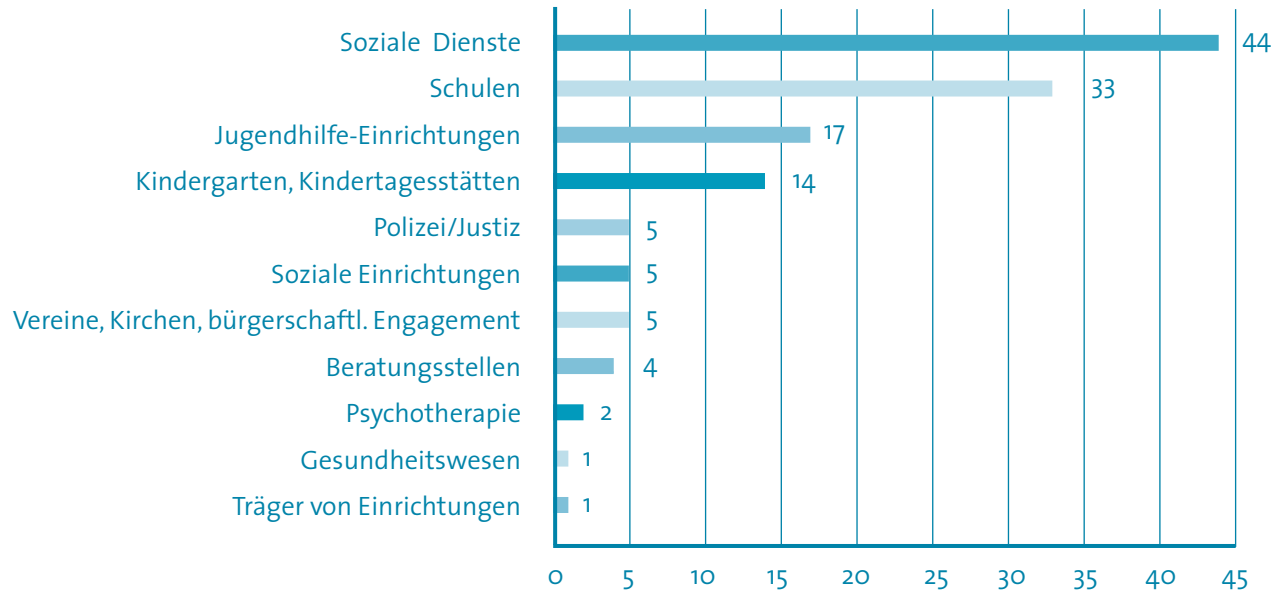
Die wachsende Anzahl von an der Beratungsstelle anhängigen Fällen, in denen Kinder von sexualisierter Gewalt betroffen sind (2012: 107, 2013: 114, 2014: 122) zieht eine Zunahme des Beratungsbedarfs der Bezugspersonen nach sich (2012: 55, 2013: 72, 2014: 75).

Beratene Fachkräfte

Anzahl der beratenen Fachkräfte	131
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	56
telefonisch	108
E-Mail	10
Fall-Konferenz	5
postalisch	2
Stellungnahme	1
Therapiebericht	1



Fachkräfte/Institutionen



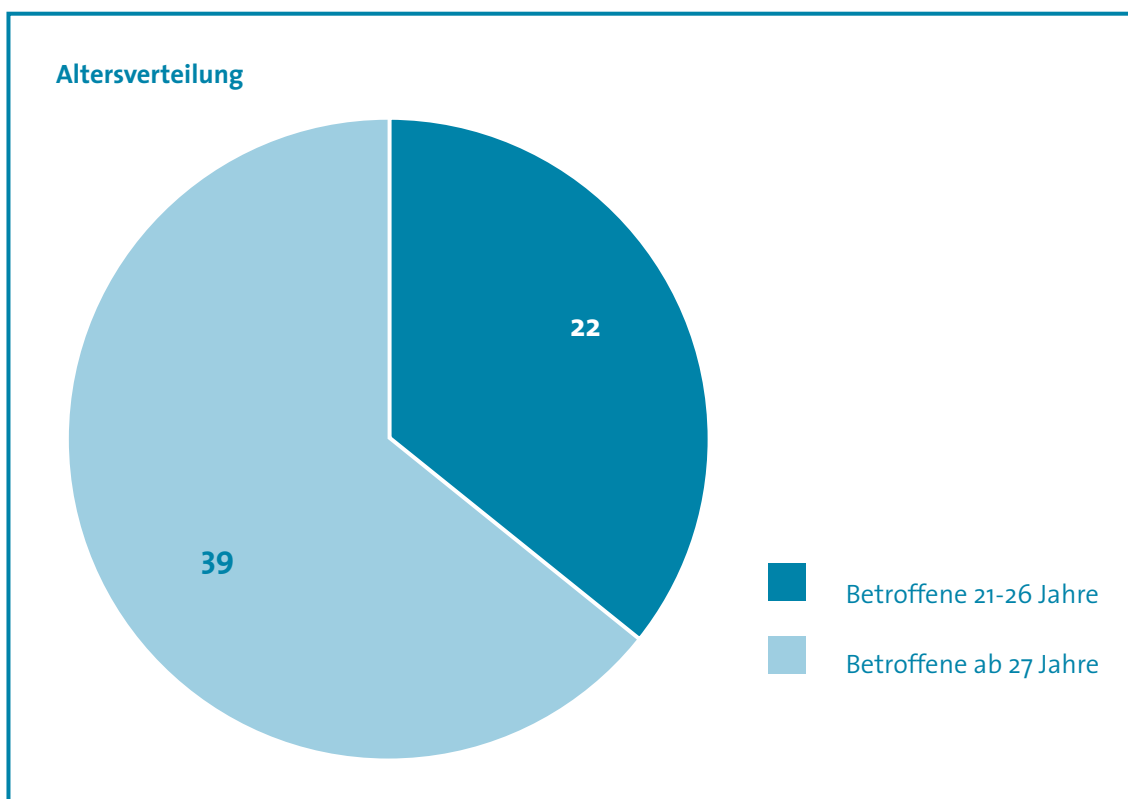
3.2.3.2 Betroffene Erwachsene

Wir bieten Beratung und Therapie für Erwachsene bis zum vollendeten 26. Lebensjahr. Unterstützung erhalten auch Betroffene über 27 Jahre, sofern sie zeitweise oder ständig in einem gemeinsamen Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren leben.

Aus Kapazitätsgründen müssen wir das Unterstützungsangebot für erwachsene Ratsuchende über 27 Jahre auf 1 bis 3 Orientierungsgespräche begrenzen. Dabei wird der konkrete Bedarf der Betroffenen ermittelt, geeignete Hilfsmöglichkeiten erarbeitet und gegebenenfalls bei der Suche nach geeigneten niedergelassenen Psychotherapeuten, Ärzten oder Kliniken unterstützt.

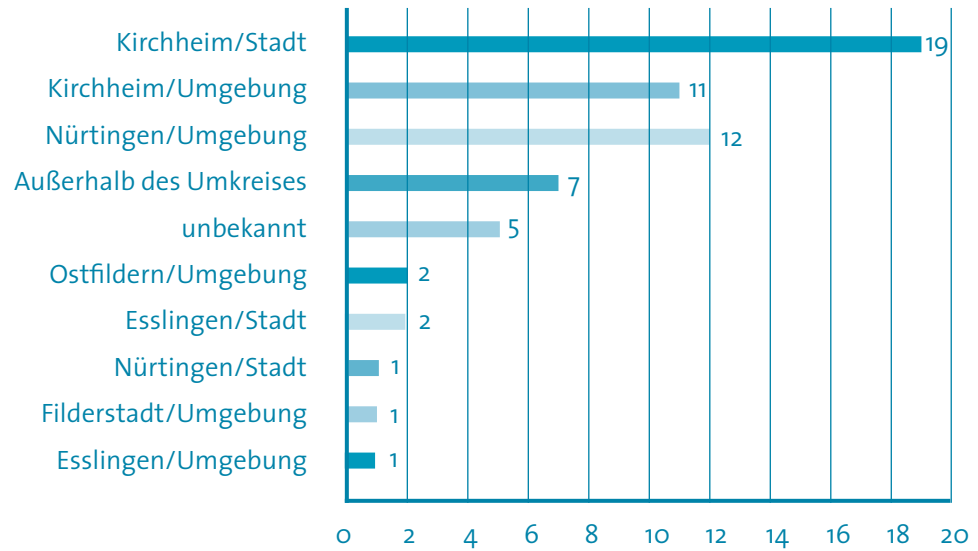
Anzahl der Fälle 2014 gesamt	61*
Frauen	54
Männer	7

*20 neue Fälle, 41 Fälle aus dem Vorjahr

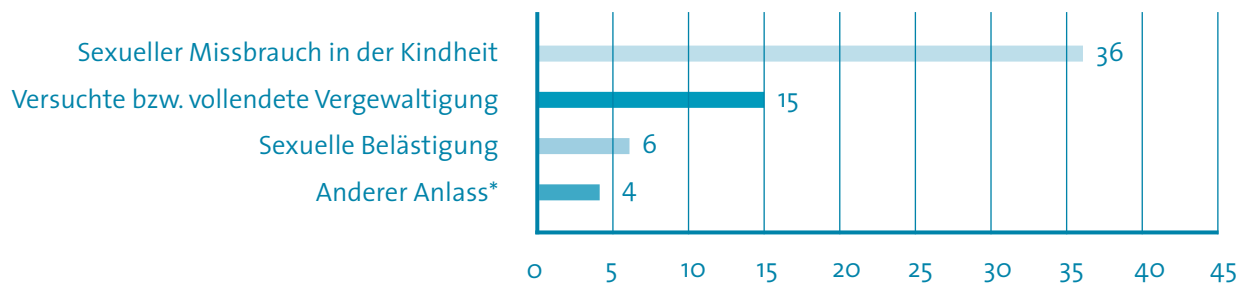




Wohnort der betroffenen Erwachsenen

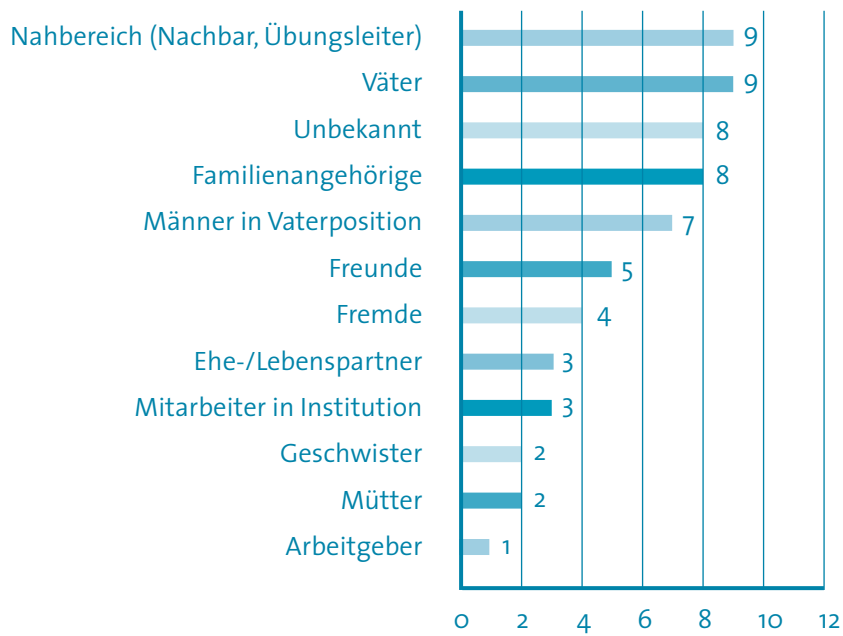


Beratungsanlass



* anderer Anlass:
Mobbing, körperliche (häusliche) Gewalt

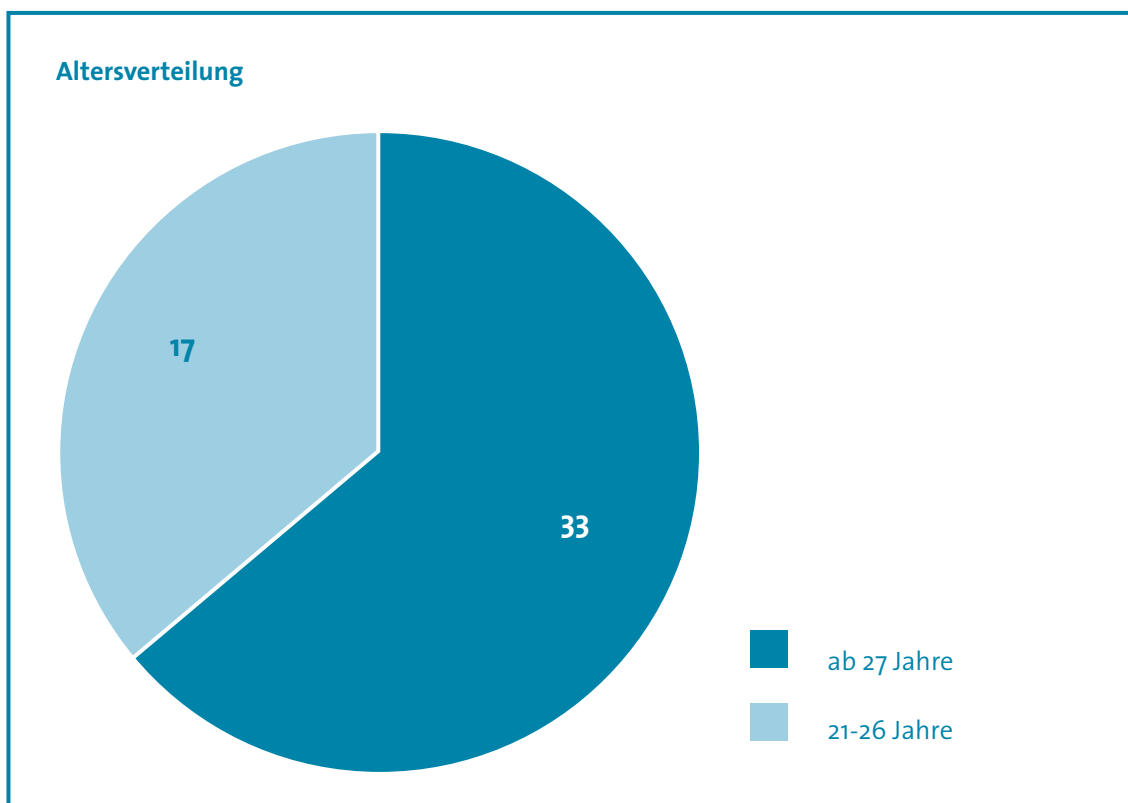
Beschuldigte Personen



Direkt beratene Erwachsene

Beratungskontakte

Anzahl der beratenen betroffenen Erwachsenen	50
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	684
telefonisch	15
E-Mail	52
postalisch	3
Therapiebericht	1
Stellungnahme	1



Umfang der Beratungsprozesse	
1-5 Beratungen	18
6-10 Beratungen	4
11-15 Beratungen	5
Mehr als 15 Beratungen	23

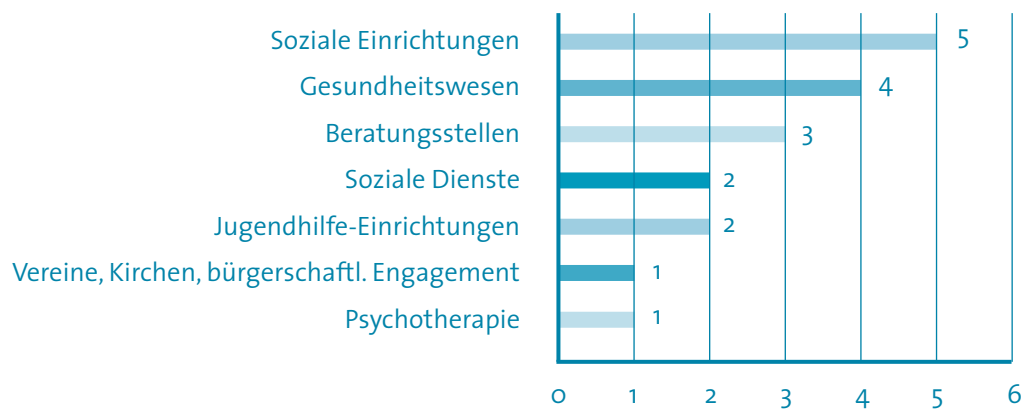
Beratene Bezugspersonen

Anzahl der beratenen Bezugspersonen	10
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	9
telefonisch	8
postalisch	1

Beratene Fachkräfte

Anzahl der beratenen Fachkräfte	18
Beratungskontakte insgesamt	
telefonisch	16
persönlich	7
E-Mail	2
Stellungnahme	2

Fachkräfte / Institutionen oder Fachkräfte aus folgenden Institutionen





3.2.3.3 Beschuldigte ab 14 Jahre

Die therapeutische Behandlung von Menschen, die sexualisierte Übergriffe geplant oder durchgeführt haben, bedarf neben dem in allen therapeutischen Prozessen erforderlichen Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und der biografischen Anamnese spezifischer Behandlungskonzepte.

Diese beinhalten

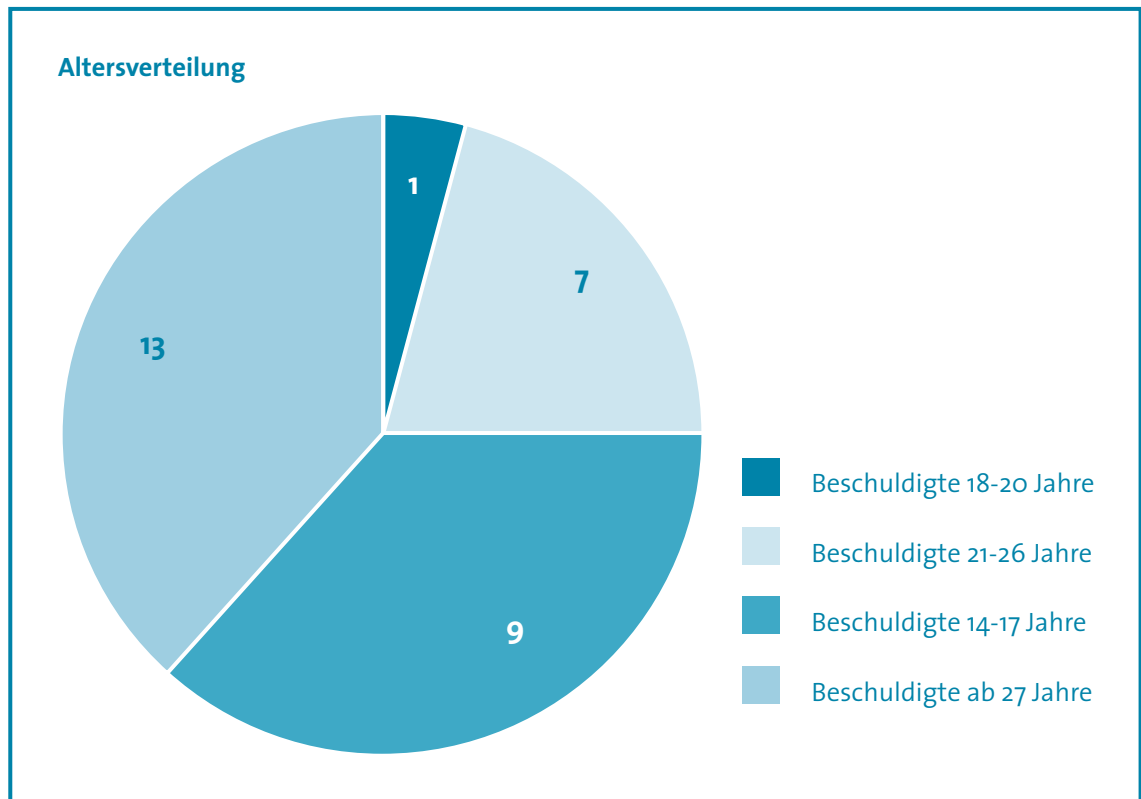
- die Entwicklung eines Verständnisses vom Kontext zwischen biografischen Lebensbedingungen und begangenen Delikt
- die detaillierte Aufarbeitung des begangenen Delikts
- die Entwicklung von Empathie in die Empfindungen der Opfer
- die Rückfallprävention

In der Regel handelt es sich um längere Behandlungsprozesse, da zunächst mit den Klienten ein tragfähiges Arbeitsbündnis entwickelt werden muss. Dies gestaltet sich häufig schwierig, da die Zugangsmotivation größtenteils einem Zwangskontext unterliegt (z.B. aufgrund gerichtlicher Auflage) und die Beschuldigten aufgrund innerer Verdrängungsmechanismen therapeutisch nur schwer zu erreichen sind.

Anzahl der Fälle 2014 gesamt	30*
------------------------------	-----

* 21 neue Fälle, 9 Fälle aus dem Vorjahr

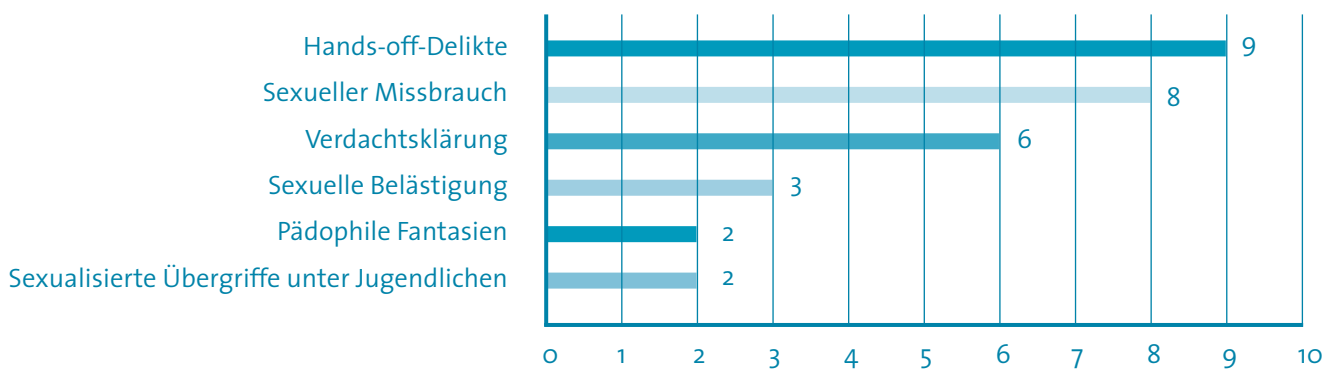
Wie bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen prüfen wir auch bei übergriffigen Jugendlichen ab 14 Jahre die Fälle daraufhin, ob die Jugendlichen selbst unter Bedingungen leben, in denen sie dem Risiko einer Kindeswohlgefährdung (sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, physische Gewalt) ausgesetzt sind.



Geschlecht

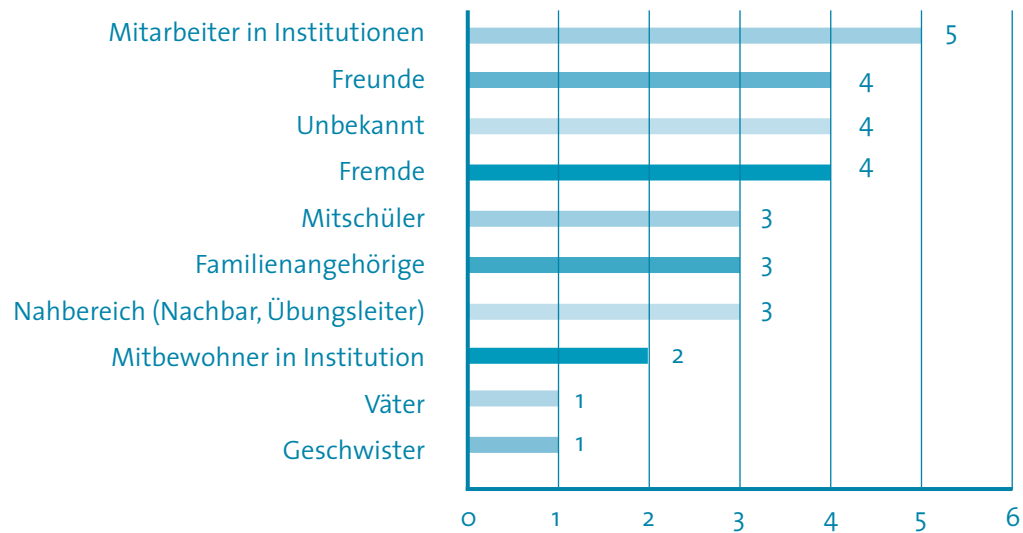
Geschlecht aller Beschuldigten	
männlich	28
weiblich	2

Begangene Straftaten

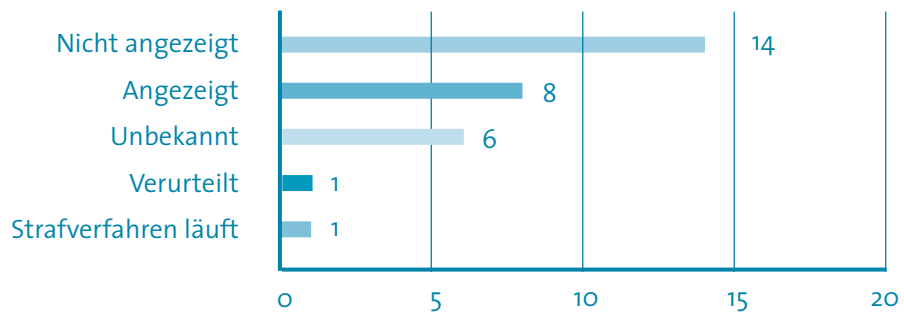




Beziehungskontext zu Opfer



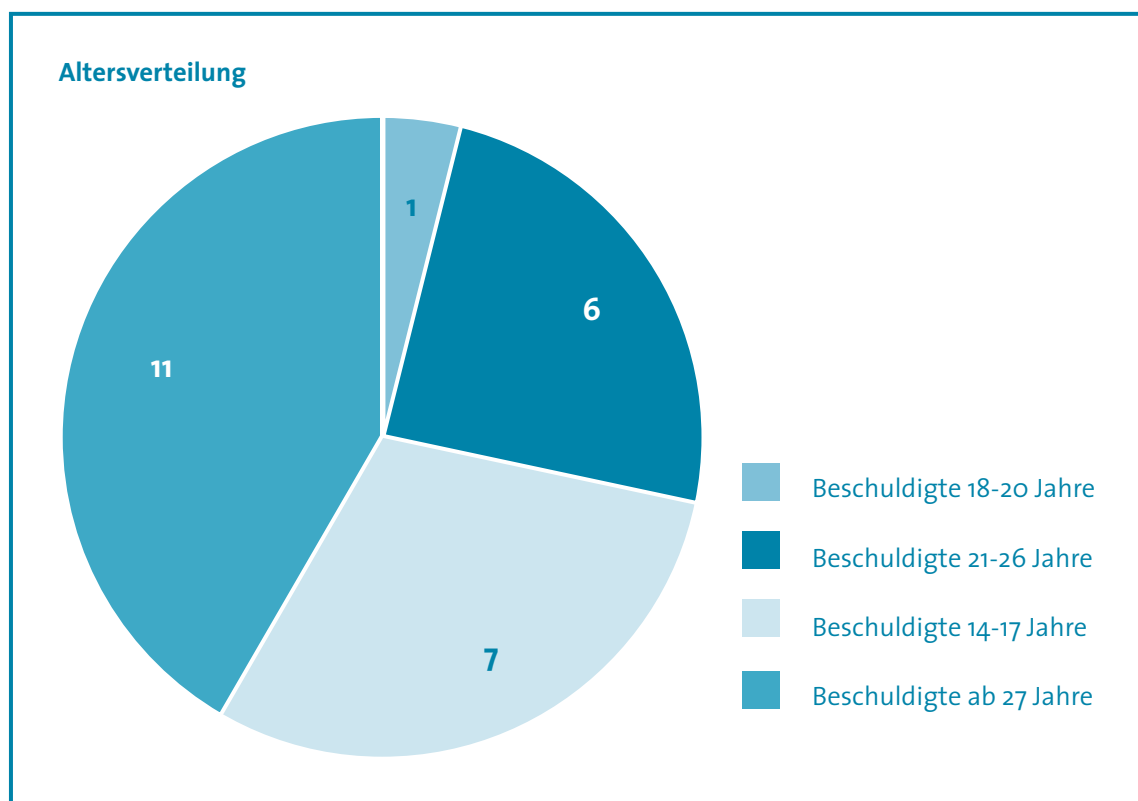
Juristischer Status



Direkt beratene Beschuldigte ab 14 Jahre

Beratungskontakte

Beschuldigte	25			
Alter der Beschuldigten	14-17 Jahre	18-20 Jahre	21-26 Jahre	ab 27 Jahre
persönlich	93	1	65	93
telefonisch			1	3
E-Mail			1	2





Dauer des Beratungsprozesses

Umfang der Beratungsprozesse bei den direkt beratenen Beschuldigten	
1-5 Beratungen	12
6-10 Beratungen	1
11-15 Beratungen	5
Mehr als 15 Beratungen	7

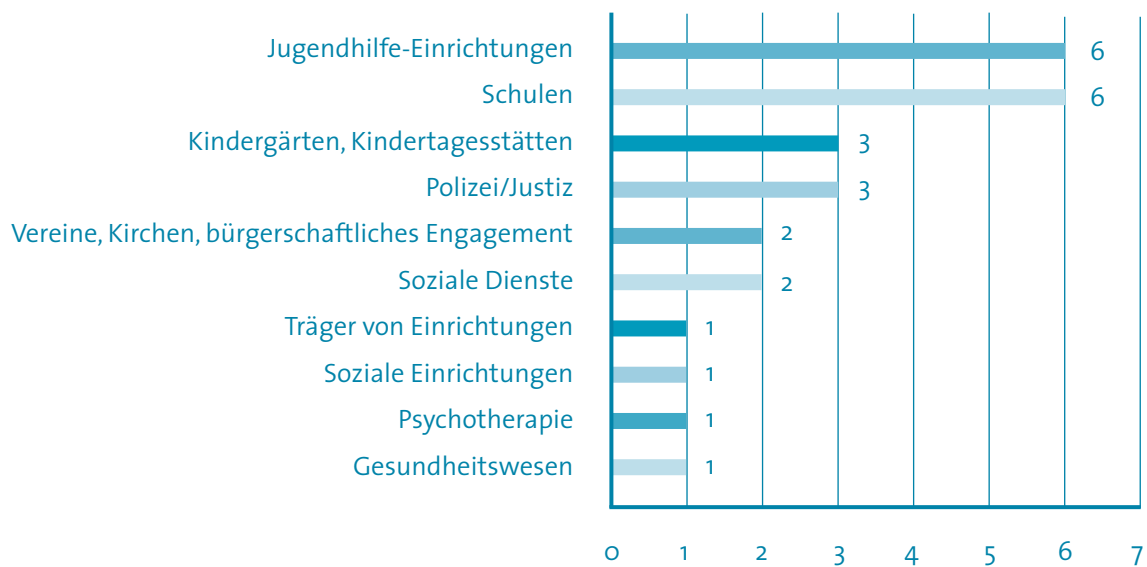
Beratene Bezugspersonen

Anzahl der beratenen Bezugspersonen	11
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	10
telefonisch	6

Beratene Fachkräfte

Anzahl der beratenen Fachkräfte	26
Beratungskontakte insgesamt	
persönlich	9
telefonisch	13
postalisch	4
E-Mail	3
Konferenz	2

Fachkräfte/Institutionen





3.2.4 Fallunabhängige Anfragen

3.2.4.1 Veranstaltungen

Veranstaltungsanfragen	16
Durchgeführte Veranstaltungen	12
Erreichte Personen	198
Veranstaltung aus Mangel an Kapazität abgelehnt	2
Veranstaltung wegen fehlender Zuständigkeit abgelehnt	2

Zielgruppe / Institution	Veranstaltungsart	Teilnehmer	Anzahl
Realschule „Sexualisierte Übergriffe – Mehr Sicherheit durch Wissen“	Vortrag	Fachkräfte	40
Werkrealschule „Sexualisierte Übergriffe unter SchülerInnen“	Vortrag	Fachkräfte	20
Kirchliche Institution „Mehr Sicherheit durch Wissen“	Vortrag	Fachkräfte	7
Förderschule	Vortrag	Fachkräfte	26
Kirchliche Institution	Vortrag	Fachkräfte	15
Arbeitskreis Vereine	Vortrag	Fachkräfte	50
Förderschule „Sexualisierte Übergriffe“	Workshop	Kinder / Jugendliche	5
Fachberatung Kinder- garten „Doktorspiele“	Workshop	Fachkräfte	30
Stadtverwaltung	Interview/Umfrage	Fachkraft	1

Zielgruppe / Institution	Veranstaltungsart	Teilnehmer	Anzahl
Hochschule Bachelorarbeit	Interview	Fachkraft	1
Hochschule Alltagsbewältigung von Erziehungsberechtigten von Kindern bei sexuali- sierter Gewalt	Interview	Fachkraft	1
Schule	Informationsveranstaltung	Fachkraft	2

3.2.4.2 Informationsanfragen

Anfragende Person / Institution	Inhalt der Anfrage
Soziale Dienste	Anfrage nach Einrichtungen zur stationären Unterbringung
Fachkraft Jugendhilfe- Einrichtung	Anfrage zu für die Öffentlichkeit zugänglichen Fortbildungsangeboten der Beratungsstelle
Jugendhilfe-Einrichtung	Information Themenkomplex „Traumatherapie“
Offene Kinder- und Jugendarbeit	Anfrage nach Fachtag mit Vortrag
Kindergarten/Kindertagesstätte	Voranfrage nach Fortbildung, Workshop-Thema „Doktorspiele“
Gesundheitswesen	Anfrage nach Therapieplatz für Patientin
Gesundheitswesen	Anfrage nach Möglichkeit, Artikel zu veröffentlichen
Gesundheitswesen	Ankündigung von Patientin mit Beratungsbedarf
Gesundheitswesen	Verjährungsfristen im Themenkomplex „sexualisierte Gewalt“
Gesundheitswesen/Psychiatrie	Verjährungsfristen im Themenkomplex „sexualisierte Gewalt“
Psychotherapie	Frage nach Kooperationsmöglichkeit



Anfragende Person / Institution	Inhalt der Anfrage
Hochschule	Bitte um Informationsmaterial über Beratungsstelle
Hochschule	Anfrage Bachelorarbeit
Schule	Anfrage zu Konzeptionsentwicklung
Schule	Anfrage für Fachvortrag bei Jubiläumsveranstaltung eines Fördervereins
Schule	Bitte um Informationsmaterial über Beratungsstelle
Betroffene	Anfrage nach Therapeutenliste für anderen Landkreis
Betroffene	Anfrage nach Praktikumsplatz
Betroffene	Bitte um Unterstützung bei drohender Wohnungslosigkeit
Angehörige	Hinweis auf Übergriff/ keine Kontaktmöglichkeit hinterlassen
Freunde, Nachbarn, soziales Umfeld	Unterstützung in einem Fall familiärer Gewalt

3.3 Kooperation und Vernetzung

3.3.1 Kooperationen

Unter Kooperationen verstehen wir regelmäßige Arbeitstreffen mit anderen Institutionen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, der Bildung und des Gesundheitswesens. Hier erfolgt ein Austausch über die Zusammenarbeit bzw. mögliche institutionelle Veränderungen und es werden weitere Kooperationsziele festgelegt.

Zusätzlich sind wir mit einzelnen anderen Institutionen und Fachkräften, die den Bereich des Kinderschutzes tangieren, in unregelmäßigen Abständen im Austausch.

Regelmäßige Kooperationen

- Landkreis Esslingen, Sozialdezernentin Frau Kiewel und Abteilungsleiter Herr Feth, in Kooperation mit Wildwasser Esslingen, Vorstellung Datenblatt 2012
- Sozialer Dienst Filderstadt in Kooperation mit Wildwasser Esslingen
- Sozialer Dienst Kirchheim
- Netzwerktreffen IEF, Landkreis Esslingen
- Sachgebietsleitung Sozialer Dienst Landkreis Esslingen Fr. Hagedorn in Kooperation mit Wildwasser Esslingen, Fortschreibung Standardpapier
- Runder Tisch Frühe Hilfen, Region Kirchheim unter Teck, Plochingen
- pro familia, Kirchheim unter Teck
- Stadt Kirchheim unter Teck, VHS-Kulturring und Stadtbücherei
Vorbereitungstreffen Szenenwechsel. Kinder- und Jugendtheaterwochen 2015

Einmalige Informationsgespräche

- Runder Tisch zu FamFG im Amtsbezirk Nürtingen
- Sozialer Dienst und Schulen im Lenninger Tal
- Psychaterin, Medizinisches Versorgungszentrum Kirchheim GmbH, Abteilung Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- Kriminalpolizei Esslingen
- JobCenter ARGE, Kirchheim unter Teck

3.3.2 Arbeitskreise

Bei den Arbeitskreisen handelt es sich um mehrmals jährlich regelmäßig stattfindende Treffen von Fachkräften unterschiedlicher Professionen und Institutionen, die sich zu festgelegten Themengebieten austauschen und an der Weiterentwicklung von Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten arbeiten.

- Kreisarbeitsgemeinschaft „Häusliche Gewalt“
- Kreisarbeitsgemeinschaft „Kinder- und Jugendpsychiatrie“
- Kreisarbeitsgemeinschaft „Frühe Hilfen“
- Arbeitsgemeinschaft „Ess-Störungen“



- Facharbeitskreis „Beschuldigte“ unter Beteiligung der Landkreise Esslingen, Göppingen, Rems-Murr-Kreis und Tübingen
- Round-Table bei KOBRA e.V., Stuttgart

3.4 Qualitätssicherung

3.4.1 Fort- und Weiterbildung

- Komplex-Systemische Traumatherapie, Villa Lindenfels Stuttgart
- Methodenintegrative Supervisionsausbildung, Akademie für Bildung und Personalentwicklung (ABiP) des Universitätsklinikums Tübingen (UKT)

3.4.2 Einmalige Veranstaltungen

- Gottlieb-Daimler-Schule 2, Sindelfingen, Fachtag des Aktionsbündnisses „Kein Raum für Missbrauch“ im Landkreis Böblingen: „Institutionelle Schutzkonzepte: Sexualisierte Gewalt in Kitas, Schulen oder Vereinen“
- VHS Esslingen, Stadt Esslingen, Polizeipräsidium Reutlingen
Parcours Internetsicherheit, Generation online – Was machen unsere Kinder im Netz?
- Oskar-Paret-Schule, Freiberg am Neckar
Theaterstück „Grenzbereiche“, Interaktives Jugendtheaterstück zur Prävention von sexuellen Übergriffen unter Jugendlichen, Theater Q-rage
- Psychosomatische Klinik Esslingen
Vortrag „Elterliche Feinfühligkeit und kindliche Entwicklung“, Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
- Stiftung Jugendhilfe aktiv, fobi:aktiv, Theodor-Rothschild-Haus
„Borderline-Störung verstehen“
- Interne Fortbildungsveranstaltung mit Aytekin Celik, M.A., Bildungsreferent
„Soziale Netzwerke“ in Kooperation mit pro familia Kirchheim unter Teck
- CJD Kirchheim/Teck
Jubiläumsveranstaltung zum 40-jährigen Bestehen
- CJD Kirchheim/Teck
Psychotherapie-Fachtag 2014 „Zur Neurobiologie psychischer Störungen“, Dr. Ahmed A. Karim, Universitätsklinikum Tübingen

3.4.3 Supervision und Intervision

Supervision

Für das therapeutische Team

Im Rahmen externer Supervision stellen die Mitarbeiterinnen und der Mitarbeiter der Beratungsstelle einmal monatlich einem psychologischen Psychotherapeuten und Psychoanalytiker Fallvignetten vor. Die tiefenpsychologische und psychodynamisch orientierte Sichtweise unterstützt im Fallverständnis und in der weiteren Behandlungsplanung.

Für Verwaltungsfachkräfte

Die Verwaltungsfachkräfte in den Fachberatungsstellen nehmen die eingehenden Fallanfragen an und haben somit den ersten Kontakt zu den Ratsuchenden. Um für diese Kolleginnen Möglichkeiten zur Reflexion dieser Gespräche zu schaffen und die Erörterung dabei auftretender Problemstellungen zu erleichtern, haben die Beratungsstellen bei sexualisierter Gewalt in den umliegenden Landkreisen und im Landkreis Esslingen für Verwaltungsfachkräfte ebenfalls ein gemeinsames Supervisionsangebot eingerichtet.

Intervision

Zweimal wöchentlich werden im Team eingehende neue Fälle und Fragen hinsichtlich aktueller therapeutischer Prozesse zur kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Entlastung der Teammitglieder besprochen.



Resümee

Hinsichtlich der Fallzahlen des Jahres 2014 ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Dabei bleibt die Gesamtzahl mit über 200 Fällen seit 4 Jahren unvermindert hoch, nachdem noch 2008 113 und 2009 144 Fälle gezählt wurden. Dieses Jahr ist eine Verschiebung der Fallverteilung hin zu einer Zunahme von Fällen, in denen Kinder und Jugendliche betroffen sind, festzustellen.

Nachdem 2011 der Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt und Ausbeutung ins Leben gerufen wurde, startete 2014 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs, die unter dem Titel „Trau dich!“ eine Reihe von Maßnahmen gegen sexuellen Missbrauch wie Angebote für 8-12 jährige Kinder, Unterstützung für Eltern und Fortbildungsangebote für Fachkräfte beinhaltet. Seither arbeiten wir unter der Ägide des baden-württembergischen Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport im Arbeitskreis der Fachberatungsstellen bei sexualisierter Gewalt in Baden-Württemberg mit. Unter der Prämisse der Nachhaltigkeit wird ein entsprechendes Konzept erarbeitet und in ein Pilotprojekt umgesetzt, das unter dem Gesichtspunkt stärkerer institutioneller Beteiligung künftig die Schulen aktiv in den Kinderschutz einbinden soll.

Bis die Evaluation erfolgte und die Form bzw. der Umgang der Beteiligung der Fachberatungsstellen am Projekt geklärt ist, legen wir den Schwerpunkt unserer Präventionsarbeit für Kinder und Jugendliche auf das Angebot theaterpädagogischer Projekte. Hier arbeiten wir in Workshops mit Schülerinnen und Schülern zu den spezifischen Fragestellungen und Themengebieten der einzelnen Theaterstücke, die sich inhaltlich mit dem gesamten Spektrum sexualisierter Gewalt auseinandersetzen. Dabei kooperieren wir mit verschiedenen Institutionen (pro familia, Mehrgenerationenhaus Linde, Stadt Kirchheim), um Kinder und Jugendliche nicht nur über die Schulen, sondern auch über außerschulische Veranstaltungsangebote zu erreichen.

Nachdem wir im Jahr 2013 die Zunahme von Fallanfragen zum Thema sexualisierter Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen verzeichnen mussten, entwickeln wir derzeit für die Schulen neben unserem Fortbildungsangebot zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt/sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen seitens Erwachsener“ einen weiteren Vortrag, der gezielt Ursachen, Ausprägungen, Folgen und daraus resultierende Handlungsleitlinien bei sexualisierten Übergriffen unter Kindern und Jugendlichen thematisiert.



Kompass Kirchheim

Psychologische Fachberatungsstelle
bei sexualisierter Gewalt
im Landkreis Esslingen

Marstallgasse 3
73230 Kirchheim unter Teck
Telefon 07021-6132
Fax 07021-6123

mail@kompass-kirchheim.de
www.kompass-kirchheim.de