

**HOCHSCHULE
MITTWEIDA**
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



**Darstellung und Eruiierung freier
Assoziationskarten für Kinder im Alter zwischen
sechs bis zehn Jahren mit einer zugrunde
liegenden depressiven Thematik**

Verfasser: Christoph Popp
Matr.-Nr. 46261

Masterarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades
„Master of Arts“ (M. A.)
im Studiengang
„Therapeutische soziale Arbeit mit Kindern und jugendlichen“
an der
Hochschule Mittweida – Fakultät soziale Arbeit und University of Applied Sciences

Eingereicht im Sommersemester 2023
am 30.06.2023

Erstgutachterin: Dipl. Päd. Anne Schmitter-Boeckelmann

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

1.0 Einleitung	1-2
1.1 Forschungsaspekt	2-3
2.0 Entwicklungspsychologische Aspekte von Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren	3-5
2.1 Die Gedächtnisentwicklung	5
2.2 Die Sprache und die visuelle Wahrnehmung	5
2.3 Die Emotionen	5-8
2.4 Die Ich-Entwicklung	8
2.5 Das Selbstkonzept	9
2.6 Das Selbstwertgefühl	9-10
2.7 Ergänzung	10
2.8 Die Risikofaktoren und die Schutzfaktoren	10
2.8.1 Die Risikofaktoren	10
2.8.2 Die Schutzfaktoren	10-11
2.9 Die Diagnose	11
2.10 Das Strukturniveau	11-14
2.11 Erkenntnisse in Bezug auf die Entwicklung der Assoziationskarten	14-15
3.0 Die Depression	15-18
3.1 Die geschichtliche Entwicklung im Umgang mit depressiven Störungen	18-19
3.2 Depressionen bei Kindern	20-23
3.3 Risikofaktoren für die Entwicklung von depressiven Symptomen	23
3.4 Narzissmus und Depression	23-25
3.5 Die Therapie von Kindern mit depressiven Symptomen	25-26
3.6 Die soziale Arbeit im Umgang mit Kindern mit depressiven Symptomen	26
3.7 Chancen einer depressiven Erkrankung	26-27
4.0 Aggression und Autoaggression	27
4.1 Externalisierte Wut und Aggression	27-28
4.2 Internalisierte Wut und selbstverletzendes Verhalten	28-29
5.0 Die Assoziation	29-31
6.0 Projektive Verfahren	31-32
7.0 Farbwahl und Farbwirkung	32
7.1 Die Farbe Grau	32-34
7.2 Die Farbe Grün	34
8.0 Haptik der Karten	35
9.0 Die Konzeption der Karten	35-38
10.0 Die Motivwahl	38-39
10.1 Motiv 1 - Das Bett	39-40
10.1.1 Das Bildmotiv	40
10.1.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	40
10.2 Motiv 2 – Die Spielsituation	41
10.2.1 Das Bildmotiv	42
10.2.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	42
10.3 Motiv 3 - Die Eltern	42-43

10.3.1	Das Bildmotiv	43
10.3.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	43
10.4	Bildmotiv 4 – Die externalisierte Wut	44
10.4.1	Das Bildmotiv	45
10.4.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	45
10.5	Bildmotiv 5 – Die internalisierte Wut	45-46
10.5.1	Das Bildmotiv	46
10.5.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	46-47
10.6	Bild 6 - Die Narzisstische Abwehr	47
10.6.1	Das Bildmotiv	48
10.6.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	48
10.7	Bild 7 - Das negatives Selbstwertgefühl	48
10.7.1	Das Bildmotiv	49
10.7.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	49-50
10.8	Bild 8 - Die Sozialangst	50
10.8.1	Das Bildmotiv	51
10.8.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	51
10.9	Bild 9 - die psychotische Depression	51-52
10.9.1	Das Bildmotiv	52
10.9.2	Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung	52
11	Die Anwendung	53
11.1	Die Kommunikation und der Erfahrungsraum innerhalb der Anwendung	53-55
11.2	Die Anwendungsbeschreibung	55-56
12.0	Die Auswertungsergebnisse	56-57
12.1	Beschreibung der Teilnehmergruppe	57-58
12.2	Auswertung der Fragebögen der Anwender_innen	58-61
12.3	Ergebnisse der Auswertungsbögen der Anwender_innen und Diskussion	61-62
12.4	Auswertung der allgemeinen Ergänzungen der Anwender_innen und Diskussion	62-63
12.5	Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der ersten Anwendungsphase	63-65
12.6	Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der zweiten Anwendungsphase	65-66
12.7	Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern	66-67
12.8	Ergebnisse der Auswertungsbögen der Kinder und Diskussion	67
12.9	Auswertung der Fragebögen der Kinder	67-69
12.10	Die Auswertung der allgemeinen Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern	69-70
12.11	Auswertung der allgemeinen Ergänzungen und Diskussion	70-71
13.0	Resume	71-72
Literaturverzeichnis/Internetquellen		73-75
Anhang		76-160
Eidesstattliche Erklärung		161

1.0 Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der Entwicklung von Assoziationskarten für Kindern mit depressiven Symptomen in einem Alter von sechs bis zehn Jahren. Depressive Erkrankungen sind altersübergreifend häufig innerhalb der Gesellschaft zu finden. Im Kindesalter sind diese jedoch oftmals schwerer zu erkennen, zeigen aber vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie eine immer größer werdende Prävalenz. Die Assoziationskarten verstehen sich als ein Versuch, die Symptome der Kinder möglichst früh und präzise zu erkennen. Es ist von großer Bedeutung, effektive Erkennungsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Karten zeigen szenische Abbildungen, die in Zusammenarbeit mit dem Illustrator Richard Göpel entworfen worden sind. Sie sollen im Ergebnis als Stimulus dienlich sein, der mittels der Assoziation Verbindungen zu eigenen depressiven Thematiken oder persönlichen Erfahrungen erstellt. Die Nutzung der Assoziationskarten soll verborgene Gedanken, Gefühle, unbewusste Prozesse und die damit einhergehenden Zusammenhänge in den begleitenden Vorgang mit einfließen lassen.

Der Grundgedanke ist, dass die Karten nicht nur als therapeutisches Werkzeug zur Anwendung kommen, sondern auch in Bereichen der sozialen Arbeit ihre Wirksamkeit entfalten können. Die Grundannahme ist, dass Kinder mittels der Karten ihre Emotionen besser verstehen und explorieren können sowie im Ergebnis einen besseren Zugang zu ihrem Selbst erreichen können. Im Rahmen der Verbalisierung innerhalb des Prozesses soll den Kindern ein Zugang zu ihrem inneren Raum ermöglicht werden, um im Ergebnis bessere Bewältigungsstrategien für ihre eigene Lebenswelt zu erreichen. Die Karten sollen altersgerecht gestaltet werden und die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe Berücksichtigung finden.

Die Entwicklung der Karten und die Auswertung der Wirksamkeit ist folglich ein Prototyp, mittels dessen die Karten mit den Forschungsergebnissen der Arbeit noch einmal final überarbeitet werden sollen.

Die Motivwahl wird über die drei Auswertungskarten hinaus in Teilen auf die ICD-10-Diagnostik abgestimmt und soll in der späteren Anwendung gleichfalls als projektives Verfahren sowie auch als ICD-10 diagnostische Anwendung finden. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Entwicklung, Ausarbeitung und Anwendung der Karten. Auf dieser Grundlage kann dann später eine weitere vertiefte Forschung bezüglich der ICD-10-Diagnostik stattfinden.

Um geeignete Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen zu entwickeln, erfolgen innerhalb der Arbeit unterschiedliche thematische Auseinandersetzungen, die als Grundlage für das allgemeine Verständnis von depressiven Symptomen dienen sollen. Des Weiteren werden kindliche Entwicklungsprozesse sowie Themengebiete, die für das Verständnis der Assoziationskarten von Bedeutung sind, näher beleuchtet. Die Grundlage hierfür bildet eine ausführliche Literaturrecherche. Diese wird mittels eigener beruflicher und fachlicher Erfahrungen aus dem Praxisfeld heraus ergänzt. Die Ausführlichkeit dieser Auseinandersetzung liegt darin begründet, dass mit Hilfe eines Barcodes im fertigen Produkt, der oder die Anwender_in die Möglichkeit erlangt, die vorliegende Arbeit lesen zu können und hierdurch einen kompakten theoretischen Einblick in das Thema erlangen kann.

Anschließend folgt ein freierer Teil, innerhalb dessen die Motivfindung und die gedankliche Auseinandersetzung zur Motivwahl, deren Anwendungsmöglichkeiten sowie die Motive selbst genauer erörtert werden.

Im Rahmen von Auswertungsbögen, die von drei tiefenpsychologisch und einem verhaltenstherapeutisch fundierten Psychotherapeuten sowie einer Sozialarbeiterin angewendet wurden, entsteht die Basis für die Erforschung der Wirksamkeit der Karten. Die entwickelten Karten werden folglich, gleich eines Pilotprojektes, mit Kindern in unterschiedlichen Settings und innerhalb der angegebenen Altersspanne auf ihre Wirksamkeit und Anwendbarkeit überprüft. Der Fokus liegt hierbei auf einer detaillierten Analyse der Beobachtungen sowie der Erfahrungen der Anwender_innen und die der Kinder.

Die Ergebnisse und das Endprodukt sollen folglich einen Beitrag zur Weiterentwicklung der methodenübergreifenden Arbeit und Diagnostik mit Kindern mit depressiven Symptomen leisten. Durch die Schaffung eines neuen Werkzeuges in Form von Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen soll ein neuer innovativer Ansatz zur Förderung der mentalen Gesundheit der Betroffenen erfolgen und zu weiterer Forschung anregen.

1.1 Forschungsaspekt

Im Rahmen dieser Arbeit wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dieser dient einem tiefgreifenden Verständnis der Funktionalität der Assoziationskarten auf unterschiedlichen Ebenen. Hierbei stehen die Anwendungserfahrungen sowie die Anwendungsbeobachtungen der Therapeuten und Kinder im Mittelpunkt. Die Auswertung erfolgt auf Basis mehrerer Fragebögen, die einmal die Erfahrungen des oder der Anwender_in in den Fokus stellen und im Folgeschritt die gemachten Beobachtungen in der Arbeit mit dem jeweiligen Kind in den zwei Abschnitten des Anwendungsprozesses festhalten. Die Forschungsmethode bedient sich eines Punktesystems, dass eine bestmögliche Vergleichbarkeit und Auswertungsmöglichkeit zu den einzelnen Fragen herstellen soll.

Ergänzt wird das Punktesystem von möglichen Anmerkungen zu den einzelnen Fragen, um diese anschließend in einem Extraabschnitt genauer zu beleuchten, um die Ergebnisse folglich auch in einer kritischen Auseinandersetzung mit in die finale Produktentwicklung einfließen lassen zu können. Die Fragestellungen erfolgen in Form eines Interviewschemas.

Die erhobenen Ergebnisse des Punktesystems und die der Interviewantworten werden anschließend analysiert, um gemeinsame Themen, Muster und Zusammenhänge zu identifizieren. Durch eine sorgsame Auswertung und Kategorisierung können folglich wichtige Erkenntnisse zur Fertigstellung der Karten erlangt werden.

Mittels dieser Methode sollen die komplexen Vorgänge innerhalb des Prozesses, die Emotionen, das Körperempfinden oder auch die individuellen Perspektiven abbildbar gemacht werden. Sie zielt darauf ab, objektive Informationen zu sammeln, diese zu analysieren, zu interpretieren und messbar zu machen. Basierend auf der Sammlung von Daten, die durch die Auswertung des Punktesystems erarbeitet werden, können Muster, Beziehungen und Zusammenhänge erstellt und identifiziert werden. Diese Forschungsmethode bietet eine adäquate Herangehensweise, um die Wirksamkeit der Assoziationskarten als therapeutisches Instrument für Kinder mit depressiven Symptomen zu erfassen.

Die Auswahl der Proband_innen wird durch die Altersspanne begrenzt, das Geschlecht oder der Grad der Symptome variieren hingegen.

Innerhalb der allgemeinen Recherche stellte sich heraus, dass die Verwendung von Assoziationskarten in der Therapie und Diagnostik in unterschiedlichen Bereichen des therapeutischen Arbeitens vielversprechende Ergebnisse gezeigt hat. Dennoch existiert bisher wenig Forschung, die sich spezifisch auf den Einsatz von Assoziationskarten bei Kindern mit depressiven Symptomen konzentriert. Mittels des qualitativen Ansatzes innerhalb dieser Arbeit sollen Einblicke gewonnen werden, die es ermöglichen, die Wirksamkeit und Anwendbarkeit der Assoziationskarten innerhalb dieser bestimmten Zielgruppe zu untersuchen.

2.0 Entwicklungspsychologische Aspekte von Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren

„Die Entwicklungspsychologie als Teilgebiet der Psychologie befasst sich mit der Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und der Beeinflussung der menschlichen Entwicklung (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:24).“

Der Anspruch der Entwicklungspsychologie ist es, belastbare Aussagen darüber treffen zu können, in welchem Alter dem Menschen bestimmte Fähigkeiten zugeordnet werden können. Die Überlegungen beinhalten Konzepte der Entwicklungsaufgaben und psychoanalytische Entwicklungstheorien.

Die zugrundeliegenden individuellen Einflussfaktoren sind biologischer, psychologischer und sozialer Natur, da der Kern der menschlichen Entwicklung von immer wiederkehrenden biologischen, soziokulturellen oder behavioralen Anforderungen geprägt wird. Darüber hinaus bezieht die Entwicklungspsychologie neben oben genannten Faktoren auch den geschichtlichen und kulturellen Kontext in ihre Überlegungen mit ein (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:24-26).

Unter diesem Aspekt soll im Folgenden eine genauere Betrachtung der erlernten Fähigkeiten innerhalb der Entwicklungsphasen von Kindern zwischen sechs und zehn Jahren erfolgen. Diese Altersspanne wird als die mittlere Kindheit betrachtet (Rossmann, 2012:117).

Kinder ab dem sechsten Lebensjahr unterliegen unterschiedlichsten Weiterentwicklungsprozessen in Relation zu den davor liegenden Jahren. Sowohl in industriellen Gesellschaften, als auch in nichtindustriellen Gesellschaften werden Kinder in der gleichen Altersspanne in die Schule geschickt oder bekommen verantwortungsvolle Aufgaben wie beispielsweise das Hüten des Viehs übertragen. Es erfolgt also ein Rollenwechsel, der von mehr Verantwortung geprägt ist. Offenbar sind in diesem Alter Reifegrundlagen vorhanden, um neue Schwellensituationen zu meistern (Rossmann, 2012:117).

Innerhalb unserer Gesellschaft müssen die Kinder den Übergang vom Kindergarten in den Schulalltag mit vielen neuen Organisationsaufgaben bewältigen und sehen sich mit der Bewältigung von Schulschwierigkeiten konfrontiert (Seiffge-Krenke, 2009:170). Eine besondere Herausforderung innerhalb dieser Entwicklungsphase besteht darin, Beziehungen zu Gleichaltrigen auf- und auszubauen (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:52). Dies geschieht im Rahmen der Latenzphase, die der phallischen Phase folgt, und innerhalb derer die sozialen Antriebe ausgebildet werden (Kriz, 2014:46).

Die Kinder beginnen beispielsweise ab dem Schulalter aus eigenem Antrieb Behaltensstrategien zu entwickeln. Kinder von sieben bis zehn Jahren nutzen Wiederholungsstrategien, um ihren Gedächtnisaufgaben gerecht zu werden (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:117-118).

Durch das Metagedächtnis, das das Erinnerungswissen über Vorgänge beinhaltet, haben Kindergartenkinder bereits die Fähigkeit erworben, eigene Gedächtnisvorgänge zu überwachen. Ab dem sechsten Lebensjahr findet nun eine aktive Regulation der Gedächtnisvorgänge statt, zusätzlich werden Sechsjährige bessere Planer. Sie schaffen es nun, übergeordnete Ziele im Blick zu halten und ihre nächsten Schritte in ihre Überlegungen mit einzufügen. Es zeigt sich, dass Kinder mit ihrem neu erworbenen Wissen und mittels Modelllernens am effektiven Wirkens anderer, einen Blick für die Zukunft und die Kompetenz zu effektivem Planen entwickeln (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:120-121).

Im Rahmen analoger Schlussfolgerungen schaffen sie es, Lösungswege anzuwenden, die sich bereits in vorherigen Problemlagen als wirksam erwiesen haben. Kinder sind in diesem Alter in der Lage, sich als selbstwirksam zu erleben. Innerhalb des deduktiven Denkens können sie eine logische Schlussfolgerung aus gegebenen Voraussetzungen ziehen.

Darüber hinaus erreichen sie in diesem Alter eine Vorläuferkompetenz von wissenschaftlichem Denken. Sie sind teilweise gedanklich in der Lage, Hypothesen aufzustellen, diese zu testen und durchzuspielen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:126-127).

Kinder im Alter von vier bis fünf Jahren erkennen, dass Ursachen nötig sind, um Ergebnisse zu erzielen. Ab diesem Alter fangen sie an, nach Ursachen zu suchen (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:268). Vom fünften bis zum achten Lebensjahr entwickeln Kinder die Ansicht, dass hohe Anstrengungen mit hohen Fähigkeiten einhergehen. Eine Differenzierung von Ergebnis, Anstrengung und Fähigkeiten findet jedoch noch nicht statt. Ab dem achten Lebensjahr fangen sie an zu differenzieren und erkennen, dass Menschen mit geringeren Fähigkeiten sich mehr anstrengen müssen als dies für Menschen mit höheren Fähigkeiten der Fall ist (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:156-157).

Ab dem dritten Lebensjahr erwarten Kinder, bei zunehmender Erfolgsrate bei gestellten Aufgaben auch weiterhin erfolgreich zu sein. Werden beispielsweise Aufgaben in der Grundschule besser gelöst, so wächst im Sinne der Selbstwirksamkeit auch der eigene Glaube an den Erfolg. Gegenteilig verhält es sich mit den globalen Erfolgserwartungen. Diese werden bis zum siebten oder achten Lebensjahr oftmals unrealistisch eingeschätzt. In den Folgejahren nimmt die oben beschriebene Zuversicht ab. Die Gründe hierfür liegen in einem Zuwachs an Realismus innerhalb der Selbsteinschätzung und in Kombination mit steigenden kognitiven Fähigkeiten. Hinzu kommen noch wachsende Anforderungen und Konkurrenz innerhalb des Schulsystems. (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:159).

Kinder zwischen sechs und zehn Jahren befinden sich nach dem Stufenmodell von Piaget innerhalb der Stufe der heteronomen Moral. „Die Begrenztheit der heteronomen Moral ist nach Piaget vor allem durch zwei Faktoren begründet, nämlich (a) durch die kognitive Unreife der Kinder (kindlicher Egozentrismus, Fokussieren der Aufmerksamkeit auf unmittelbar Anschauliches) und (b) durch den einseitigen Respekt vor Erwachsenen und

Autoritäten im Allgemeinen. Das Voranschreiten der moralischen Entwicklung beruht damit aus seiner Sicht auf der allgemeinen kognitiven Entwicklung und auf Erfahrungen sozialer Gleichheit in der Peergruppe.“(Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:224)

Piaget beschreibt Kinder als Subjekte, die Normen und Regeln als etwas Absolutes, nicht Veränderbares und von „gottähnlichen“ Autoritäten aufgestellt betrachten. Innerhalb einer objektiven Verantwortlichkeit wird das Verhalten an den Verhaltensfolgen gemessen und dies unabhängig von der Handlungsabsicht des Kindes. Die daraus folgenden Bestrafungen, Belohnungen oder die Verteilung von Gütern der Autoritäten werden von dem Kind angenommen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:225).

2.1 Die Gedächtnisentwicklung

Die Basisprozesse beschreiben die am meisten eingesetzten geistigen Aktivitäten. „Hierzu gehören das wechselseitige Assoziieren von Ereignissen, das Wiedererkennen von Objekten als vertraut, das Abrufen von Fakten und Vorgehensweisen und das Verallgemeinern von einem Beispiel auf ein anderes. Ein weiterer Basisprozess, grundlegend für alle übrigen, ist das Encodieren, womit die Repräsentation spezieller Merkmale von Objekten und Ereignissen im Gedächtnis bezeichnet wird. Im Laufe ihrer Entwicklung führen Kinder Basisprozesse immer effizienter aus; das erweitert ihr Gedächtnis und ihre Lernleistung für Inhalte jeglicher Art (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:135).“

Hinzu kommt ab dem Alter von fünf Jahren die Fähigkeit zur selektiven Aufmerksamkeit. Kinder schaffen es mittels einer willentlichen Konzentrationsleistung, sich konkret auf eine Information zu fixieren und diese bestmöglich zu erfassen und zu behalten (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:136-137).

Grundsätzlich sind Kinder ab dem Alter von drei Jahren in der Lage, persönliche Erinnerungen langfristig abzuspeichern. Das autobiografische Gedächtnis bildet sich ab einem Alter von drei bis vier Jahren aus (Schwarzer & Jovanovic, 2015:190).

2.2 Die Sprache und die visuelle Wahrnehmung

Kinder mit fünf Jahren haben bereits die Fähigkeit erworben, die Grundstruktur ihrer Muttersprache zu beherrschen. Dies beinhaltet die gesprochene Sprache sowie die Gebärdensprache gleichermaßen. Zur Sprachanwendung zählen in diesem Alter die konkrete Sprachanwendung sowie das Sprachverstehen (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:198-199). Sechsjährige haben ein Vokabular von ca. 6000 Wörtern, die sie aktiv sprechen sowie ca.14000 Wörter, die sie verstehen. Folglich verfügen sie in diesem Alter über kompetente Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:139).

Säuglinge kommen bereits mit sensorischen Fähigkeiten auf die Welt und bauen innerhalb einer enormen Entwicklung bis zum 18. Lebensmonat das Sehniveau eines Erwachsenen auf (Schwarzer & Jovanovic, 2015:149). Neugeborene sind schon früh in der Lage, Verknüpfungen zwischen Gesehenem und dem motorischen System zu herzustellen (Schwarzer & Jovanovic, 2015:153).

2.3 Die Emotionen

Die rudimentäre Fähigkeit, Gesichtsausdrücke zu erkennen, entwickelt sich bereits im Alter von zwei bis drei Jahren (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:385). Bis

zum dritten Schuljahr haben Kinder jedoch Probleme, Emotionen wie Trauer oder Ärger bei anderen Menschen zu deuten und verwechseln diese oftmals mit anderen Emotionen. Die Erkennungsrate von Freude bei anderen Menschen ist hierbei höher, steigt aber auch erst mit dem siebten Lebensjahr auf 90 Prozent. Die Erkennungsraten für Ärger, Trauer und Angst sind geringer und weisen zudem Geschlechterunterschiede auf. Bei Ärger liegt die konkrete Erkennung bei 47% (Mädchen) und 73% (Jungen), bei Trauer bei 52% (Mädchen) und 71% (Jungen) und bei Angst zwischen 71% (Mädchen) und 64% (Jungen) (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann (Battaglia & Ogliari & Zanoni/Villa & Citterio, 2004) 2011:180-181).

Im Alter von sieben bis zehn Jahren findet dann eine Verbesserung im Erkennen der Emotion Trauer statt. Bei anderen negativen sowie positiven Emotionen gibt es keine signifikante Veränderung zu beobachten. In der Geschwindigkeit der Einschätzung einer Emotion lässt sich ein Unterschied ausmachen. Kinder benötigen hier weitaus mehr Zeit als Erwachsene und neigen eher dazu, sich vom Kontext ablenken zu lassen als Erwachsene. Die grundsätzliche Fähigkeit von Kindern, Emotionen erkennen zu können, steht in einem engen Zusammenhang mit persönlichen sozialen Erfahrungen. So verringert z. B. Misshandlung die Schwelle für das Erkennen von Ärger im Gesicht und erhöht die Schwelle für Trauererkennung. Das Erkennen von Angst und Freude wird nicht beeinflusst (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011(Pollak & Sinha, 2002), 2011:181).

Grundsätzlich entwickeln Kinder ihr Wissen über Emotionen bis zum Alter von fünf Jahren. Sie sind in der Lage, Rückschlüsse zu ziehen, dass äußere Einflüsse oder Erinnerungen einen Einfluss auf ihre Emotionen haben. Sie verstehen bis zu einem Alter von sieben Jahren, dass sie ihre Gefühle kontrollieren können und erkennen, dass Wünsche und Überzeugungen menschliche Emotionen beeinflussen können und folglich die Emotion sowie der Gefühlsausdruck voneinander abweichen können. Das daraus resultierende Emotionswissen in Kombination mit der Emotionsregulation bildet den Nährboden für die Entwicklung einer sozialen Kompetenz (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:188/189).

Die Entstehung von Emotionswissen steht in ihrer Ausprägung in Abhängigkeit zum Sprachniveau, der Form der Eltern-Kind-Konversation und der Qualität der Eltern-Kind-Bindung.

Das Sprachniveau erzeugt eine Verbindung zum Verständnis von inneren mentalen Zuständen, Wünschen, Absichten und Emotionen bei anderen Menschen. Folglich wirkt es sich positiv auf den Entwicklungsfortschritt der „Theory of mind“ aus (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:191). Diese beschreibt die Entwicklung von Kindern im Alter von vier oder fünf Jahren. Kinder erkennen, dass Wünsche und Überzeugungen bestimmte Handlungsweisen motivieren (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:267).

Der Grund hierfür ist auch im Ende der egozentrischen Phase im Alter von vier bis acht Jahren zu finden. In unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeiten lösen Kinder sich von der Sicht auf sich, hin zu einer Sicht auf andere Menschen. In dieser Phase lernen Kinder, sich besser in andere Menschen hineinzufühlen (Seiffge-Krengel, 2009:122). Sie befinden sich folglich im Ausbau ihrer Mentalisierungsfähigkeiten. Das „Mentalisieren“ ist eine Form der sozialen Kognition und bezeichnet die imaginative, mentale Aktivität, die uns ermöglicht, menschliches Verhalten unter Bezugnahme auf innere Zustände

(Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Überzeugungen, Ziele usw.) wahrzunehmen und zu interpretieren (Grieser & Müller, 2019:9). Die Grundpfeiler hierfür werden schon im Säuglingsalter gelegt und finden dort auf einer rein biologisch-neurophysiologischen Ebene statt. So beginnen Neugeborene beispielsweise damit, den Gesichtsausdruck der Eltern zu imitieren (Grieser & Müller, 2019:27).

Ab fünf Jahren sind Kinder nicht nur in der Lage, sich besser in andere Menschen hineinzusetzen, sondern auch imstande, sich selbst zu beschreiben. Innerhalb der Selbstbeschreibung findet zumeist eine eher positive Besetzung der eigenen Person statt. Eine weitere Errungenschaft bildet die Ausbildung und Nutzung des autobiografischen Gedächtnisses. Diese Fähigkeit dient Kindern dazu, sich in realistischen und konkreten Beispielen selbst zu beschreiben und ist ein großer Teil der Selbstentwicklung. Die zunehmend qualitativ besseren Beschreibungen von Erinnerungen über sich oder andere ermöglichen eine verbesserte Selbstkohärenz, die der Identitätsentwicklung zuträglich ist (Grieser & Müller, 2019:36).

„Ab dem fünften Lebensjahr kann das Kind zwischen Realität und Repräsentationen der Realität unterscheiden, d. h. Es macht einen Entwicklungsschritt zwischen dem nichtrepräsentationalen und dem repräsentationalen Modus (Grieser, & Müller(Taubner, 2015), 2019:36), womit es mentalisieren kann. Diese Entwicklung findet in Wechselwirkung in Wechselwirkungen mit Triangulierungsprozessen statt, die neue Denkräume eröffnen und so Mentalisieren befördern (Grieser & Müller, 2019:36).“

Im siebten Lebensjahr verfügen Kinder über die Fähigkeit, über sich und andere als individuelle Menschen nachzudenken (Grieser & Müller (Ensink et al. 2015), 2019:38,). Zusätzlich schaffen sie es, eine Repräsentation des früheren Selbst mit dem jetzigen Selbst in Verbindung zu setzen oder in Beziehung zu sehen (Grieser & Müller (Povinelli & Simon 1998), 2019:36).

„Multiple Arbeitsmodelle werden in allgemeine Repräsentationen überführt und ermöglichen den differenzierten Aufbau einer (narrativen) Identität, die wichtige selbst- und beziehungsregulatorische Funktionen aufweist. Die Forschung sowie die klinische Erfahrung bestätigen, dass Erzählungen über sich selbst, welche Vergangenes mit Gegenwärtigem verbinden und Zukünftiges antizipieren – sogenannte Narrative-, das Rohmaterial für ein zusammenhängendes Selbsterleben darstellen (Grieser & Müller, 2019:38-39).“

In Folge der Auseinandersetzung mit der eigenen Identität stellen Tagträume und Phantasien eine zentrale Form des Mentalisierens dar. Kinder schaffen es so, ihre Erfahrungen erzählend innerlich zu sortieren. Der Ausbau ihres Phantasiebereiches ermöglicht es ihnen, sich immer besser in vorgestellte Situationen hineinzusetzen und sich in diesen gedanklichen Erfahrungsräumen auszuprobieren. Die narrative Identität wächst also im Laufe der mittleren Kindheit, da das autobiografische Gedächtnis in Wechselwirkung mit dem selbstreflexiven Modus erinnerte Geschichten zur Verfügung stellt (Grieser & Müller, 2019:38-39).

Je größer die Bezugnahme auf internale Zustände, wie beispielsweise Absichten, Wünsche, Überzeugungen oder Gefühle innerhalb der Eltern-Kind-Kommunikation ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind die Fähigkeit entwickelt, bei anderen Menschen internale Zustände oder Emotionen erkennen zu können. Das kindliche Verständnis von Emotionen steht hierbei in untrennbarem Zusammenhang mit der Qualität des Emotionswissens der Eltern.

Innerhalb der Bindungsforschung stellte sich überdies heraus, dass Kinder mit einer sicheren Bindung ein höheres Emotionswissen aufweisen als Kinder mit einer unsicheren Bindung (Schwarzer & Jovanovic, 2015:267).

Bis zu einem Alter von sechs Jahren findet die Emotionsregulation eher über externe soziale Impulse durch andere Personen statt, Ab dem siebten Lebensjahr sind Kinder immer mehr in der Lage, sich emotional selbstregulierend zu erleben (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:193). Grundsätzlich unterliegen diese Prozesse zusätzlich dem Temperament des Kindes, je unterschiedlicher das Temperament der Kinder ausgeprägt ist, desto unterschiedlicher wird auch deren Umgang mit ihren Emotionen erfolgen (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:371-374).

75% der Kinder im Alter zwischen drei bis vier Jahren sind in der Lage, anhand prototypischer Situationen Gefühle wie Freude, Angst, Ärger oder Trauer zu benennen. Ab dem siebten Lebensjahr schaffen sie es, komplexere Gefühle wie Stolz, Scham, Eifersucht, Dankbarkeit oder Besorgnis zu benennen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:183).

Ab dem Alter von sechs Jahren sind die Kinder dann in der Lage konkrete Kontrollstrategien zu entwickeln. Diese beinhalten direkte Handlungsstrategien in Form von Problemlösungen oder auch Rückzug. Hierbei steigern sie ihr Wissen über die Effektivität ihrer Strategien im emotionalen Spektrum. Im Ergebnis verbessert sich die Erkenntnis der Emotionsregulation und der Einschätzung, inwieweit das Kind Einfluss auf einzelne Situationen nehmen kann (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:186). Zusätzlich entwickeln Kinder ab sechs Jahren ein Wissen über die Ausdruckskontrolle ihrer Emotionen und das Wissen darüber, wann und warum andere Menschen ihre Emotionen kontrollieren (Siegler & Eisenberg & DE Loache & Saffran, 2016:383). Sie können in den meisten Situationen erkennen, welche passende Ausdrucksform die adäquate ist und diese dann anwenden. Zusätzlich beginnen sie die Existenz gemischter Gefühle zu erkennen. Die Ausdruckskontrolle dient hierbei dem Erhalt sozialer Beziehungen und dem Rang innerhalb der Gruppe. Es muss hierbei noch angefügt werden, dass Ausdrucksregeln kulturell unterschiedlichen Normen unterworfen ist (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:186-187).

2.4 Die Ich-Entwicklung

Die Persönlichkeitsentwicklung ist geprägt von unterschiedlichen Stufen der Ich-Entwicklung, die von unterschiedlichen Fähigkeiten, wie den persönlichen Ansprüchen, der sozialen Einstellung, Werten oder der Impulskontrolle gekennzeichnet ist. Erikson beschreibt hier acht Stufen. Innerhalb dieser Stufen ist ein jeweiliger Konflikt dargestellt, mit dem sich das Individuum aktiv auseinandersetzen muss. Ab dem sechsten Lebensjahr befinden sich die Kinder in der Stufe vier jenes Modells. Die Stufe vier beinhaltet das Konfliktthema „Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl“. Hier ist die Entwicklung des Selbstbewusstseins das zentrale Thema.

Die interindividuellen Unterschiede innerhalb der Persönlichkeitsentwicklung sind davon abhängig, auf welcher Entwicklungsstufe die Individuen sich befinden und wie erfolgreich sie die vorherigen Entwicklungsstufen durchlaufen haben (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann (loevinger1976, Erikson 1980), 2011-253:254).

2.5 Das Selbstkonzept

„Das Selbstkonzept umfasst im weitesten Sinne selbstbezogenes Wissen, Überzeugungen, und Bewertungen. Es kann auch als Einstellung zu sich selbst definiert werden, bestehend aus einer kognitiven, affektiven und Handlungssteuerenden Komponente (Rosenberg, 1989). Die kognitive Seite umfasst Inhalte von Selbstbeschreibungen, also also gewissermaßen die Antwort auf die Frage „Wer bin ich“. Die affektive Komponente umfasst den Selbstwert, also die Positivität der Einstellung zu sich selbst. Die handlungssteuernde Komponente umfasst Vorstellungen darüber, wie man in Zukunft sein möchte und gibt damit die Richtung beim Setzen von Entwicklungszielen vor (Identität). Sie enthält zudem Wahrnehmungen der eigenen Kompetenz (Selbstwirksamkeitserwartung).“ (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:255).“

Das Selbst an sich beschreibt die Gesamtheit des Psychischen bei einem Menschen unter Berücksichtigung der bewussten und unbewussten Psyche als auch der Gegenüberstellung der eigenen Person mit den Objekten der äußeren Welt (Klußmann, 2000:29).

Es wird angenommen, dass bereits im ersten Lebensjahr die Ursprünge eines unreflektierten Selbstempfindens entstehen (Rossmann, 2012:105). Im Kindergartenalter sind Selbstbeschreibungen noch wenig kohärent und beziehen sich eher auf konkrete anschauliche Merkmale und auf konkret Beobachtbares. In der mittleren Kindheit wird die Fähigkeit zur Selbstbeschreibung größer. Das Wachstum dieser Fähigkeit liegt in der Nutzung sozialer und temporaler Vergleiche. Es entsteht eine differenzierte Sicht auf die eigene Person.

Durch das Erreichen einer wachsenden Perspektivenübernahme kann auch die eigene realistische Selbstsicht geschärft werden. Ab einem Alter von acht bis zehn Jahren erlangen die Kinder die Erkenntnis, dass sie für ihre inneren Zustände bessere Auskunftspersonen sind als andere Individuen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:258,259).

2.6 Das Selbstwertgefühl

„Ein wichtiger Teil des Selbstkonzepts ist das Selbstwertgefühl – die allgemeine Bewertung des Selbst und der Gefühle, die durch diese Bewertung erzeugt werden (Siegler & Eisenberg & De Loache & Saffran (Crocker 2001), 2016:424).“ Da Kinder im Vorschulalter noch über wenig Abstraktionsleistungen verfügen, schaffen es Kinder erst ab einem Alter von acht oder neun Jahren eine globale Selbsteinschätzung zu treffen. Diese beinhaltet die Einschätzung, dass man aus unterschiedlichsten Anteilen besteht und beispielsweise gute Eigenschaften hat, die einen zu einem guten Mensch machen. Die Selbstwertentwicklung steht hier stark in Relation dazu, wie erfolgreich Kinder ihre bisherigen Entwicklungsaufgaben bewältigt haben. Dies beinhaltet beispielsweise die schulischen Leistungen oder den Erfolg innerhalb der Beziehung zu Gleichaltrigen. Das unterschiedliche interindividuelle Selbstwernerleben stabilisiert sich dann im Idealfall von Kindheit und Jugend (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:260). Grundsätzlich bilden genetische Veranlagungen die Grundlage für alle weiteren Selbstwertprozesse (Siegler & Eisenberg & De Loache & Saffran, 2016:430)

Die Entwicklung des Selbstwerts unterliegt zusätzlich auch noch anderen Faktoren. Diese können beispielsweise ihren Ursprung innerhalb des Intelligenzniveaus haben, dass einen

wichtigen Faktor innerhalb der Bildung des Selbstwertes darstellt (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:265).

Einen eklatanten Einfluss hat das Elternverhalten gegenüber den Kindern. Eine autoritative Erziehung, die viel Wärme beinhaltet, wirkt sich deutlich positiver auf das Selbstwerterleben aus als ein autoritäres Elternverhalten. Für eine gelungene Identitätsbildung ist ein Erfahrungsraum seitens der Eltern nötig, der in sich die Möglichkeit auf Exploration von möglichen Identitäten bereithält, ohne psychologischen Druck von außen aufzubauen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:265).

Sollte keine gute Grundlage für einen positiven Selbstwert innerhalb der Biografie des Kindes geschaffen werden, kann ein geringes Selbstwertgefühl Prädiktor für spätere psychische Probleme, geringe Zufriedenheit oder beispielsweise Drogenabhängigkeit sein (Siegler & Eisenberg & De Loache & Saffran, 2016:424).

2.7 Ergänzung

Im oben beschriebenen Kapitel wurde beschrieben, wie eine positive Entwicklung des Menschen vonstattengehen kann. Es gibt aber auch weniger positive Entwicklungspfade, die im Ergebnis bei einem Teil der Kinder in psychischen Störungen resultieren (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:291).

2.8 Die Risikofaktoren und die Schutzfaktoren

Inwieweit eine positive Entwicklung eines Menschen gelingt oder sich eine psychische Erkrankung bildet, hängt stark damit zusammen, mit welchen Risikofaktoren sie oder er aufwächst, mit welchen Schutzfaktoren das Individuum ausgestattet ist und mit welchen Risikofaktoren die Menschen im Laufe ihres Lebens konfrontiert werden (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:289,290). Risikofaktoren sind schon im pränatalen (Siegler & Eisenberg & De Loache & Saffran, 2016:50-51) und frühkindlichen Stadium vorhanden und haben beispielsweise Traumata oder eine desorganisierte Bindung zur Folge (Schwarzer & Jovanovic, 2015:289).

2.8.1 Die Risikofaktoren

„Risikofaktoren sind in der Person oder in der Umwelt liegende Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsprobleme und/oder psychische Störungen erhöhen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:289).“ Hierbei spielen distale Risikofaktoren, die eher weit weg von dem Individuum sind eine Rolle oder proximale Risikofaktoren, die näher an dem Individuum dran sind. Im Beispiel wäre die distale Wirkungsweise ein von Armut betroffener Mensch, der dann proximal auf die Armut folgend gewalttätigen Eltern ausgesetzt ist. Es ist an diesem Beispiel gut zu erkennen, dass Risikofaktoren in unterschiedlichen Formen vorkommen und auch gemeinsam auftreten können. Es kann folglich ein Summenindex der Risikofaktoren gebildet werden, um Entwicklungsprobleme besser voraussagen zu können. Zusätzlich können Risikofaktoren spezifisch für eine bestimmtes Problem oder eine Störung sein oder eher unspezifisch (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:289).

2.8.2 Die Schutzfaktoren

„Schutzfaktoren sind personale oder soziale Ressourcen, welche die Auswirkung von Risikofaktoren auf die menschliche Entwicklung reduzieren und helfen, von Risikofaktoren

betroffene Personen vor Entwicklungsproblemen oder psychischen Störungen zu bewahren, und eine positive Entwicklung zu fördern. Statistisch handelt es sich hierbei um einen Interaktionseffekt von Risikofaktoren und Schutzfaktoren: Der Effekt des Risikofaktors auf die Entwicklung der Person fällt dann geringer aus, wenn der Schutzfaktor hoch ausgeprägt ist (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:300).“ Zu den Schutzfaktoren zählen die Verfügbarkeit unterstützender sozialer Beziehungen, ein hoher Selbstwert, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie Problemlöse- und Selbstkontrollfähigkeiten (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:300). Zusätzlich sollte an dieser Stelle die Resilienzfähigkeit ergänzt werden. Diese beschreibt eine biografisch gewachsene psychische Widerstandskraft sowie Widerstandsfähigkeit, die dem Individuum dabei hilft, schwierige Lebenssituationen unter Rückgriff auf zuvor gesammelte Erfahrungen zu bewältigen (Von Herrmann & Hans-Christian, 2018:194-196).

2.9 Die Diagnose

„Die Entwicklungspsychopathologie geht davon aus, dass normale und gestörte Entwicklungen bzw. psychische Störungen und psychische Gesundheit die beiden Endpunkte eines Kontinuums sind. Kleinere und vorübergehende Ängste sind z. B. etwas ganz normales, etwa vor einer schwierigen Prüfung. Wenn die Ängste aber nicht mehr vorübergehen und schließlich so stark werden, dass man sich nicht mehr in die Prüfung traut oder dort wegen der Angst total blockiert ist, dann ist die Schwelle zu einer Störung überschritten. Hierbei wird angenommen, dass die gleichen Entwicklungsprinzipien für eine normale und eine gestörte Entwicklung gelten, also z. B. Lernvorgänge und/oder genetische Faktoren bei beiden eine Rolle spielen. Damit sollten der Entwicklungsstand eines Merkmals sowie das Erleben und Verhalten als kontinuierliche Merkmale erfasst werden, z. B. in Form von Entwicklungstests oder von Fragebögen zur Bewertung von Kompetenzen und Verhaltensproblemen (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:291).“ Die grundlegenden Konflikte oder das Strukturniveau eines Kindes kann zusätzlich mit Hilfe des Opdkj-2 ermittelt und die Symptome mittels der ICD-10-Diagnostik auf ihre pathologische Ausprägung überprüft werden

Grundsätzlich liegen Normen oder Störungsbeschreibungen für unterschiedliche Altersgruppen vor. Eine Abweichung ist aber folglich nicht automatisch mit einer psychischen Störung gleichzusetzen. Innerhalb eines dimensional oder kategorialen Erfassens des Verhaltens von normal bis gestört besteht die Möglichkeit, auch Störungen zu ermitteln, die noch nicht für eine Störungsdiagnose reichen. Es besteht folglich die Möglichkeit einer Intervention, bevor eine mögliche Störungsdiagnose erfolgt (Pinquart & Schwarzer & Zimmermann, 2011:291,292).

2.10 Das Strukturniveau

Die „Struktur ist definiert als eine Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind.“

Strukturelle Störungen beinhalten die unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen bzw. ihre Vulnerabilität. Strukturelle Störungen sind meist die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:276).“Die „psychische Struktur wird verstanden als das Ergebnis einer bidirektionalen Wechselwirkung von angeborenen Bereitschaften und interaktionellen Erfahrungen. Dies führt zur Herausbildung von spezifischen Erlebnis und Handlungsdispositionen des Kindes in der

Auseinandersetzung mit seiner Umwelt“ (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016:85). Innerhalb des Störungsbildes sind die Fähigkeiten der Selbstreflexion, Affektwahrnehmung und -differenzierung, Realitätsprüfung und Steuerungsfähigkeit nur bedingt verfügbar (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016:323). In der Therapie stehen hier nicht die neurotischen Mechanismen im Vordergrund, sondern die entwicklungsbedingten Einschränkungen in der Selbstregulierung und Beziehungsgestaltung. Je tiefgreifender die Störung ist, desto mehr geht die Arbeit mit hiervon betroffenen Menschen um das Selbsterleben und um die eigene Impulssteuerung (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016:323).

Oftmals ist bei betroffenen Kindern ein karges, nichtssagendes Spielen oder Agieren zu beobachten. Phantasien und Konflikte dürfen hierbei nicht aufkommen. Mögliche Affekte hinter der Leere müssen abgewehrt werden und es erfolgen mangelnde Grenzziehungen zwischen Realität und Phantasie (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016:326).

Die Kinder haben folglich Probleme damit, die vier zentralen Entwicklungsthemen zu bewältigen. Diese beinhalten erstens die Regulierung von Distanz, also die Fähigkeit der Selbstregulierung, der Internalisierung von guten Objekten sowie der Fähigkeit einer gemeinsamen Aufmerksamkeit und der Fähigkeit zum Dialog.

Die zweite Ebene bezieht sich auf die Objektbindung. Hier geht es um die Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung und der Mitteilung eigener Affekte oder der emotionalen Bewertung von Situationen sowie der Regulierung der eigenen Emotionen.

Die dritte Ebene betrifft die Autonomieentwicklung. Diese beschreibt die Fähigkeit, über ein abgegrenztes, autonomes Selbst und über flexible Abwehrmuster zu verfügen.

Der letzte Punkt umfasst die Identität. Hier wird die Frage der Rollenübernahme, der Loslösung und das Erleben von Kohärenz sowie realistischer Selbst- und Objektwahrnehmung thematisiert.

Innerhalb dieser Struktur werden gelebte Funktionen als Erfahrungen festgehalten. Die Struktur steht somit in einem engen Verhältnis zum Gedächtnis und zum erworbenen Erfahrungsschatz sowie in Bezug darauf, wie Kinder die Welt, sich selbst oder Beziehungen erleben (Trautmann-Voigt & Voigt (Resch & Freyberger, 2009), 2017:255). Die Struktur ist aber nicht nur durch die reine Erfahrung definiert, sondern die Ordnung des Psychischen dient als Organisator des Verhaltens sowie Erlebens (Trautmann-Voigt & Voigt, 2017:255). Folglich stellt die Struktur psychische Fähigkeiten des Erlebens und Handlungsbereitschaften zur Verfügung, denen sich das Kind in der Interaktion mit der Umwelt bedienen kann (Trautmann-Voigt & Voigt, 2017:255).

Grundsätzlich gilt hierbei, je reduzierter das Strukturniveau ist, desto schwieriger wird es, ein konkretes Konfliktmuster zu erkennen oder eine Zentrierung auf ein Konfliktthema zu forcieren. Folglich wird die Ausbildung eines intrapsychischen Konfliktes durch das Integrationsniveau der psychischen Strukturen beeinflusst. Zusätzlich kann kein Konfliktthema ausgestaltet werden, wenn die entwicklungsbedingten Grundlagen nicht vorhanden sind (Trautmann-Voigt & Voigt, 2017:255).

Im Rahmen des OPD-KJ-2 werden die unterschiedlichen Dimensionen der individuellen psychischen Struktur beschrieben. Die psychische Struktur versteht sich hierbei als eine Disposition des Einzelnen und die Fähigkeit sich selbst, die Welt oder andere Menschen zu erleben sowie sich innerhalb dieser Räume zu verhalten.

Eine Dimension beschreibt die Selbst- und Objektwahrnehmung (mittlerweile unbenannt in Identität). Durch sie wird die Fähigkeit des Individuums beschrieben, sich selbst

differenziert einzuschätzen und beschreiben zu können. Das Selbsterleben sowie die Selbst- und Objektdifferenzierung spielen hierbei eine große Rolle (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:276).

Hinzu kommt die Fähigkeit, sich der eigenen Wirksamkeit bewusst zu sein und sich von anderen Menschen als abgegrenzt erleben zu können sowie andere Menschen in ihrem Anderssein erkennen zu können. Das Objekterleben beschreibt hier die Fähigkeit, sich eigenständig erleben zu können und in der Lage zu sein, sich mit anderen Sichtweisen auseinandersetzen zu können. Innerhalb der Empathie und objektbezogenen Affekte spiegelt sich das Einfühlungsvermögen des Kindes in Andere und die darin enthaltene emotionale Teilnahme wieder (Hiller & Leibing & Leichsenring, Sulz, 2007:121).“

Innerhalb einer anderen Dimension der Steuerung und Abwehr, wird die Fähigkeit, negative Affekte und Ängste abpuffern zu können, erfasst. Im Rahmen dieser Dimension wird die Fähigkeit des Kindes zur Regulation von Affekten und Impulsen beschrieben (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:276). Es wird festgestellt, inwieweit das Kind negative Aspekte benennen und steuern kann oder im Rahmen des eigenen Selbstgefühls die Fähigkeit zur Selbsttröstung und die eines positiven Selbstwerterlebens entwickelt hat. In der Steuerungsinstanz wird die Kompromissfähigkeit in Bezug auf moralische Urteile und Differenzen mit anderen erfasst. Abschließend wird innerhalb der Konfliktbewältigung die Flexibilität des Kindes im Umgang mit eigenen Schutz- und Abwehrmechanismen festgehalten (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:121).

In der Dimension der kommunikativen Fähigkeiten (mittlerweile unbenannt in Interpersonalität) werden die Fähigkeiten zum Erkennen fremder Affekte, der Reziprozität, der Fähigkeit, in Kontakt zu gehen und die Ressource, alleine sein zu können, erfasst (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:276). Innerhalb des Kontaktes mit anderen Menschen geht es in dieser Ebene darum, eine Möglichkeit zu haben, Affekte in einer Beziehung zu regulieren und Affekte anderer Menschen verstehen und unterscheiden zu können. Im Rahmen der kommunikativen Funktion der eigenen Affekte geht es um die Fähigkeit, die eigenen Affekte nutzbar einzusetzen, um eine Kommunikation zu ermöglichen und eine wechselhafte Dialogfähigkeit zu erlangen. Die internalisierte Kommunikation beschreibt die Ressource, im Alleinsein Konfliktbewältigung und Selbstreflexion zu betreiben (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:121).

Die vierte Dimension der Bindung erfasst die inneren Arbeitsmodelle und in welchem Umfang Beziehungen im Allgemeinen oder innere Bilder von anderen Menschen vorhanden sind bzw. diese internalisiert sind. Ein anderer Aspekt dieser Dimension betrifft das Vorhandensein einer sicheren inneren Basis, innerhalb derer das Bindungssystem intrapsychisch reguliert werden kann, aber auch die Fähigkeit, das Alleinsein ertragen zu können und Beziehungen zu nutzen, um sich ein sicheres Gefühl zu geben (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016:87).

Die Identitätsdiffusion als strukturelles Problem zeichnet sich durch die Unfähigkeit aus, ein stimmiges, stabiles und kohärentes Konzept von sich zu haben (Arbeitskreis OPD-Kj-2 (Clarkin & Yeomans & Kernberg, 1999), 2016:250). Das Symptom zeigt sich meist in chaotischen, unreflektierten und widersprüchlichen Beschreibungen von sich selbst und anderen, ohne dass diese Widersprüchlichkeiten für sich selbst wahrgenommen werden.

Im Rahmen der Diagnostik mittels dem OPD-KJ-2 werden anhand der oben angefügten Dimensionen vier Strukturniveaus aufgestellt. Eine gute Integration, eine eingeschränkte Integration, eine geringe Integration und eine Desintegration. Innerhalb dieser Beurteilung des Strukturniveaus können die oben aufgezeigten unterschiedlichen individuellen Fähigkeiten beschrieben und diagnostiziert werden. In der Folge kann dann der therapeutische Prozess an die Fähigkeiten des Kindes angepasst werden (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016:198).

2.11 Erkenntnisse im Bezug auf die Entwicklung der Assoziationskarten

Kinder zwischen sechs und zehn Jahren durchlaufen folglich innerhalb dieser Phase intensive körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklungen. Sie gewinnen an Autonomie und werden vor unterschiedlichste Lebensaufgaben oder auch Schwellensituationen gestellt. Innerhalb dieser herausfordernden Gemengelage entdecken sie nicht nur die Welt mit ihren neuen Fähigkeiten, sondern auch sich selbst. Sie stehen nun, in Abhängigkeit zu ihrem jeweiligen Strukturniveau, ihrer Schutzfaktoren und den Risikofaktoren, denen sie ausgeliefert sind, vor der Aufgabe, diese besondere Zeit der mittleren Kindheit zu bewältigen. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass mit wachsenden Herausforderungen und neuen Entwicklungsaufgaben auch das Risiko steigt, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Bezüglich der Karten ist es folglich wichtig, dass der oder die Anwender_in sich in bestmöglichem Umfang ein Bild von den Risiko- und Schutzfaktoren macht, um die daraus resultierenden Erkenntnisse in die Einschätzung des Kindes mit einzubinden.

Die oben beschriebene besondere Entwicklungsphase der Heranwachsenden ist folglich der Kern der Eingrenzung auf das Alter zwischen sechs bis zehn Jahren innerhalb der Entwicklung dieses Kartenmodells.

Dem Gestaltungsprozess zugrunde liegen die neugewonnen Fähigkeiten, wie beispielsweise das Erkennen von Emotionen Anderer, der Einschätzung des eigenen Ichs, die umfangreichen sprachlichen Fähigkeiten, die Möglichkeit, Hypothesen bilden zu können, die entstehende Mentalisierungsfähigkeit oder über sich und andere nachdenken zu können. Grundlegend muss zusätzlich beobachtet werden, inwieweit die unterschiedlichen Entwicklungsniveaus sich auf die Anwendung der Karten auswirken, da wie oben angeführt, die Fähigkeiten eines Sechsjährigen defizitärer als die eines zehnjährigen Kindes ist.

Innerhalb der erzielten Erkenntnisse bezüglich der unterschiedlichen Strukturniveaus der Kinder stellt sich die allgemeine Frage nach der Wirksamkeit der Karten bei strukturell gestörten oder eingeschränkten Kindern. Sollte die Fähigkeit, sich in Objekte hineinversetzen zu können nicht vorhanden sein, könnte dies die Wirksamkeit der Karten beeinflussen. Andererseits könnten die Karten innerhalb der gemeinsamen Exploration auch die Möglichkeit bieten, die Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit anderen Objekten zu bestärken und auszubauen. Der innere Binnenraum könnte folglich mittels der Karten ausgebaut werden.

Zusätzlich stellt sich die Frage, inwieweit betroffene Kinder in der Lage sind, Bilder von sich zu entwickeln oder mit Hilfe der Karten Parallelen zum eigenen Ich und Erleben zu ziehen. Die oben beschriebene innere Leere und Phantasielosigkeit könnte für den angestrebten Prozess hinderlich sein. Meiner Erfahrung nach zeigen Kinder mit strukturellen Störungen auch Teile von Phantasie, diese ist nur oftmals sprunghaft und ungeordnet. Ermöglichen es die Karten, der ungeordneten Phantasie einen Rahmen zu

geben, könnte die neu gewonnene Vorstellungskraft im Umkehrschluss zu einer neuen Ressource des Kindes werden. Erfahrungsgemäß erfolgen Prozesse dieser Art eher in kleinen Schritten. Zusätzlich spielt hierbei die Fähigkeit des Individuums zur Grenzsetzung zwischen Realität und Phantasie eine wichtige Rolle.

Grundlegend könnten die Karten aber auch hier eine Möglichkeit der Selbstexploration oder der Entdeckung und Füllung des eigenen inneren Raumes bedeuten. Da die Arbeit mit strukturell gestörten Kindern grundsätzlich im Hier und Jetzt stattfinden soll, ist die Wirksamkeit sowie die Sinnhaftigkeit der Anwendung noch zu prüfen.

Es muss daher innerhalb der Anwendung oder idealerweise im bereits Vorfeld eine Einschätzung des Strukturniveaus getroffen werden. Diese Einschätzung sollte dann in das Agieren des oder der Anwender_in mit einfließen. Innerhalb der Arbeit mit strukturell gestörten Kindern nimmt der oder die Therapeutin grundsätzlich eine aktivere Rolle ein, da er oder sie noch stärker in der Rolle eines Hilfs-Ichs agieren muss. Diese aktivere Rolle wird wohl auch in der Anwendung der Assoziationskarten den Anwender_innen abverlangt werden.

Die Art und Weise, wie das Kind in der Lage ist, sich in die Szenerie einzufühlen oder Parallelen zu sich selbst zu finden, kann für die Einordnung des Strukturniveaus dienlich und auch in diesem Sinne diagnostisch einsetzbar sein.

3.0 Die Depression

In Deutschland belief sich im Jahr 2017 die Zahl der Menschen, die aufgrund einer depressiven Erkrankung vollstationär behandelt werden mussten, auf 266.000 Patient_innen. Die Zahl der Betroffenen lag zur Jahrtausendwende noch bei 110000 Fällen und hat sich folglich mehr als verdoppelt (Destatis, „Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Depression“, Zugriff am 06.06.2023).

Leichte bis schwere depressive Episoden gehören grundsätzlich zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Innerhalb des Vorschulalters sind ca. 1 % der Kinder betroffen. In der Grundschule wächst der Anteil schon auf 2 % an und im Alter von zwölf bis siebzehn Jahren sind 3-10 % betroffen (Holtmann, Martin, „Depression im Kinder und Jugendalter“, Zugriff am 06.06.2023).

Zusätzlich verstärkend wirkte sich die veränderte Lebenswelt während der Coronapandemie auf Kinder und Jugendlichen aus. Während der Zeit der Schulschließungen stiegen die generellen Depressionssymptome bei den Kindern und Jugendlichen um 75 %. Im direkten Vergleich erhöhte sich die Häufigkeit depressiver Symptome ohne erfolgte Schulschließungen um 27 %.

Die pandemiebedingten Restriktionsmaßnahmen hatten folglich einen eklatanten Einfluss auf die Verbreitung depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen (Ludwig-Walz, Helena / Dannheim, Indra / Pfadenhauer, Lisa / Fegert, Jörg / Bujard, Martin (01.02.2023), Zunahme von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“, Zugriff am 06.06.2023). Hierbei sind Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen Familien oder Familien mit Migrationshintergrund sowie Familien, die in beengten räumlichen Verhältnissen leben müssen, häufiger von Symptomen betroffen (ldw (15.03.2023), „Depressionen bei Kindern häufiger als Eltern glauben“, Zugriff am 06.06. 2023).

Die Depression ist eine affektive Störung, die gekennzeichnet ist „durch eine tief schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt, durch den Verlust der Liebesfähigkeit, durch die Hemmung jeder Leistung und die Herabsetzung des Selbstgefühls, die sich in Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen äußert (Mertens & Waldvogel & Will (Freud, 1916-17f:429), 2008:87:130).

Depressive Zustände weisen eine große Bandbreite auf, die Symptome und den Verlauf gleichermaßen betreffen. Getroffene Klassifikationen innerhalb dieser Thematik waren vielfach umstritten und sind daher nicht als endgültig zu verstehen. Innerhalb der Pathogenese sind unterschiedliche Gewichtungen wie somatisch-biologische, psychogene und soziale Faktoren zu finden. Im Rahmen des psychoanalytischen Arbeitens beinhaltet eine Depression eine mal mehr oder weniger ausgeprägte Psychodynamik (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:131).

Innerhalb der depressiven affektierten Störung erfolgt eine Einteilung in die schwerste Form der Major Depression, der Depression oder der bipolaren Störung. Die Major Depression stellt hierbei die schwerste Form der Depression dar. Die Depression an sich erfolgt ohne manische oder hypomanische Episoden. Die bipolare Störung enthält manische oder hypomanische Episoden, die eigenständig oder abwechselnd auftreten. Innerhalb der manischen Episode kommt es zu unterschiedlichen Symptomen, wie einer gehobenen Stimmungslage, Reizbarkeit, Größenwahn, Ideenflucht, Steigerung des Selbstwertgefühls, Beeinträchtigung beruflicher Leistungsfähigkeit und sozialer Aktivitäten sowie aktiver Umtriebigkeit ohne ein Erkennen hieraus resultierender Konsequenzen. Oftmals tritt diese Form der Depression erst im frühen Erwachsenenalter auf. Die bipolare Störung zeichnet sich durch manische Perioden und durch Perioden der Major Depression aus. Bei Kindern und Jugendlichen wird eher eine zylothyme Störung charakterisiert, die der bipolaren Störung in einer leichteren Form ähnelt. Gekennzeichnet ist diese durch mindestens ein Jahr anhaltende Auffälligkeiten mit depressiven sowie hypomanischen Symptomen.

Innerhalb der hypomanschen Episode ist die berufliche sowie die soziale Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Innerhalb der depressiven Episode werden diese jedoch von der Depression ständig und schwer beeinträchtigt (Myschker, 2009:501).

Grundsätzlich ist in den letzten Jahrzehnten eine immer größere Häufigkeit von depressiven Erkrankungen zu beobachten. Als Ursache wird hier beispielsweise eine wachsende individuelle Objektbeziehung benannt, die in Zusammenhang mit einer höheren Trennungsvulnerabilität steht. Innerhalb der Gesellschaft kommt es vermehrt zu sozialer Vereinzelung. Diese steht in Zusammenhang mit dem Verlust tragender familiärer und gemeinschaftlicher Bindungen. Hinzu kommt ein hohes Niveau an Versagung und Aggressionshemmung in Kombination mit einem hohen Arbeitsethos. Zusätzlich erfolgt eine Verschiebung der Über-Ich-Forderungen des Gewissens hin zu einem Ich-Ideal sowie einer „Identifizierung mit den kulturellen Idealen von Selbstkontrolle, Selbstverwirklichung, konsumistischer Leistung, Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeit, denen das Real-Ich kaum gerecht werden kann, was zu Selbstwertspannungen und depressiven Reaktionen führen kann (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:132).“

Laut Freud stellt die Depression eine pathologische Abart einer Trauerreaktion dar. Dies liegt darin begründet, dass innerhalb der Trauerreaktion sowie innerhalb der Depression eine Ich-Hemmung zu finden ist. Die Trauer an sich stellt erst einmal eine sinnvolle vorübergehende Reaktion zum Schutz vor äußeren Reizen dar. Innerhalb der Depression kommt es dann zu einer extremen Ich-Hemmung in Kombination mit Apathie und

Antriebsarmut, die folglich einen Abwehrmechanismus darstellt. Die zweite Parallele zur Trauerreaktion bildet die in der Depression enthaltene Aggression ab. Aggression findet sich in Form autoaggressiven Verhaltens wieder. Dieses beinhaltet beispielsweise Selbstanklagen, Selbstvorwürfe, Selbstverstümmelung oder im schlimmsten Falle den Suizid (Heinemann & Hopf, 2004:105-106).

„Der Dritte Circulus vitiosus betrifft die Introjektion des verlorenen Objektes. In der Depression kommt es durch eine orale Fixierung zur Introjektion des Objektes. Während in der normalen Trauerarbeit über passendere Identifizierungen der Verlust irgendwie rückgängig gemacht wird, ist die Introjektion in der Depression primitiv und undifferenziert. Es kommt nicht zur Entlastung, sondern zu größeren Schwierigkeiten, da das Objekt in der Depression sowohl gehasst als auch geliebt wurde, d. h. es wird ein hochgradig ambivalentes Objekt introjiziert. Die typischen Selbstvorwürfe des Depressiven gelten dann nicht nur sich selbst, sondern auch diesem introjizierten bösen Anteilen des Objektes. Diese Introjektion ist wiederum Grundlage für die Wendung der Aggression gegen das Selbst (Heinemann & Hopf, 2004:106).“

Die drei beschriebenen Circuli vitiosi beinhalten den Kern der Depression, der innerhalb der narzisstischen Störungen von einem narzisstischen Rückzug geprägt ist. Die depressiven Zustände finden ihren eigentlichen Ursprung im Rahmen eines faktischen oder symbolischem Objektverlustes, einer narzisstischen Traumatisierung oder einer Kränkung. Es kann oftmals nicht zu stabilen Internalisierungen kommen, da die Objekte der Kindheit vielfach abwesend waren oder in höchsten Maßen ambivalent besetzt waren. Die Betroffenen versuchen in Folge dessen, über anklammern an Objekte oder einen gesteigerten Leistungsanspruch wieder Sicherheit zu erlangen. Diese Versuche stellen sich in der Realität als sehr labil dar und es besteht die Gefahr, dass bei Störungen der Versuche eine Dekompensation erfolgen könnte.

Grundsätzlich geht es innerhalb der Symptomatik um den Verlust eines Objektes, das Liebe, Anerkennung oder-Aufwertung bietet. In der frühen Fixierung wird das Über-Ich früh von Rigidität, Absolutheit, und Undifferenziertheit geprägt und das Ich-Ideal erhöht. Innerhalb dieser Erhöhung stellt der oder die Depressive hohe Ansprüche an sich, die schließlich in einer Überforderung münden. Am Ausmaß der Ich-Störung kann dann folglich das Entwicklungsniveau der Depression bestimmt werden und eine Differenzierung in Bezug darauf stattfinden, ob es sich um psychotische Form oder eine narzisstische Störung handelt (Heinemann & Hopf (Mentzos 1984:184ff), 2004:106). Grundsätzlich ist das Erscheinungsbild im Kindesalter schwerer zu erkennen. Kinder neigen eher dazu, ihre Konflikte zu externalisieren, als sich in ihrem Inneren mit den Thematiken auseinandersetzen. Darüber hinaus sind zudem eine unzufriedene Grundhaltung, eine Form der Gereiztheit oder auch Versagensängste zu beobachten. Das Aktivitätsniveau sinkt, die Kinder klagen über Langeweile und die sozialen Aktivitäten verringern sich (Heinemann & Hopf (Diepold 1989, S.4 f.), 2004:106).

Innerhalb des Erfahrens von Verlust oder Liebesverlust reagieren Kinder oftmals mit der Vermeidung von ängstlichen Situationen oder zeigen anklammerndes Verhalten. Aggressionen können sich beispielsweise in Vorwürfen äußern oder in Zwangshandlungen kanalisiert werden. Die Kinder befinden sich folglich in einem Zustand zwischen Aggression und hilfloser Anklammerung. Folglich werden die Kinder passiv abhängig von äußeren Objekten und zeigen Weinerlichkeit sowie Hilflosigkeitsgefühle.

„Bei der Depression können wir typische Geschlechterunterschiede erkennen: Mädchen neigen zur phobisch-depressiven oder „oknophilen“ Verarbeitung und machen deutlich sich und den eigenen Körper zum Opfer der bestehenden Verhältnisse:

Vierstimmungszustände, Ängste, Schlafstörungen lassen die depressive Erkrankung immerhin ansatzweise erkennbar werden.

Bei Jungen sind es Hyperaktivität und Getriebenheit, aggressive Durchbrüche und ausagierende, sozial störende Verhaltensweisen, die oft eine dahinter liegende Depression abwehren. Sie können keine verlässlichen Gefühlsmäßigen Bindungen eingehen und sich nicht einschränken: Eine hohe Ansprüchlichkeit und die Größenphantasien lassen eine depressive Erkrankung nur bei genauem Hinsehen vermuten, weil vordergründig die narzisstische Störung beeindruckt. Es findet eine „Affektumkehr“ statt, indem depressive Gefühle nur agitiert-erregt in Erscheinung treten und mittels der die Umwelt nervenden Clownerien maskiert werden (Heinemann & Hopf, 2004:107).“

Oftmals fallen jene Kinder in Form einer Leistungsverweigerung auf. Die Gründe liegen hierbei in einem überfordernden Ich-Ideal, das enorme Ansprüche an die Kinder stellt und das gleichzeitig von einem rigiden Über-Ich Gefühl des Nichtkönnens bekämpft wird. Die hierdurch verstärkte Versagensangst führt folglich zur Leistungsverweigerung (Heinemann & Hopf, 2004:107).

Der französische Soziologe Ehrenberg beschäftigte sich 2004 mit der Frage, wie die Depression zur Leiterkrankung unserer Gesellschaft werden konnte. Seine Auseinandersetzung erfolgt innerhalb der Betrachtung der Emanzipation. Folglich ist die Gewinnung der Freiheit, die in den 1960er Jahren ihren Grundstein gefunden hat. Er beschreibt, dass nach dem Gewinn der Freiheit die Herausforderung ein souveränes Individuum zu werden und auch zu bleiben entsteht. Sollte dies misslingen, gilt das Individuum als gescheitert. Ehrenberg entwickelt daraus die These einer Kehrseite der neu gewonnenen Freiheit und ihrer Entfaltungsmöglichkeiten, nämlich die der depressiven Erschöpfung. Die Depression ist folglich Sinnbild für das Scheitern, das Versagen und die eigene Unzulänglichkeit. Sie führt bei den Betroffenen zur Angst, unfähig fürs Leben zu sein (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:133-134).

3.1 Die geschichtliche Entwicklung im Umgang mit depressiven Störungen

Abraham (1911,1912,1916,1924) beschäftigte sich innerhalb der klassischen Auffassung früh mit den dunklen triebpsychologischen Aspekten der Depression. Er benennt hier die frühkindlichen Urverstimmungen, die enttäuschten Liebeswünsche, den verdrängten Hass auf die Mutter, die abgewehrten grausamen Impulse und die Schuldgefühle. In Form der Depression werden dann die unbewussten Hassanteile reaktiviert. „Er hob die Triebdynamik der oralen Introjektionen und des oralen und analen Sadismus hervor und vertrat die präödiopale Mutter-Ätiologie der Depression mit der Phantasie von einem ursprünglichem Glück, dem Erleben von Verlassenheit, der abgewehrten Rachsucht und einer unstillbaren Sehnsucht nach der Mutter (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:131).“

„Freud fügte in seiner bekannten Studie über „Trauer und Melancholie“ (1916-17f) die narzisstische Identifizierung mit dem „verlorenen“ Objekt als den zentralen psychischen Mechanismus der Depression hinzu - „der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich“ (S. 435). Daneben wies er auf den narzisstischen Rückzug der Depressiven hin, sprach von der Auffassung ihrer unbewussten Objektbesetzung und von der Regression der erotischen und aggressiven Libido ins Ich. „So hat man den Schlüssel des

Krankheitsbildes in der Hand, indem man die Selbstvorwürfe als Vorwürfe gegen ein Liebesobjekt erkennt, die von diesem Weg auf das eigene Ich gewälzt sind“ (S. 434).

Es entstand die klassische Trias der Depression, welche die Oralität, den Ambivalenzkonflikt und den Narzissmus beinhaltet. Rados (1927) schreibt hierzu, „dass in der Depression das Über-Ich gegen das Ich so wüte, wie das Ich hätte fähig sein sollen, gegen das Objekt zu wüten“ (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:131). Ergänzend wies er auf die ausgeprägte Liebesbedürftigkeit und ein verletzliches Selbstgefühl von depressiv erkrankten Menschen hin. Er grenzte als erster die neurotische Depression von der Melancholie nach Freud und Abraham ab. Er war der Ansicht, dass den beiden Formen der Depression identische Konflikte und Mechanismen zugrunde liegen. Innerhalb der Formen seien aber die Struktur des Ichs und seine Objekte sowie Realitätsbeziehungen unterschiedlich. Er folgerte, dass die neurotische Depression eine Form der Partialmelancholie des neurotischen Ichs sei (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:131).

Innerhalb klinischer Klassifizierungen der neurotischen Depression fanden genaue Beschreibungen unterschiedlicher Typen mit ganz eigenen psychodynamischen Besonderheiten statt. Hierzu zählen beispielsweise die anaklitische (Spitz), die hysterische (Feigenbaum), die hypochondrische (Asch), die introjektive (Blatt), die adaptive (Schmale), die essentielle (Marty), die narzisstische (Glazer) Depression. Folglich entstand innerhalb eines vertieften Verständnisses ein verbesserter behandlingstechnischer Umgang mit den hiervon Betroffenen (Mertens & Waldvogel & Will, 2008:132).

Edith Jacobsons differenzierte 1971 als Erste die Ich-strukturellen Niveaus, innerhalb derer depressive Zustände auftreten können. „Sie unterschied klar zwischen einem neurotischen, Borderline- und psychotischen Niveau der Depression wie auch zwischen verschiedenen Formen der depressiven Zustände. Sie betonte dabei die Unterschiedlichkeit der jeweiligen Tribschicksale, Mechanismen, und Konflikte. Auf ihren Arbeiten aufbauend wird man heute folgende Einteilung vornehmen können (Will et al. 1998):

1. depressive Reaktion auf belastende Lebensumstände
2. depressive Neurose/Charakter auf ödipalneurotischem Strukturniveau (mit gut integrierter Struktur)
3. depressive Neurose/Charakter auf mittlerem Strukturniveau (mit mäßig integrierter Persönlichkeitsstruktur, z. B. Bei vielen narzisstisch oder psychosomatisch Depressiven)
4. Borderline-Depression bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit gering integriertem Strukturniveau
5. psychotische Depression (Melancholie) mit im psychotischen Zustand desintegrierter Persönlichkeitsstruktur

(Mertens & Waldvogel & Will, 2008:132).“

3.2 Depressionen bei Kindern

Grundsätzlich lässt sich die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern schon im Alter von drei Jahren diagnostizieren und zeigt hier typische Symptomatiken. Die Diagnose weist hierbei eine hohe Stabilität auf und geht mit hohen sozialen Beeinträchtigungen einher (Gontard, 2019:123).

Bei Kindern im Alter von zwei bis fünf Jahren konnte nach Egger und Arnold (2006a) eine Depressionsrate von 2,1 % nachgewiesen und der Typ der depressiven Störung entschlüsselt werden. Im Ergebnis hatten 1,4 % eine Major Depression, 0,6 % eine Dysthymie sowie 0,7 % eine nicht näher spezifizierte depressive Störung. Je älter die Kinder werden, desto höher steigt die Prävalenz. Im Alter von zwei Jahren sind nur 0,3 % der Kinder von einer depressiven Störung betroffen, bei den Fünfjährigen steigt die Rate schon auf 3,0 % an. Innerhalb einer repräsentativen Schuleingangsuntersuchung hatten die Jungen eine Depressionsrate von 6,5 % und die Mädchen eine von 4,3 %. Im Rahmen einer bevölkerungsbezogenen Studie von Kindern im Alter von 6,2 Jahren konnten bei 12,7 % der Kinder ängstlich, depressive Symptome festgestellt werden.

Folglich ist das Verhältnis von depressiven Störungen im Vorschulalter geringer als im darauffolgenden Kindesalter. Ältere Vorschulkinder sind schon ähnlich oft betroffen wie Schulkinder (Gontard, 2019:125). Das Geschlechterverhältnis ist im Vorschulalter wie auch im mittleren Kindesalter relativ gleich verteilt (Gontard, 2019:125).

„Nach ICD-10 werden depressive Störungen definiert durch bedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit. Zusätzlich sind oft Konzentration, Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und -vertrauen gemindert. Weitere Symptome umfassen erhöhte Ermüdbarkeit, Schamgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsgedanken, Schlaf- und Appetitstörungen, Gewichtsabnahme und Suizidgedanken.“

Depressive Störungen werden nach ICD-10 in unterschiedliche Episoden aufgeteilt, diese werden schon nach einer Dauer von zwei Wochen diagnostiziert (Gontard, 2019:123). Hinzu kommt die Diagnose der Dysthymie (F34.1), die oftmals im Kindesalter nicht adäquat berücksichtigt oder übersehen wird. Die Diagnose kann auch komorbid mit anderen depressiven Störungen auftreten. Die Dysthymie versteht sich als eine chronisch depressive Verstimmung, die in sich aber nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt, sie ist in ihrer Symptomatik geringer ausgeprägt und es muss eine Krankheitsdauer von mindestens zwei Jahren vorliegen (Gontard, 2019:123). Innerhalb eines Jahres müssen typische Symptome wie Erschöpfungsgefühle, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, Gefühle des geringen Selbstwertes und der Hoffnungslosigkeit beinhaltet sein. „Sie steht im Zusammenhang mit Aufmerksamkeitsstörungen, sozialen Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen oder schwer beeinträchtigenden Milieubedingungen. Die dysthyme Störung unterscheidet sich von der Major Depression durch Dauer und Schweregrad (Myschker (vgl. Apa 1991, WHO 1991, siehe auch DSM IV der APA 1996, 375-428), 2009:501).

Grundsätzlich beinhaltet die depressive Störung Kardinalsymptome wie traurige sowie gedrückte Grundstimmung, Antriebsminderung, Verlust von Interessen und Schlafstörungen trotz erhöhter Müdigkeit. „Hinzu treten als weiter häufige Symptome Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen,

Appetit- und Gewichtsverlust, diffuse Ängste und mitunter auch motorische Unruhe. Bei manchen Patienten, insbesondere bei jüngeren Kindern, können die somatischen Symptome im Vordergrund stehen, das heißt psychomotorische Hemmung, Appetitverlust, Gewichtsverlust, frühes morgendliches Erwachen sowie Bauch- und Kopfschmerzen. In der ICD-10 werden mehrere Subtypen unterschieden:

-rezidivierende gegenwärtig leichte depressive Episode (F33.0)

-rezidivierende gegenwärtig mittelgradig depressive Episode (33.1)

-rezidivierende gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)

-rezidivierende gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)

-rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig remittiert (F33.4)

(Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006:383).“

Bei einer leichten depressiven Episode muss eine Mindestdauer von zwei Wochen zugrunde liegen. Zusätzlich dürfen keine hypomanischen und manischen Symptome oder eine Drogeninduktion vorhanden sein. Zusätzlich muss das Kind zwei der folgenden Symptomen aufweisen: „Eine depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages und fast jeden Tag bestehen muss und die sich durch äußere Umstände nicht wesentlich beeinflussen lässt, ein Verlust an Freude und Interesse bezüglich gerne ausgeübter Aktivitäten, ein deutlich verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Ferner sollen mehrere der folgenden Symptome (bis zu einer Gesamtzahl von vier) vorliegen: Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten, Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen jeder Art, Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechenden Gewichtsveränderung“ (Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006:258). Grundsätzlich kann die leichte depressive Episode mit oder ohne somatische Symptome erfolgen.

Innerhalb der mittelgradig schweren Depression müssen sechs oder sieben der oben angeführten Symptome vorhanden sein. Die schwere Episode ist in die Varianten F33.2 und F33.3 aufgegliedert.

Bei F33.2 muss ein hohes Maß an depressiver Symptomatik vorhanden sein. Zusätzlich können im Rahmen der Symptomatik Gefühle von Verzweiflung, Agitiertheit, Hemmung oder Schuld in den Vordergrund rücken.

Die F33.3 erfüllt alle Kriterien der F33.2, wird aber ergänzt durch Wahnsymptomaten wie Wahnideen oder Halluzinationen. Oftmals handelt es sich um akustische Halluzinationen, die einen anklagenden oder diffamierenden Charakter haben. In selten Fällen kommt es auch zu Geruchshalluzinationen (Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006:258).“ Innerhalb des DSM-5 wird die Diagnostik im Kindesalter noch einmal genauer differenziert. Hier wird festgehalten, dass anstatt des depressiven Affektes bei dem Kind in vielen Fällen eher eine gereizte Stimmung vorhanden ist. Zusätzlich gilt die fehlende Gewichtszunahme

im Wachstumsalter als Symptom. Innerhalb der Dysthymie-Diagnose wird eine Dauer der Symptome von nur einem Jahr als ausreichend angenommen (Gontard, 2019:123). Grundlegend können unangenehme Ereignisse im Leben von Kindern schnell eine gedrückte Stimmung auslösen. Sollte das Zustandsbild bei leichteren Belastungen nicht nach einer Woche, bei schwereren Belastungen nicht nach spätestens einem halben Jahr größere Verbesserungen zeigen, sind die Kinder als gefährdet oder von einer depressiven Störung als bedroht anzusehen.

Innerhalb dieser Phasen kommt es zu Änderungen der Schlaf- und Essgewohnheiten, oftmals nimmt die Mitarbeit in der Schule ab, die Kinder verlieren das Interesse an vielen Dingen und sind vielfach freudlos oder traurig. Ein zusätzliches Indiz ist, wenn das Kind sich von anderen Kindern abwendet oder eine Verernstung stattfindet. Die Kinder sind oftmals in der Lage, die depressive Störung sehr lange vor den Eltern oder anderen sozialen Bezugspersonen zu verbergen (Myschker, 2009:501-502)

Depressive Störungen bei Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren können in die drei Haupttypen akut, chronisch und verdeckt eingeordnet werden. Für eine Kategorisierung innerhalb des akuten Haupttyps muss ein Zusammenhang mit einem bedrückenden Ereignis erfolgen. Beim chronischen Haupttyp liegen keine konkreten Anlässe vor und die depressiven Symptome zeigen sich schon länger. Ein zusätzlicher Hinweis für diesen Typus sind Hinweise auf depressive Symptome innerhalb der Familie oder dem Familiensystem. Im Rahmen des verdeckten Depressionstyps ist ein ausagierendes Verhalten oder Delinquenz häufig. Dies äußert sich beispielsweise im Feuerlegen, im Stehlen oder in Gewalttätigkeiten. Das Ausagieren kann als ein Versuch, sich gegen die Depression zu wehren, verstanden werden. Innerhalb dieses Versuches empfinden die betroffenen Kinder Gefühle der Hilflosigkeit, treffen negative Selbstbeurteilungen, haben allgemeine Gefühle der Traurigkeit oder haben Gewaltphantasien (Myschker, 2009:502).

Im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (Nach ICD-10 F92.0) besteht ein höheres Risiko der Suizidalität. Es ist grundlegend davon auszugehen, dass 15 % bis 35 % der Kinder mit einer depressiven Störung gleichzeitig an einer Störung des Sozialverhaltens leiden. Im Regelfall erfolgt erst die Störung des Sozialverhaltens, gefolgt von der depressiven Störung. Innerhalb der Störung des Sozialverhaltens kommt es beispielsweise zu regelverletzendem Verhalten, das sich außerhalb der Norm bewegt, dysphorischer Verstimmtheit, Wut oder Gereiztheit, Ungehorsam, Streitsucht, Lügen, Falschbeschuldigungen, Weglaufen, Stehlen, mutwilligem Zerstören, körperlicher Aggressivität. Die Folge dessen ist oftmals Schulversagen, gestörte familiäre und soziale Bedingungen oder Beziehungsabbrüche. In ihrer Konsequenz bedingen sich diese emotionalen oder depressiven Störungen (Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006:266-267).

Innerhalb einer Angst-Diagnose gemischt mit einer depressiven Störung (Nach ICD-10 F41.2) vermischen sich Ängste und Sorgen mit depressiven Symptomen. Im Ergebnis erleiden die Betroffenen vegetative Symptome wie beispielsweise Herzklopfen, Mundtrockenheit oder Magenschmerzen. Hierbei sind scheue, ängstliche, passive und neue Situationen vermeidende Tendenzen bereits im Kleinkindalter zu beobachten. Diese Diagnose liegt grundsätzlich aber nur vor, wenn auszuschließen ist, dass keine eigenständige Angststörung oder Depression vorhanden ist (Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006:364-365).

Die Anpassungsstörung (Nach ICD-10) beschreibt eine Reaktion auf eine akute psychische Belastung. Kinder entwickeln in Folge dieser Belastung ein subjektives Leid oder emotionale Beeinträchtigungen. Entscheidend ist, dass die Symptome innerhalb des Anpassungsprozesses nach dem belastenden Ereignis erfolgen. Die Belastungssituationen können beispielsweise die Konfrontation mit dem Tod sowie einer Krankheit darstellen oder sich im Verlust einer Bezugsperson widerspiegeln. Grundsätzlich beginnt die Störung meist schon innerhalb eines Monats und hat oftmals eine depressive Störung zur Folge. Diese kann sich in einer kurzen depressiven Reaktion bis hin zu einer längeren depressiven Reaktion oder der Angst gemischt mit der Depression zeigen. Die depressiven Symptome können hierbei unter anderem von Angst, Ohnmachts- und Insuffizienzgefühlen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen oder dissozialem Verhalten begleitet werden (Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006:54-55).

3.3 Risikofaktoren für die Entwicklung von depressiven Symptomen

Es ist festzustellen, dass Kinder mit sonderpädagogischen Förderbedarf, mit motorischen Auffälligkeiten, Sprach- und Sprechstörungen sowie Trennungskinder einem größeren Risiko unterliegen, depressive Symptome zu erlangen. Folglich stellen kindliche Teilleistungsstörungen einen Risikofaktor für depressive Symptome dar (Gontard, 2019:125).

Die Grundlage für depressive Symptome sind oftmals Belastungen wie Stress, eine Trennung der Eltern oder erlittene Verlusterlebnisse. Oftmals liegt der Depression eine Ablehnung der Eltern zugrunde oder eine transgenerationale Weitergabe im Rahmen einer depressiven Erkrankung der Eltern. Eine potenzielle Übernahme der Depression kann folglich als Vererbung erfolgen oder findet ihre Erscheinungsform innerhalb von Identifikationsprozessen mit dem betroffenen Elternteil. Das Kind internalisiert die depressiven Verhaltensnormen des Elternteils und lebt im Sinne dieser Norm weiter. Depressive Störungen unterliegen auch biologischen Faktoren. Sind die Neurotransmitter wie Dopamin, Noradrenalin, Serotonin in zu großen oder zu kleinen Mengen vorhanden, kann die Reizübermittlung im Nervensystem beeinträchtigt werden. Sind zu viele Neurotransmitter in den Synapsen zwischen den einzelnen Neuronen, kommt es tendenziell eher zu einer manischen Störung, sind diese zu wenig vorhanden, erfolgt eher eine depressive Störung (Myschker, 2009:502).

3.4 Narzissmus und Depression

Innerhalb einer gelungenen frühkindlichen Entwicklung erreichen Menschen ein Ausgleichsvermögen gegenüber Infragestellungen ihrer Person, die Kränkungen oder Verletzungen beinhalten. Das hierdurch erlangte Ausgleichsvermögen ist als eine Form der Selbstwertregulation zu verstehen. Die Tiefenpsychologie benennt diese Prozesse mit einer narzisstischen Kränkungstoleranz. Je leichter das Individuum also von äußerer Wertschätzung, Zuwendung oder Anerkennung abhängig ist, desto leichter gerät es in Zustände der Unsicherheit oder Angst. Die Grundlage hierfür ist, dass das Individuum sich nicht selbst die notwendige Sicherheit geben kann (Kleespies, 1998:72-78). Oftmals fällt es den Betroffenen schwer, Kontakte zu knüpfen, da eine grundlegende Angst vor Zurückweisung besteht. Menschen mit depressiven Symptomen gehen folglich in die Vermeidung, um sich den Zurückweisungen gar nicht erst auszusetzen. Erfolgen Zurückweisungen, sind diese kaum ertragbar, da sie am eigenen Wert fest gemacht werden. Der gefürchtete Objektverlust hinterlässt die Betroffenen depressiv und lässt sie

sich wertlos fühlen (Kleespies, 1998:96). Der depressive Arbeitsmodus äußert sich dann in dem Gefühl klein, nichtig und minderwertig zu sein (Kleespies, 1998:102). Bei Menschen mit depressiven Symptomen ist charakteristisch, dass sie schneller aus dem inneren Gleichgewicht kommen, da sie über wenig narzisstische Kränkungsstoleranz verfügen und sich schnell selbst abwerten. Die Folge sind Selbstanklagen und Schuldvorwürfe. Die Narzissmusthematik ist grundsätzlich mit der Psychologie des Selbst verbunden. Die Psyche selbst ist um die Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts bemüht. Findet eine ernsthafte Infragestellung der Person statt, können Störungen die Folge sein. Die grundlegende Wertschätzung und der Wert des Menschen prägen schon früh den Selbstbezug des Kindes.

Freud beschreibt hierzu eine primäre libidinöse Besetzung des Ichs, die grundlegend eine Vorstufe zur Objektliebe darstellt. Michael Balint (1996) entwickelte ein Konzept der „primären Liebe“, innerhalb derer schon früh Bestrebungen ins Außen gehen, um geliebt zu werden. Grundlegend für eine stabile Beziehung zu sich selbst ist eine gesunde frühkindliche Mutter-Kind-Beziehung. Im Rahmen der Bindungsforschung konnte festgestellt werden, dass sicher gebundene Kinder ein höheres Selbstwertgefühl und ein adäquates Sozialverhalten erreichen sowie weniger depressive Symptome entwickeln als vermeidend oder ambivalent gebundene Kinder. Zur Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls ist eine frühe positive Spiegelung und eine beständige Resonanz seitens der Eltern von Nöten. Bekommt das Kind jedoch zu wenig Spiegelung seitens der Eltern, können sich Störungen im Selbstwert ergeben. Diese zählen dann zu den narzisstischen Störungsbildern (Kleespies, 1998:72-78). Frühe narzisstische Bestätigungen in Form von Liebe sind folglich Grundlage für eine gute narzisstische Eigenhaltung (Kleespies, 1998:94).

Kohut beschreibt im Rahmen des Größenselbst ein Durchgangsstadium in der Kinderentwicklung, innerhalb dessen es von überzogenen Vorstellungen, Allmachtsphantasien oder Größenvorstellungen geprägt ist. Diese spielen eine gewichtige Rolle für die Stabilisierung des Selbstwertes des Kindes. Innerhalb weiterer Entwicklungsschritte entsteht ein wachsendes Realitätsbewusstsein, indem das Kind seine Omnipotenzphantasien schrittweise abgibt.

Der von Freud beschriebene sekundäre Narzissmus beinhaltet einen Rückzug der narzisstischen Libido vom Objekt weg, hin zu sich selbst. Folglich stellt der sekundäre Narzissmus einen Schutz- und Abwehrmechanismus vor Kränkungen oder Zurückweisungen dar. Das Selbst funktioniert daher im Dienste der Selbstwertregulierung.

Neben dem beschriebenen sekundären Narzissmus, der eine Form der Abwehr darstellt, gibt es noch Verhaltensweisen, die der Selbstwertregulation dienlich sind. Hierzu zählen narzisstische Beziehungsformen, die der Steigerung oder Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls dienen. Beispielhaft hierfür sind Eltern, die ihre Kinder gleich eines Selbstobjektes zu Leistungen bringen, die ihrer eigenen narzisstischen Aufwertung zugutekommen. Hierbei spricht man von einer narzisstischen Beziehungsform.

Grundlegend kommt es zu Störungen, wenn der Konflikt nicht in einem Ich-nahen Raum lösbar ist, da das Ich zu schwach ist, um die Aufgabe zu lösen. Mentzos (1990, 184) meint hierzu, dass die Herabsetzung der Selbstachtung der psychodynamische Kern von depressiven Symptomen ist. Innerhalb dieser Symptome stehen passende Affekte oftmals nicht zur Verfügung, sondern

sind eher versteckt oder werden in Form der Depression gegen sich selbst gerichtet. Mittels Selbstanklagen ist die Depression ein Ausdruck negativer, gegen das Selbst gerichteter Energie (Kleespies, 1998:72-78). Innerhalb dieser Identitäts- oder Selbstwertthematik findet ein depressiver Verarbeitungs- und Reaktionsmodus statt. Die narzisstische Abwehr schützt gegen die Verletzungen des Selbstwertgefühls. Der Unterschied zwischen der depressiven und der narzisstischen Abwehr liegt in der unterschiedlich verwendeten seelischen Energie (Kleespies, 1998:91). Die beiden Formen der Abwehr können hierbei in sich variieren. So kann in der narzisstischen Abwehr jeglicher inniger Kontakt „stolz“ abgelehnt werden und sich das Individuum dann doch irgendwann in eine Abhängigkeitsbeziehung begeben (Kleespies, 1998:97).

In der narzisstischen Abwehr erkennt sich das Individuum nicht und nimmt sich nicht an, da die reine Selbstspiegelung es nicht zulässt. Zusätzlich wird der Kontaktaufbau im sozialen Gefüge erschwert, da er von sich selbst nicht Abstand nehmen kann und eigene Vorstellungsbilder in das Gegenüber hineinprojiziert. Folglich erreicht sie oder er weder sich noch das andere Objekt. Die Grundlage bildet hier das verdunkelte Selbst, dem jegliche Verwurzelung und Selbstsicherheit fehlt. Der oder die Betroffene bleibt alleine und in der eigenen Einsamkeit isoliert (Kleespies, 1998:23).

Für viele Depressive spielt unbewusst die Machtausübung sich selbst gegenüber eine große Rolle. Die oftmals ohnmächtig wirkenden Betroffenen sind beherrscht von dem eigenen Größenselbst und einer mächtigen negativen Sichtweise, die parallel zu der inneren Finsternis nicht ohne einen gewissen Stolz ist und sich von dem Außen „nichts sagen“ lässt (Kleespies, 1998:53).

Die narzisstischen Störungen beinhalten unterschiedlichste Charakterentwicklungen. Betroffene reagieren mit starken Abhängigkeitsneigungen und haben permanente und in sich nie erfüllte Idealisierungen von Objekten. Sie reagieren mit starken Enttäuschungen, wenn die Idealisierungserwartung nicht eingetreten ist. In anderen Erscheinungsformen stehen ausgeprägte Verschmelzungssehnsüchte im Vordergrund. Hierbei wird mit allen Mitteln versucht, das Gegenüber zu kontrollieren (Kleespies, 1998:72-78).

Abschließend ist festzuhalten, dass nicht jede narzisstische Störung in einer Depression münden muss.

3.5 Die Therapie von Kindern mit depressiven Symptomen

Zur Verbesserung einer depressiven Störung können unterschiedlichste Formen der Therapie, wie beispielsweise psychoanalytische oder lerntheoretisch orientierte Therapien eingesetzt werden. Die Therapien beziehen sich auf das Kind und beinhalten das Familiensystem. Die Therapie kann hierbei medikamentös unterstützt werden. Die psychodynamischen Verfahren versuchen innere Konflikte und unbewusste Belastungen zu verdeutlichen und die negativen emotionalen Tendenzen auf den/die Therapeuten_in zu projizieren. Folglich sollen diese beherrschbar gemacht werden und die gesunden Anteile des Kindes als Stütze dienen.

Innerhalb des lernorientierten Ansatzes werden die therapeutischen Interventionen in Zusammenhang mit den auslösenden und verstärkenden Umweltbedingungen der depressiven Störung gebracht. Diese sollen im Rahmen der Therapie eliminiert werden. Folglich sollen Verhaltensweisen angemessener erfolgen und die Situationsbewältigungsfähigkeiten verstärkt werden. Der kognitive Ansatz zielt auf eine

Veränderung der negativen Selbsteinschätzung und der negativen Beurteilung vergangener, gegenwärtiger oder künftiger Verhältnisse oder Situationen (Myschker, 2009:503). Hindernisse, die das Erreichen der Befriedigungsquellen blockieren, sollen entfernt werden. Der Ausbau und Aufbau von Befriedigungsquellen soll gestärkt werden. Belastungen sollen verringert und der Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert werden (Schauenburg & Hofmann & Hoffmann, 2007:23).

3.6 Die soziale Arbeit im Umgang mit Kindern mit depressiven Symptomen

Grundsätzlich kann der/die Sozialarbeiter_in in leichten depressiven Fällen dazu beitragen, Belastungsmomente zu reduzieren und dem Kind unterschiedliche Möglichkeiten geben, sich zu äußern. Die Grundlage hierfür ist eine Kenntnis der Symptomatik sowie der verursachenden oder auslösenden Faktoren. Dies beinhaltet beispielsweise die Möglichkeit von Gesprächen oder auch die Bereitstellung von kreativen Verfahren.

Die Arbeit findet hierbei im Ermöglichen sozialer Erfahrungen oder im Rahmen von Eltern- und Familienarbeit statt. Der/die Sozialarbeiter_in kann hier beispielsweise im Rahmen der „verdeckten Depression“ bei starken antisozialen Verhaltensweisen agieren. Sollte das Störungsbild länger anhalten oder ein Verdacht auf Chronifizierung bestehen, muss die depressive Störung mittels einer Therapie behandelt werden (Myschker, 2009:502-503).

3.7 Chancen einer depressiven Erkrankung

„Wenn nun ein Mensch seelisch zu leiden beginnt, dann ist dies immer ein untrügliches Zeichen dafür, dass er sich nicht mehr im Gleichgewicht mit sich befindet. Hierbei drückt sich das Leiden des Einzelnen in einer für ihn typischen Weise aus, etwa in einer bestimmten Form von körperlichen oder psychischen Symptomen. So müssen wir von einer engen Verbindung ausgehen zwischen der Oberfläche – das sichtbar werdende Symptom – und einem verursachten lebensgeschichtlichen Hintergrund. So erkennen wir in den psychischen Erkrankungen und ihren Symptomen eine gewisse Sinnhaftigkeit. Sie enthalten eine Botschaft, die es zu entschlüsseln gilt (Kleespies, 1998:219).“

Die Tiefenpsychologie zeigt innerhalb der gemeinsamen Entdeckung des Unbewussten ein tieferes Verständnis für seelische Störungen. Jung (GW 18, 2§, 1803) beschreibt hier ein doppeltes Wesen mit einer bewussten Seite, die es aktiv wahrnimmt, und einer unbewussten, die es nicht wahrnimmt.

Innerhalb dieser unbewussten Seite verstecken sich oftmals verborgene positive Kräfte, die noch nicht die Möglichkeit bekommen haben, sich voll entfalten zu können. Im Rahmen der Selbsterkenntnis innerhalb des therapeutischen Arbeitens entdeckt der oder die Erkrankte nicht nur die eigenen dunklen Seiten, sondern lernt auch seine positiven Anteile kennen. Die Annahme der eigenen positiven Anteile stellt Betroffene von depressiven Erkrankungen oftmals vor große Herausforderungen. In vielen Fällen herrscht die Einstellung vor, dass die Impulse, die dem Wohlbefinden zuträglich sind, von anderen Objekten erfolgen sollen.

Innerhalb der Auseinandersetzung mit dem Unbewussten kommt es zu einer Konfrontation mit den tief in den Menschen liegenden Motiven, die deren Leben bestimmen. Infolge ihrer Bewusstwerdung besteht die Möglichkeit der Selbsterkenntnis.

Grundsätzlich hält das Unbewusste die Mittel bereit, um wieder aus persönlichen Krisen heraus zu kommen. Die Psyche hat sozusagen eine Grundtendenz zur Wiederherstellung

eines inneren Gleichgewichts. Bei stärkeren persönlichen Krisen oder Pathologien ist eine professionelle Hilfe unumgänglich. Es muss hierbei aber auch anerkannt werden, dass es beispielsweise chronifizierte Krankheitszustände gibt, die kaum beeinflussbar sind. Krisen können folglich bei erfolgreicher Bearbeitung eine heilsame Wirkung hervorrufen, die folglich einen Anlass zur Bilanz und somit eine Chance für Neues darstellen.

Die Krise kann also als eine grundsätzliche Chance hin zu einer Wandlung verstanden werden. Die Krise selbst bedeutet, dass das Bisherige so nicht weitergehen sollte und das Individuum die Möglichkeit einer reflektierten Neuorientierung erlangt. Hierzu zählt beispielsweise auch die „heilsame Resignation“. Innerhalb derer zeigt sich, dass bestimmte Lebensentwürfe oder Zielvorstellungen, die das Individuum sich vorgibt, nicht erfüllbar sind. Die Depression ist folglich die Botschaft, dass bisherige Erwartungen oder Lebenseinstellungen kein sinnerfülltes Leben versprechen. Folglich ist eine Neuorientierung erforderlich. Die Resignation beschreibt hierbei keine Selbstaufgabe, sondern einzig die Aufgabe von bisherigen schadhafte Zielsetzungen, die das Individuum nicht in der Lage war umzusetzen. Innerhalb dieser Betrachtungsweise stellt die Depression eine Chance dar, alte fixierte Wünsche loszulassen und eine Umbesinnung zu erreichen. Der oder die Patient_in hat die Möglichkeit, in der eigenen Auseinandersetzung oder im Rahmen der Therapie, den Sinn der Depression zu erfahren (Kleespies, 1998:219-2022).

Jung ist hierzu einer ähnlichen Ansicht. Er betont, dass ohne Komplexe die seelische Aktivität zum Stillstand kommen würde. Er sieht eine Produktivität innerhalb der Neurose, wenn sie bewusst aufgenommen und als Aufruf verstanden wird. Abschließend meint Jung dazu: „Leiden ist keine Krankheit, sondern der normale Gegenpol des Glücks. Krankhaft wird ein Komplex erst dann, wenn man meint, man hätte ihn nicht“ (Elhard, 1994:169).

4.0 Aggression und Autoaggression

Im Rahmen meiner Arbeit mit Kindern im therapeutischen Bereich habe ich beobachtet, dass eine Depression infolge ihrer Entfaltung aggressive Anteile bei Kindern befördert oder diese zumindest entstehen lässt. Innerhalb der Beobachtung war zu sehen, dass die Aggression entweder im Außen abagiert wurde oder destruktiv gegen das Selbst gerichtet wurde. Hierbei war zu sehen, dass die Jungen eher dazu geneigt waren, ihre Aggression im Außen zu leben und die Mädchen ihre Aggression eher nach Innen richteten. Diese Beobachtungen regten mich dazu an, auch diese Folgeerscheinungen der Depression mit in die Szenerie der Karten aufzunehmen.

4.1 Externalisierte Wut und Aggression

Wut oder auch Aggression, die ins Außen getragen werden, können unterschiedliche Ausprägungen haben, die oftmals auch von individuellem Empfinden beeinflusst sind. Die Spannbreite bewegt sich hier zwischen negativen Willensäußerungen bis hin zu einer zerstörerischen Komponente, die anderen körperlichen Schaden zufügt. Eine Definition bezieht sich auf die Aggression als unprovokierte Handlung mit dem Ziel, Leid und Verletzungen hervorzurufen (Seiffge-Krenke, 2005:42). Eine andere Definition sieht die „Aggression als eine aktionale Erweiterung des Selbstentfaltungstrebens zur territorialen und sozialen Behauptung mit der Bereitschaft, Grenzen (des Unbekannten, soziale Regeln, der Intimität, körperlicher Integrität) zu überschreiten, um eigene Ziele zu erreichen (Seiffge-Krenke, 2005:42).“

Ellard (1974) unterscheidet hierbei die aktiv-spontane und vermutlich endogene Aggression, der keine subjektive Feindseligkeit zugrunde liegt, die reaktive-defensive Aggression mit einem Feindseligkeitsanteil, die als eine Angstabwehr zu verstehen ist und die aktiv-destruktive Aggression mit überwiegend subjektiv intendierter Feindseligkeit und Zerstörungstendenzen. Pathologisch zeigen sich hierbei vor allem die reaktive-defensive und die aktiv-destruktive Aggression. Der Pathologie liegt hierbei oftmals eine Störung des gesunden Entfaltens der aktiv-spontanen Aggression zugrunde (Nissen, 1995:63).

Die Selbstbehauptung und Sicherung der eigenen Person innerhalb von sozialen Kontexten ist ein fundamentales Prinzip der Selbst- und Arterhaltung. Es zählt zum natürlichem Verhaltenspotenzial sowohl des Menschen als auch fast aller anderen Spezies (Nissen, 1995:29).

Grundsätzlich stellen Widerstände von Kindern gegenüber Erwachsenen oder Raufereien erst einmal noch keine Pathologie dar, sondern bewegen sich im Rahmen des Erlernens von sozialen Verhaltensweisen und müssen mittels Erziehungsmaßnahmen im Beziehungsrahmen kanalisiert werden.

Die Pathologisierung selbst definiert sich über die Wechselwirkung des Affekts „Wut“ und einem darauffolgenden schädigenden Handlungsimpuls im Außen oder Aggressionsausbrüche ohne zugrunde liegenden „Wutaffekt“. Darin enthaltene Aspekte beziehen sich zusätzlich noch auf Faktoren wie das zeitliche Anhalten der Wut. Das Verletzen von sozialen Regeln oder dem Schädigen einer anderen Person bilden folglich die Grundlage einer Ächtung von Aggressionen innerhalb eines Gesellschaftskonstruktes. Das aggressive Verhalten fällt hierbei auch nach ICD-10 unter eine Störung des Sozialverhaltens (Seiffge-Krenke, 2005:42-46). Kinder zeigen oftmals bei zugrunde liegender Bindungsstörungen aggressive Auffälligkeiten (Blanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke,2006:297).

Die Gefühle im unmittelbaren Umfeld der Aggression sind Wut, Ärger oder der Zorn. Es muss hierbei aber auch festgehalten werden, dass die benannten Gefühle auch ohne aggressives Verhalten in Menschen vorhanden sein können. Dem Ärger liegen oftmals Enttäuschungen, Frustrationen, Belästigungen oder Demütigungen zugrunde und verstehen sich als objektbezogen.

Die Wut hingegen ist spontaner und weniger reflexiv, Die benannten Emotionen bedingen sich in sich gegenseitig. Innerhalb eines Überganges zwischen Ärger und Wut entsteht ein Ärger-Wut- Affekt, der in Zorn oder Hass gipfeln kann. Die Aggression beinhaltet im Allgemeinen viele Emotionen wie beispielsweise den Neid, die Schadensfreude, die Abneigung, die Abscheu oder auch die Verachtung. Lösen Objekte bei Menschen immer wieder negative und aggressive Emotionen aus, kann im übertragenen Sinne von einer feindseligen Haltung gegenüber Objekten gesprochen werden. Innerhalb dieser Feindseligkeit erlebt die Person Gefühle von Ärger, Wut, Zorn oder Hass immer wieder aufs Neue. Die Person befindet sich folglich in einem emotionalen und wiederkehrenden Kreisel aus Aggressionen (Selg & Mees & Berg, 1997:8-10).

4.2 Internalisierte Wut und Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten erscheint innerhalb verschiedenster Erscheinungsformen und bewegt sich im Rahmen unterschiedlicher psychischer Störungen, (Petermann & Nitkowski, 2015:5) zu denen auch die Depression zählt. (Heinemann & Hopf,2012:179). Grundsätzlich beinhaltet es eine Aggression gegen sich selbst, innerhalb derer dem Körper Schaden zugefügt wird. Die Betroffenen können durch dieses Verhaltens ihren

Gefühlen Ausdruck verleihen und ihre Gefühle folglich besser regulieren. Die Grundlage dessen ist oftmals die mangelnde Fähigkeit, den eigenen Gefühlen Ausdruck zu verleihen und beinhaltet nicht nur die Kommunikation im Außen, sondern auch die mit sich selbst. Die Betroffenen bringen ihre nicht wahrgenommen oder nicht erkannten Gefühle mittels Schmerzen in eine für sie fassbare und sichtbare Form (Petermann & Nitkowski, 2015:5).

Die Grundlage hierfür ist vielfältig und oftmals in der frühen Kindheit in Form einer strukturellen Störung zu finden. Gleichzeitig können aber auch familiäre oder soziale Beziehungen im Allgemeinen der Auslöser für selbstverletzendes Verhalten sein. Es ist vielfach zu beobachten, dass die Fähigkeit zur Emotionsregulation eingeschränkt ist und die Betroffenen Probleme haben, ihren Gefühlen einen passenden Raum zu geben. Dies beinhaltet, sich in emotional belastenden Situationen selbst regulieren zu können und eine emotionale Ausgeglichenheit zu bewahren.

Oftmals behindern starke Gefühle wie Wut die konstruktive Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen. Wie oben benannt, schafft es die Wut in ihrer eigenen emotionalen Erregung das Individuum davon abzuhalten, seine Probleme differenziert zu analysieren und zu lösen. Menschen mit selbstverletzendem Verhalten leiden oftmals in großem Maße unter Wut, Reizbarkeit oder Feindseligkeit. Hierbei ist die Wut auf sich selbst aber wesentlich ausgeprägter als die auf andere Menschen. Der Ärger wird folglich auf sich selbst gerichtet

Wird die Erfahrung gemacht, dass die eigenen Emotionen von den Bezugspersonen nicht anerkannt werden, erfolgt ein Gefühl, dass die eigenen Gefühle falsch oder schlecht sein müssen. Infolgedessen werden sie unterdrückt und finden ihren Ausdruck in Form eines selbst bestrafenden Verhaltens (Petermann & Nitkowski, 2015:99-102) .

5.0 Die Assoziation

Der Begriff der Assoziation lässt sich bis in die alte griechische Philosophie zurückverfolgen. In der Psychologie ist sie jedoch erst weitaus später zu finden. Sie tritt zuerst bei John Locke im Jahre 1700 auf. Dieser beschäftigte sich mit der Assoziation als einem ergänzenden Prinzip. Locke beschrieb ein Verknüpfungsprinzip, auf das Sympathien, Antipathien oder auch Hass zurückzuführen sind (Strube, 1984:2-3).

Im Laufe der Zeit entwickelte Freud die Hypnose, durch welche mittels einfacher Entspannungsübungen die Grundlage für das freie Assoziieren geschaffen werden konnte (Sieland, 1996:25). Innerhalb der „Studien über Hysterie“ (Breuer und Freud, 1985) erfolgte ein Verzicht auf die Hypnose oder „jenes Drücken auf die Stirn“ als Hilfsmittel zum Unterlaufen von Widerständen (Frank, 1994: 54). Die freie Assoziation selbst sollte dazu führen, dass verdrängte Inhalte und frühkindliche Beziehungskonflikte dem Bewusstsein wieder zugänglich werden. „Die in den unverarbeiteten Konflikten gebundene Energie, die sich von ihrem Kontext gelöst hat und für den Wiederholungszwang („neurotische Dummheit“) verantwortlich ist, soll in ihrem historischen Zusammenhang verstanden und wieder frei verfügbar werden“ (Sieland, 1996:25).

Innerhalb der Technik sollte man dem Patienten oder der Patientin_in all seinen/ihren Einfällen völlig freien Lauf lassen, auch wenn sie ihm oder ihr unsittlich oder unangenehm erscheinen. Freud entwickelte aus einem Vergleich seiner eigenen sowie der Assoziationen der Patient_innen die Theorie zur Entstehung der Struktur der Psyche (Maltby & Day & Macaskill, 2011:74).

Freud bemerkte 1900 zu dieser Thematik: „Dazu bedarf es nun einer gewissen psychischen Vorbereitung des Kranken. Man strebt zweierlei bei ihm an, eine Steigerung seiner Aufmerksamkeit für seine psychischen Wahrnehmungen und Ausschaltungen der Kritik, mit der er die ihm auftauchenden Gedanken sonst zu sichten pflegt. Zum Zwecke seiner Selbstbeobachtung mit gesammelter Aufmerksamkeit ist es vorteilhaft, dass er eine ruhige Lage annimmt (...), den Verzicht auf die Kritik der wahrgenommenen Gedankenbildung muss man ihm ausdrücklich auferlegen. Man sagt ihm also (...) er müsse sich völlig unparteiisch gegen sein Einfälle verhalten.“ Freuds Ansicht nach hindere der „nachdenkende“ Mensch sich daran, Kritik an den „aufsteigenden Gedanken“ zu äußern. Der Selbstbeobachter hingegen erreicht, wenn ihm das Ausschalten der Kritik gelingt, eine Unzahl von Einfällen, mit deren Hilfe „sich die Deutung der pathologischen Ideen sowie Traumgebilden vollziehen“ lassen können (1.c., S.106). Die Methode will folglich ungewollte Vorstellungen gewollt machen und muss sich in Folge dessen mit heftigen Widerständen auseinandersetzen (Frank, 1994: 54).“ Diese Widerstände sind als Abwehrmechanismen zu verstehen, der mittels einer Verdrängung ins Unbewusste dazu dient, den psychischen Schmerz in all seinen Formen zu vermeiden (Neukom & Grimmer & Merk, 2005:458).

Im zielgerichteten Wachdenken soll sich das Individuum ganz vom Unbewussten leiten lassen und infolgedessen die kontrollierte Abwehr des Bewusstseins ausgeschaltet werden. Bestenfalls führen die Assoziationen dann zu den abgewehrten und konflikthafter Inhalten (Elhard, 1994:17). Jung beschreibt hierzu, dass Assoziationen sich förmlich von dem „Komplex“ angezogen fühlen. Den Komplex beschreibt Jung als „gefühlbetonte Vorstellungsgruppen im Unbewussten“, die in einer Form eines Soges das bewusste Ich überwältigen können. Der Komplex ist als der Inhalt des persönlichen Unbewussten zu verstehen (Elhard, 1994:169).

Es stellt sich hierbei die Frage, wie frei eine Assoziation sein kann, also ob eine tatsächliche oder eine pseudo-freie Assoziation zugrunde liegt. Argelander schreibt hierzu: „Frei zu assoziieren, meint nicht zu sprechen, d. h. zu kommunizieren, ohne zu denken“ (1991. S.109 ff), oder anders formuliert, „ohne sich selber zuzuhören“ (Danckwardt, mündl. Mitteil.).

Eine psychoanalytische Grundregel fordert dazu auf, spontan zu erzählen, um dem oder der Analytiker_in die Möglichkeit zu geben, die unbewusste Bedeutung der aktuellen Situation zu erkennen und womöglich zu deuten. Die Möglichkeiten des oder der Therapeut_in stehen folglich in engem Zusammenhang mit den Fähigkeiten oder den sprachlichen Möglichkeiten des oder der Patienten_in innere Darstellungen zum Ausdruck zu bringen (Frank, 1994: 55).

Daraus lässt sich folgern, dass die Patient_innen nicht frei assoziieren können, sondern im Gegenteil sehr determiniert sind und dass von Seiten des Subjekts (Eicke, 1982:188). Patient_innen sind oftmals nicht in der Lage, alles zu sagen, was ihnen durch den Kopf geht. Ihre Mitteilungen und deren Abfolge sind vieldeutig und beliebig. Argelander schreibt hierzu: „Der Patient ist in seiner Spontanerzählung auf die Gedanken angewiesen, die ihn im Rahmen seiner momentanen Lebenssituation beschäftigen. Sie liefern das „Gewand“, in das die unbewussten oder assoziativen Gedanken eingekleidet werden (Frank, (Argelander, 1.c., S112) 1994:55).“

Im Ergebnis spielt das bewusste Denken im Vergleich zum primärprozesshaften Geschehen eine untergeordnete Rolle. Von größter Gewichtung ist, dass die unbewussten

Konflikte in die therapeutische Beziehung mit eingebracht werden. Freud spricht hier von „freisteigenden Einfällen“ innerhalb des Individuums, das sozusagen Sender- und Empfängersystem gleichermaßen in sich trägt. Das Freisteigen steht hier dafür, dass Unbewusstes ungehindert nach oben ins Bewusste steigen kann. Das freie Assoziieren an sich stellt ein Paradox dar, da es einerseits mit bewusstem Denken verschwistert ist und auf der anderen Seite von unbewussten Quellen gelenkt wird (Frank, 1994: 55-56).

6.0 Projektive Verfahren

Im Rahmen seines Assoziationsprojektes (Jung 1904) erzielte Jung mit Reizwörtern, die sich auf die Störung des oder der Patient_in bezogen, eine Hinführung zu den Konflikten der Testpersonen, und stütze sich hierbei auf Freuds psychoanalytische Kenntnisse (Eicke, 1982:188). In diesem Zusammenhang ist zu sehen, wie früh projektive Verfahren ihre Anwendung und Wirksamkeit gezeigt haben. Innerhalb dieser kamen beispielsweise Klecksbilder oder auch, wie innerhalb der hier beschriebenen Assoziationskarten, Bilder zur Anwendung. Teile dieser Anwendungen verlangen von dem Kind, sich für eine Interpretation zu entscheiden. Diese Interpretation wird als Projektion gedeutet und dient gleich einer freien Assoziation zur Aufhellung unbewusster Inhalte (Sieland, 1996:37-38). Jung war hier der Meinung, dass auf einer vertikalen Ebene die Funktion des Denkens und Fühlens von wertenden Haltungen des „richtig/falsch“ oder „angenehm/unangenehm“ beeinflusst wird und im Ergebnis von subjektiven Meinungen geprägt ist. Auf der horizontalen Ebene liegen gegensätzlich die irrationalen Funktionen wie Intuition und Empfindung. Diese Funktionen legen nicht fest, sondern funktionieren innerhalb der Wahrnehmung und des Versuchens. Hierbei hat er mit größtmöglicher Subjektivität gearbeitet, um ein relativ objektives Gesamtbild zu erlangen. Kinder können innerhalb dieses Konstruktes offen ihre Befindlichkeiten projizieren und interpretierenden Deutungen zustimmen (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:160-161).

Grundsätzlich unterscheiden sich projektive Testverfahren von Leistungstests oder Fragebögen. Sie agieren auf einer freieren Ebene und enthalten kein richtiges oder falsches Ergebnis. „Sie wenden sich an eine rein subjektive Befindlichkeit mit der Zielsetzung, über individuelle Gestaltungen mit symbolischem Material, über zeichnerische Darstellungen oder über die Interpretation vieldeutiger Bilder Aussagen zu erhalten, die Aufschluss geben über mögliche intrapsychische oder interpersonelle Konfliktsituationen, die für das Zustandekommen der Symptomatik verantwortlich zu machen sind“ (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:159). Ziel ist es, emotionale Erlebniszustände bestmöglich zu erfassen. Diese spiegeln sich in unbewussten und konfliktbesetzten Fühlmustern des Kindes wider. Das offene Angebot fordert Kinder mittels der Darstellung zur Projektion heraus.

Darüber hinaus dient das Verfahren dazu, die subjektive Selbsteinschätzung und das individuelle Selbstwerterleben des Kindes zu erfassen. Zusätzlich ermöglicht es einen Einblick in die Welt des Kindes innerhalb seines sozialen Kontextes.

In der Anwendung selbst kann es zu Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen kommen. Daher sind eine wache Beobachtung und Wahrnehmung von psychodynamischen Abläufen von großer Wichtigkeit. Grundsätzlich liegt es an dem Anwender/ der Anwenderin, die Aussagen des Kindes zu interpretieren. Hierbei besteht grundsätzlich in der subjektiven Wahrnehmung der Anwender_in die Gefahr einer Fehleinschätzung. Um eine größtmögliche Validität zu erlangen, ist es wichtig, andere

diagnostische Werkzeuge hinzuzuziehen, um im Ergebnis eine bestmögliche Stimmigkeit zu erreichen. Diese Ergebnisse sollten stets mit den gesammelten Verhaltensbeobachtungen, den Resultaten der Anamnese und dem allgemeinen Material des Kindes abgeglichen werden.

Grundsätzlich gibt es hierbei drei unterschiedliche Verfahren. Innerhalb der materialgebundenen Tests erfolgen szenische Darstellungen, die das Kind selbst erstellt. Im Zeichentest werden die Kinder beispielsweise dazu angeregt, unbewusste Prozesse zeichnerisch abzubilden. Ein zusätzlicher Ansatz findet sich in Form von Bildtafeln. Hier werden die Kinder mittels der Karten dazu angeregt, eigene Gefühle, Lebenssituationen oder mögliche konfliktbeladene Erlebnisse zu reflektieren.

Im Rahmen der Kommunikation und der Wahrnehmung innerhalb des Prozesses helfen diese Verfahren eine erste Beziehungsaufnahme mit dem Kind zu ermöglichen. Der oder die Anwender_in ermöglicht idealerweise einen angstfreien Raum für spontane und unbewusste Mitteilungen, die im Ergebnis die subtilen Facetten des inneren Erlebens des Kindes zeigen. Innerhalb des Kontaktes erfolgt ein partnerschaftlicher Umgang, um eine Verstärkung von Ängsten, Unsicherheiten oder Abhängigkeiten zu vermeiden.

Im Ergebnis können mittels der projektiven Anwendungen interpersonelle sowie intrapsychische Konfliktsituationen, der Entwicklungsstand des Kindes, Traumata oder Mehrgenerationenperspektiven erfasst werden (Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007:159-161).

7.0 Farbwahl und Farbwirkung

Die psychologische Wirkung von Farben steht in Zusammenhang mit automatischen und unbewussten Reaktionen sowie Assoziationen. Die Entstehung dieser Prozesse unterliegt den Erfahrungen, die das Individuum gesammelt hat. Symbolische Wirkungsweisen entstehen beispielsweise, wenn Farben Begriffen zugeordnet werden. Hierbei treten persönliche Erfahrungen eher in den Hintergrund, vielmehr greifen über Jahrhunderte überlieferte Erfahrungen in Bezug auf Farbe und Begrifflichkeit. Der symbolischen Wirkung liegen Verallgemeinerungen oder eine Abstraktion der Farbwirkung zugrunde. Innerhalb unterschiedlicher Lebensweisen entstehen folglich unterschiedliche kulturelle farbliche Assoziationen. Die Bedeutungen von Farben leben dann in unterschiedlichen Traditionen weiter (Bartel, 2003:42).

Grundsätzlich sind die Wirkungen von und Assoziationen zu bestimmten Farben kulturell übergreifend gleich, können bei Menschen aber sehr unterschiedliche Reaktionen und Assoziationen auslösen (Stangl, W. (2023, 4. Juni), „Farbpsychologie – Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik, Zugriff am 01.06.2023).

Im Rahmen dieser Arbeit spielen zwei Farben für die Gestaltung der Assoziationskarten eine signifikante Rolle. Es kommen die Farben Grün und Grau zur Verwendung. Im Folgenden werden die Zuschreibungen und die daraus entstandene Entscheidung, diese beiden Farben für die Assoziationskarten auszuwählen, genauer beleuchtet.

7.1 Die Farbe Grau

Schon in Goethes Tragödie „Faust“ wollten den Protagonisten die vier grauen Weiber in den Tod treiben. Sie standen jeweils für die Sorge, den Mangel, die Schuld und die Not. Grau ist die Farbe des Elends, ein Elend, das die Lebensfreude zerstört. Wer Sorgen hat,

bekommt sinnbildlich graue Haare oder ein graues fahles Gesicht. In ihrer Grundsätzlichkeit ist Grau eine stille Farbe und symbolisiert hierbei oftmals den stillen Schmerz. Eine immer wieder zu findende Assoziation ist die des schlechten Wetters, das den Regen, den Nebel und die Kälte beinhaltet. Graue Zeiten sind aber nicht grundsätzlich wetterabhängig. Auch der graue Alltag kann bei Sonnenschein seine Trübseligkeit verbreiten.

Im Sprachgebrauch ist Grau zumeist negativ konnotiert im Sinne des Grauens, des Grässlichen oder eines grausigen Menschen. Wir finden hier Gestalten des Schattenreiches, die ein Gefühl des Grauens aufkommen lassen. Infolgedessen ist Grau als grausam zu verstehen. Gleich der „grauen Vorzeit“, die als barbarisch verstanden wird. Innerhalb der „Grau in Grau“-Malerei malte Giotto zwischen 1303 und 1310 in der Arena-Kapelle zu Padua die sieben Laster: die Verzweiflung, den Neid, die Torheit, den Unglauben, die Ungerechtigkeit, den Zorn und die Unbeständigkeit. Zugrunde lag die Farbe Grau, die offensichtlich zu allem Schlechtem passt. In der Literatur haftet ihr oftmals die Assoziation der Heimlichkeit, an der das Böse haftet, an. In diesem Kontext stellt Grau die Farbe der Lügen, des Schlechten, des Geizes und der Untreue dar. Historisch gesehen war Grau die Farbe der Armen. Lateinisch „griseus“ steht bildhaft für gering und unbedeutend. Grau kennzeichnete die Armseligkeit in all ihren Schattierungen. Bis heute bleibt die Begrifflichkeit der grauen Maus, die unscheinbar im Nichts verschwindet.

Im christlichen Zusammenhang war auch der heilige Rock von Jesu Christi grau, was Nonnen, Mönche und Pilger dazu inspirierte, es ihm gleichzutun. Sie alle wollten schwere, steinige Wege begehen und das gemeinsame Symbol ihrer Entbehrung war die Farbe Grau.

Grau verschließt sich. Es symbolisiert eine Mentalität, ohne oder mit sehr unzugänglicher Gefühlslage. Dahinter bleibt alles unsicher, unscheinbar und verschlossen. Beispielweise sind der Staub und die Asche grau. Sie stehen symbolhaft für das Vergessene und Zerstörte.

Trotz der durchweg negativen Assoziationen beschreibt die Farbe Grau auch die Nachdenklichkeit, der die „kleinen grauen Zellen“ zugrunde liegen (Heller, 2018:217-241).

Innerhalb der erfolgten Betrachtungsweise spiegeln sich viele der Assoziationen, die mit der Betrachtung der Karten einhergehen können, wider. Für viele Kinder bedeutet eine Depression nämlich genau das, ein graues Leben voller Traurigkeit. Sie werden oftmals gleich der grauen Maus nicht gesehen oder wahrgenommen und ziehen sich immer weiter in ihr Mauseloch zurück. Dort verbleiben sie in ihrer Unsicherheit, verschlossen und zurückgezogen. Gleich dem Staub, werden sie vergessen und die innere Zerstörung schreitet weiter voran. Genau wie der Farbe Grau alles Schlechte zugeschrieben wird, stülpen sich die Kinder aufgrund ihres schlechten Selbstbildes oder Selbstwertes auch nur negative Zuschreibungen über. Sie fühlen sich gering, unbedeutend und werden von den Gestalten des Schattenreiches gequält. Sinnbildlich hierfür stehen für mich die grauen Frauen von Goethe, welche die Depressiven mit all ihren Sorgen, Nöten, ihrem Mangel und ihren Schuldgefühlen in den Tod treiben wollen.

Aufgrund all dieser Parallelen zwischen der Bedeutung der Farbe Grau und der Gefühlslage depressiv erkrankter Menschen, war es naheliegend, sie als eine der Hauptfarben innerhalb der Assoziationsabbildungen zu wählen. Der Einsatz dieser Farbe findet hierbei bewusst statt, um Kindern eine Brücke zu bauen, um an die tiefer liegenden

und dunklen, im übertragenen Sinne, grauen Themen heranzukommen. Das Grau soll folglich den Weg in die unbewussten Themen der Kinder ebnen und ihnen als Hilfestellung für den Beginn dieser herausfordernden Exploration dienen.

7.2 Die Farbe Grün

Innerhalb einer psychologischen Wirkungsweise weist die Farbe Grün eine starke Verbindung mit der Natur auf. Sie beinhaltet die Symbolisierung des Lebens. Die Grundlage hierfür bietet die Symbolik des pflanzlichen Wachstums und des Gedeihens im Allgemeinen. In China und im Christentum wird der Farbe Grün die Eigenschaft der Barmherzigkeit zugeordnet und diese stellt den Anfang eines neuen Lebens dar. Der Anfang wird gleich einer Erneuerung beschrieben. Einer Befreiung von den Sünden, die eine Auferstehung zur Folge haben. Im Arabischen wird die Farbe mit dem Paradies voll bezaubernder Landschaften, blühenden Wiesen und ewigen Oasen assoziiert. In Nordeuropa, das voller Grün ist, steht üppiges Grün auch für das Böse, da selbst das üppigste Grün keine Garantie für das Überleben darstellt.

Zusätzlich steht die Farbe Grün für die beginnende Liebe. Bei den Römern war Grün die Farbe der Liebesgöttin Venus, der Gärten und des Gemüses. Darüber hinaus steht Grün für Hoffnung und der Zuversicht. Es gleicht dem Frühling, der unweigerlich wiederkommt und nach einer Zeit des Mangels die Erneuerung mit sich bringt. Die Hoffnung selbst ist ein Gefühl, dem eine Zeit des Entbehrens vorangegangen ist oder wie ein Sprichwort sagt: „Je dürrer die Zeit, desto grüner die Hoffnung.“

Grün steht für Frische und Gesundheit, zu einem herben Grün gehört beispielsweise auch das Bittere. Grün und Gelb stehen hier für die typischen Farben des Sauren. Grün spiegelt sich des Weiteren auch in der Jugend wider. Grün als die Farbe der Jugend bezeichnet einen noch nicht gänzlich reifen Entwicklungszustand (Heller, 2018:71-84) und steht für das Durchsetzungsvermögen sowie die Beharrlichkeit (Heller, 2018:223). Die Farbe selbst liegt in der Mitte zwischen dem Rotem und dem Blauen. Innerhalb dieser Extreme wirkt Grün in seiner vollendeten Neutralität beruhigend und sicher (Heller, 2018:71-84).

Der Wahl, die graue Grundfarbe der Karten mit einem grünen Farbton zu vermischen, liegt eine optimistische Perspektive bezüglich der Bewältigung der Störung der Kinder zugrunde. Die Farbkombination soll die Hoffnung vermitteln, dass auch in belastenden Zeiten die Chance auf das Leben und die Möglichkeit des persönlichen Wachstums vorhanden ist. Gleich des lebendigen Frühlings ist auch der depressive Mensch in der Lage, wieder zu erblühen und sich wieder neu aufzustellen. Symbolisch gesehen gleicht das Bewältigen einer depressiven Episode einer Auferstehung und einer Wiedergeburt in der Entdeckung der eigenen positiven Anteile.

Die Farbe soll Hoffnung, und Zuversicht in Bezug auf sich sowie eine schönere lebendigere Welt vermitteln. Die Symbolik der Liebe innerhalb der Farbe Grün spielt auch für den Therapieverlauf eine große Rolle. Das Kind soll innerhalb des Prozesses wieder einen Zugang zu sich finden und sich selbst sowie die Welt als liebenswert empfinden. Auch stellt die Farbe den nächsten Entwicklungsschritt in die Autonomie der Jugend dar. Diesen kann das Kind nach einem positiven Therapieverlauf „frisch“ und gesund begehen.

8.0 Haptik der Karten

Da die Kinder die Karten innerhalb der Anwendung aktiv in ihre Hände nehmen, kommt auch der Haptik der Karten ein besonderer Aspekt zu. Das Material übt über die Berührung eine aktive Wirkung auf den oder die Empfänger_in aus. Die Wirkung von weichem und unbehandeltem Naturpapier löst bei den meisten Menschen eine positive Wirkung aus, infolge dessen fiel die Papierwahl der Karten auf diese Art des Papiers, um folglich einen möglichst einladenden ersten haptischen Eindruck bei den Kindern zu hinterlassen.

Grundsätzlich werden Papiere mit einer ungewöhnlichen Oberfläche direkter und unverfälschter wahrgenommen. Mittels eines warmen und fühlbaren Charakters des Papiers können Emotionen entstehen und eine Hochwertigkeit vermittelt werden. Die besondere Beschaffenheit des Papiers weckt folglich die Aufmerksamkeit des oder der Empfänger_in und soll ein Gefühl von Ehrlichkeit entstehen lassen, um einen bestmöglichen Raum für den folgenden Dialog zu eröffnen. Kernpunkte wie Vertrauen, Authentizität oder Sympathie werden folglich nicht nur auf der visuellen Ebene ermöglicht, sondern auch auf einer Ebene des Fühlens. Die Botschaft des sicheren Raumes soll für das Kind fühlbar und im wahrsten Sinne des Wortes greifbar sein. Im Ergebnis erfährt das Kind die Karten mit unterschiedlichen Sinneseindrücken. Mittels dieser Vielfältigkeit innerhalb der Wahrnehmung kann das Gehirn bestenfalls seine größtmögliche Aufmerksamkeit entfalten („Haptik von Papier – Der Nutzen liegt auf der Hand – Ein Ausdrucksvolles Papier verstärkt die emotionale Wirkung ihrer Botschaften“, Zugriff am 03.06.2023).

Bezüglich der Karten besteht hierbei die Hoffnung, dass die Kinder die Karten über die Haptik als positiv wahrnehmen und sich folglich besser auf das Geschehen einlassen können. Die weiche Haptik gleicht sozusagen einem Transmitter zur Grundlage einer bestmöglichen Assoziationsleistung.

9.0 Die Konzeption der Karten

Während meiner Arbeit mit Kindern, die depressive Symptome zeigten, stellte ich oftmals fest, dass die betroffenen Kinder Schwierigkeiten damit hatten ihre Gefühle oder Gedanken in Worte zu fassen. Die Assoziationskarten sollen diesbezüglich ein Bindeglied zur Förderung der Kommunikation und des Ausdruckes des Kindes darstellen. Es wird angestrebt, eine konkrete visuelle Möglichkeit zu schaffen, über die das Kind leichter persönliche Thematiken oder Gedanken erreichen kann. Im Idealfall tragen die Karten dazu bei, die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern und helfen den Kindern dabei, ihre Emotionen besser zu verstehen und diese verbal auszudrücken.

Wie oben beschrieben, befördern depressive Symptome negative Denkmuster. Die Assoziationskarten sollen den Prozess hin zu alternativen Denkweisen ermöglichen und eine Basis schaffen, um bisherige Denkkonzepte zu durchbrechen. Die Karten verstehen sich als ein Teil eines umfassenden Ansatzes zur Unterstützung von Kindern mit depressiven Symptomen und dem Erkennen jener Symptome. Die Breite der thematischen Abdeckung innerhalb der Karten soll den Kindern mittels der verschiedenen Assoziationen ermöglichen, sich selbst zu erforschen und für die Anwender_innen sollte im Ergebnis ein umfangreiches Bild der Symptome sowie ein besseres Verständnis für die Lebenswelt des betroffenen Kindes entstehen.

Die Wahl der Motive erfolgt bewusst, nicht ressourcenorientiert. Der Fokus soll hierbei gezielt auf die Problemlagen der Kinder gerichtet werden. Folglich sollte mittels der Karten ein Raum geschaffen werden, der die Möglichkeit für die Bearbeitung sowie den Ausdruck negativer Emotionen schafft und in der Lage ist, diese zu halten und zu containen.

Grundsätzlich soll innerhalb der Motivwahl eine Assoziation zu den eigenen Themen der Kinder erreicht werden, bzw. geprüft werden, ob depressive Symptome vorhanden sind. Um hierfür eine möglichst freie Assoziation zu erreichen, sind die Karten innerhalb der Gestaltung minimalistisch gehalten. Der Fokus liegt auf der abgebildeten Szenerie und der damit verknüpften Emotion.

Die Szenerie ist so dargestellt, dass durch wenig bildnerische Ablenkung die Entfaltung der Assoziation auf das Wesentliche innerhalb des Bildes erfolgt. Die Kinder sollen folglich erst gar nicht in die Versuchung geführt werden, sich in bildnerischen Details zu verlieren. Die Motive sollen alters- und kindgerecht gestaltet und die Szenerie visuell ansprechend und gut erkennbar sein. In den Abbildungen erfolgt der Versuch, eine gute und breite Auswahl an Motiven bezüglich depressiver Symptome zu ermöglichen, um für das Kind einen bestmöglichen Nährboden zu entwickeln, auf dessen Grundlage persönliche Verbindungen gezogen und kreative Assoziationen erreichen werden können. Zusätzlich kann in der Summe der vom Kind heraus gezogenen Karten ein Hinweis auf eine leichte, mittlere oder schwere depressive Symptomatik erfolgen. Zusätzlich sollen die Karten einen bestmöglichen Spielraum für die individuellen Interpretationen des Kindes und den darin enthaltenen unterschiedlichen Ebenen der Assoziationen bieten. Ziel ist es, dass die Karten die Kinder dazu auffordern, ihre kreative Denkfähigkeit entfalten zu können und innerhalb der Motive ihre eigenen Bedeutungen finden zu können.

Die abgebildete Person ist genderneutral dargestellt. Im Ergebnis soll so eine breite Palette von Geschlechtsidentitäten und Ausdrucksformen wiedergegeben werden. Die bildnerischen Mittel der Karten sollen folglich eine inklusive Grundlage bilden, die auch für Kinder, die sich nicht mit traditionellen binären Geschlechterrollen identifizieren oder deren Geschlechteridentität sich noch in der Entwicklung befindet, wirksam ist.

Problematischer gestaltet sich hierbei die Abbildung der Herkunft der Person. Für die Anwendung in einem westlich kulturell geprägten Kontext fiel die Wahl auf eine weiße Person. Die Darstellung wurde folglich auf die Mehrheit der Nutzer_innen zugeschnitten, um hier eine größtmögliche Identifizierung zu erreichen. Idealerweise wäre es anzustreben eine vielfältige und inklusive Abbildung zu erreichen. Grundsätzlich müsste eine breitere Repräsentation verschiedener ethnischer Hintergründe und Hautfarben erfolgen. Dies könnte dazu dienen, dass sich Kinder mit unterschiedlichen Identitäten oder Herkünften besser in dem Material wiederfinden und sich innerhalb des Anwendungsprozesses besser verstanden fühlen. Es müsste in weiterführenden Studien beobachtet werden, inwieweit die hier gewählte Abbildungsform Einfluss auf die Identifikation der Kinder bezüglich der dargestellten Hautfarbe hat.

Grundsätzlich wäre das Ziel der Karten in zukünftigen Schritten, jegliche Form von Stereotypisierung zu vermeiden oder mittels unterschiedlicher Darstellungen mehr Diversität abbilden zu können. Die Karten sollen ermöglichen, dass sich möglichst alle Kinder geschlechts- oder herkunftsübergreifend repräsentiert und akzeptiert fühlen. Es soll die Botschaft ausgesendet werden, dass Identitäten und deren Ausdruck oder Herkunft

wertgeschätzt werden. Innerhalb dieses Prototyps kann eine umfangreiche Auseinandersetzung mit der Herkunft aus Gründen des bildnerischen und gestalterischen Umfanges leider noch nicht erfolgen.

Der oben beschriebene Minimalismus spiegelt sich auch in der reduzierten Farbigkeit wider. Auch hier soll so wenig Ablenkung wie möglich vom wesentlichen Motiv erfolgen. Das Kind soll die Szenerie bildnerisch ruhig erleben, erfühlen und erfahren. Der ruhige Duktus und die weiche Art der Abbildung soll hierfür den Nährboden bilden.

Für die Farbwahl wurde, wie oben bereits erwähnt, ein Graugrün gewählt und die Haptik der Karten erfolgt innerhalb einer weichen Papierwahl in Form eines 300g Papiers. Die Idee dahinter ist, in allen Facetten eine einladende Basis für die Kinder zu erreichen. Die Kinder sollen innerhalb einer grauen, traurigen und depressiven Welt in Form der Farbe Grün die Möglichkeit eines Hoffnungsschimmers des Lebens erfahren können.

Die Wahl des weichen Papiers liegt darin begründet, dass die Kinder die Karten für sich bestmöglich annehmen sollen, da ihre ganz persönlichen, eigenen und verletzlichen Thematiken darin verborgen liegen könnten. Das weiche Material der Karten könnte es den Kindern folglich leichter machen, ihre schweren abgebildeten Anteile für sich besser anzunehmen und zu erforschen. Je weicher und angenehmer die Abbildung oder die Haptik ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer längeren Verweildauer in der Szenerie einzuschätzen. Es soll folglich mittels einer weichen sensorischen Stimulation eine stärkere Verbindung zu den Karten aufgebaut werden. Dies könnte auch die Aufmerksamkeit und Konzentration der Kinder steigern. Die Beschaffenheit der Karten soll eine positive emotionale Resonanz erwirken, um ein bestmögliches Einfühlen in die Szenerien zu erleichtern. Das Gefühl eines weichen Materials könnte den Kindern ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit innerhalb des persönlichen Prozesses geben und gleichwohl beruhigend auf sie einwirken.

Die Rückseite der Karten ist mit einer musterartigen Anordnung von Sternen versehen, die grün hinterlegt ist. Das Muster selbst taucht dann auch wieder in den Karten auf. Dieses Wiederholungskonzept soll die Gesamtheit der angeführten Abbildungen aufgreifen. Da die Karten innerhalb der Anwendung zuerst mit der Rückseite zu der Blickrichtung liegen, erfolgt hier die erste Form des Kontaktes mit der Materie. Daher soll sich in dem weichen Grün direkt ein Gefühl der Ruhe und des sich Einlassens widerspiegeln. Die Sterne können hierbei eine Assoziation der Weite, des Fernen und Unendlichen ermöglichen, gleich dem Unbewussten, dass es innerhalb der Arbeit mit dem Kind zu erforschen gilt. Im Ergebnis soll eine einheitliche und ansprechende Präsentation als Grundlage für den kommenden Prozess erfolgen.

Die Box, innerhalb derer die Karten zur Anwendung präsentiert werden, ist in einem klassischen, wertigen Schwarzton gehalten. Die Farbe Schwarz steht für die Tiefe, das Unbewusste und die darin enthaltenen verborgenen Aspekte des Kindes. Grundsätzlich sollte die erste optische Erfahrung innerhalb der Präsentation eine neutrale sein. Die Konzentration wird auf diesem Wege erst einmal auf den rätselhaften Inhalt gelenkt. Die Box könnte im übertragenen Sinne auch einen Schutzraum symbolisieren, innerhalb dessen dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt wird. Es soll früh und symbolisch vermittelt werden, dass Emotionen und schwierige Themen einen sicheren und geschützten Raum haben. Es handelt sich hierbei aber auch um eine ästhetische Entscheidung, die eine visuelle und professionelle Wertigkeit der Karten erreichen soll.

Ziel innerhalb der Ausarbeitung ist es, eine Breite auf neun Karten reduzierte thematische Abdeckung von typischen depressiven Symptomen zu erreichen. Die Wahl von genau neun Karten hat unterschiedliche Gründe. Zuerst gewährleistet die Anzahl eine blockartige Anordnung von drei Karten längs und drei Karten quer, die in sich geschlossen ist. Diese Form der organisierten Anordnung gewährleistet eine klare Struktur und kann folglich auch dem Prozess eine Grundstruktur geben. Die Annahme ist, dass in der Struktur die Erfassung des Inhaltes der Karten für das Kind zugänglicher und visuell ansprechender wird. Es entsteht eine visuelle Ordnung, die eine innere Ordnung befördern soll. Zusätzlich ermöglicht das Blockformat mit einem ausreichenden Abstand zwischen den Karten dem Kind ein besseres Greifen, Auswählen und Bewegen der Karten. Im Ergebnis soll eine einfache Handhabung auf Grundlage einer ästhetisch ansprechenden Präsentation die Interaktions- und Partizipationsmöglichkeiten fördern.

Innerhalb der Anwendung ist es wichtig, keine kognitive Überforderung zu erzeugen. Die Erfahrung in der Arbeit mit Kindern mit depressiven Symptomen zeigte mir, dass betroffene Kinder hier oftmals schneller Überforderungssymptome zeigten. Die Kinder sollen folglich mit der Zahl der Karten nicht unter, aber auch nicht überfordert sein, um ihre volle Aufmerksamkeitskraft und Konzentration entfalten zu können. Zusätzlich grenzt die Zahl der Karten auch den zeitlichen Rahmen auf ein adäquates Maß ein. Innerhalb der kleineren Auswahlmöglichkeit sollen die Kinder ihre Assoziationen auf eine klar definierte Auswahl begrenzen. Dadurch können sie sich besser mit den Szenarien auf den Karten identifizieren und sich effektiver mit ihren eigenen Emotionen sowie Erfahrungen auseinandersetzen. Zusätzlich erleichtert die kleinere Zahl der Karten die Handhabung innerhalb des Prozesses. Die Grundannahme ist, dass je einfacher, schneller, sortierter und effizienter der Prozessverlauf ist, desto reibungsloser und konzentrierter die Arbeit mit dem Kind erfolgen kann. Durch die Begrenzung der Anzahl der Karten könnte eine klare und strukturierte Basis geschaffen werden. Es könnte zusätzlich die Kommunikation und das Verständnis zwischen dem Kind und dem oder der Anwender_in erleichtern, da die Karten einheitlich und überschaubar präsentiert werden.

Grundsätzlich zielen die oben benannten Überlegungen auf ein grundlegendes Willkommensgefühl der Karten ab. Dies beinhaltet, dass aufgrund der Gestaltung und Ausarbeitung des Produktes eine vertrauensvolle sowie offene Einstellung zum Prozess entsteht. Diese positiven Besetzungen können sich dann wiederum positiv auf die Motivation des Kindes auswirken. Eine einladende, wertige Gestaltung soll die Kinder ermutigen, sich auf die Karten einzulassen. Diese Form des Willkommenheißens innerhalb der Gestaltung soll den Kindern eine bestmögliche Grundlage bieten, die Szenarien zu erkunden und sich auf den Prozess der Assoziation sowie der Selbstreflexion einzulassen.

10.0 Die Motivwahl

Der Auswahl der acht unterschiedlichen Motive der Assoziationskarten liegen persönliche und fachliche Erfahrungswerte zugrunde, die von der oben beschriebenen wissenschaftlichen Auseinandersetzung ergänzt werden. Hieraus entstand eine Auswahl von Themen, die mir in meiner bisherigen beruflichen Laufbahn als Sozialarbeiter und im Rahmen meiner therapeutischen Arbeit in Zusammenhang mit depressiven Symptomen oder einer depressiven Symptomatik wiederkehrend begegnet sind. Diese Erfahrungswerte speisen sich aus einer langjährigen sozialarbeiterischen Tätigkeit in Hamburg, in deren Rahmen ich den Bereich für junge Erwachsene innerhalb einer Sozialpsychiatrie aufgebaut hatte. Darüber hinaus fließen Erfahrungen aus der der

therapeutischen Arbeit im Rahmen meiner Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ein. Innerhalb dieser Ausbildung fanden die Beobachtungen im klinischen und im ambulanten Rahmen statt. Ergänzt wurden die Erfahrungswerte durch einen kontinuierlichen kollegialen Austausch. Hierbei muss in Bezug auf den Unterschied meiner Erfahrungen mit jungen Erwachsenen und Kindern angemerkt werden, dass sich die im Folgenden beschriebenen Situationen in ihrer Form eventuell unterscheiden, die Symptome sich aber trotz des Alters in ihrer Form sehr ähnlich sind.

Innerhalb der einzelnen Motive finden sich im Folgenden Anregungen bezüglich des weiteren Gesprächsverlaufs mit dem Kind. Mittels der Karten besteht für das Kind die Möglichkeit, sich aktiv in das jeweilige Gefühl hinein zu begeben und dem Gefühl einen sprachlichen Ausdruck zu verleihen. Mittels dieser Basis kann gemeinsam weiter exploriert werden, welche Gedankengänge das Kind beschäftigen und wo beispielsweise deren Ursprung liegt. Da jedes Kind ein Individuum und jede Anwendungssituation individuell ist, können die Fragen nicht verbindlich sein, sondern sollen allenfalls eine Anregung darstellen, die die _der Anwender_ in je nach Situation frei wählen oder erweitern darf.

10.1 Motiv 1 - Das Bett



Ein weit verbreitetes Symptom das von Kindern oder deren Eltern beschrieben wird, ist das „nicht einschlafen können“ des Kindes oder das des „nicht durch schlafen könnens“. Die Gründe hierfür können vielfältig sein und sich beispielsweise auch im Angstspektrum ansiedeln lassen. Grundsätzlich können depressive Gedanken angstausslösend sein, da die eigenen Gefühlszustände im Kindesalter schwer einzuordnen sind. Die Kinder sind schon in diesem Alter in Teilen teilweise im Stande eine Traurigkeit oder ihre Gedankenkreisel zu beschreiben, in jedem Fall aber die Traurigkeit zu spüren. Betroffene berichten oftmals von quälenden Einschlafproblemen innerhalb derer sie die meist negativen Gedanken nicht schlafen lassen. Hinzu kommen Selbstwertthemen, Schuld oder Scham. In anderen Fällen quält sie die große, innere Leere und Traurigkeit so sehr, dass der Einschlafprozess aufgrund der starken Gefühle nicht möglich ist. Die Kinder können an negativen Gedanken oder Sorgen leiden, die einen Gedankenkreisel zur Folge haben, der ihnen das zur Ruhe kommen erschwert. Die Gedanken konzentrieren sich hierbei oftmals auf die Selbstwahrnehmung, die Gefühlswelt, die Stimmung oder die

Ängste, welche ihnen das Einschlafen erschweren. Die Folgen des Schlafmangels spiegeln sich dann in einem Allgemeinen Ermüdungs- oder Erschlaffungszustandes wider und erzeugen einen negativ Kreislauf (Ockermann & Föhlich & Lehmkuhl & Wiater, 2007:27).

Eine Studie von 1983 zeigte, dass nur noch bei 10% der Kinder nach einer überstandenen depressiven Episode in Verbindung mit Schlaf- oder Einschlafproblemen weiterhin Schlafstörungen vorlagen. Die grundsätzlichen Schlafauffälligkeiten bei depressiven Kindern sind ähnlich wie die bei anderen Altersgruppen und in einer Studie von 1987 bei 74% (Ockermann & Föhlich & Lehmkuhl & Wiater, 2007:26-27).

Die Bett-Karte soll die Kinder dazu anregen, sich in ihre Einschlaf- und Schlafsituation hineinzufühlen und diese in der Folge mit dem der Therapeutin zu reflektieren.

10.1.1 Das Bildmotiv

Die Karte stellt ein Kind dar, das abends wach im Bett liegt und keinen Schlaf findet oder vielleicht nachts immer wieder aufwacht. Das Kind hat offene und trotzdem leere, traurige Augen, die ängstlich nach Hilfe suchend in das dunkle Zimmer schauen. Zeitgleich klammert sich das Kind an seine Bettdecke als ob es unter ihr verschwinden wollen würde. Es macht den Anschein, als ob es ein schützendes Versteck bräuchte, um vor seinen bedrohlichen Gedanken entschwenden zu können. Die Decke selbst steht hierbei sinnbildlich für ein frühkindliches Gefühl von Geborgenheit. Zusätzlich ist sie wie ein letzter Schutzraum gegenüber der grauen, dunklen Welt um sich herum. Die Konzentration rein auf das Geschehen im Bett symbolisiert die Einsamkeit des Kindes. Eine erdrückende Einsamkeit die alleine im Bett umso mehr spürbarer ist. Die Einsamkeit, die den Eltern oftmals verborgen bleibt, gleich der quälenden Gedanken, die das Kind nicht einschlafen lassen.

10.1.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Wie schnell schläfst du ein? Schläfst du die Nacht über durch? Wenn nicht, wie oft wachst du im Schnitt so auf? Träumst du etwas bestimmtes und wenn ja, was sind das für Träume? Welche Gedankengänge hast du während dem Einschlafprozess? Wie fühlst du dich, wenn alleine im Bett liegst? Fehlt dir etwas beim Einschlafen? Was würde dir beim Einschlafen helfen? Hast du Ängste beim Einschlafen? Wie sind eure Einschlafrituale, wirst du beispielsweise ins Bett gebracht und wird dir etwas vorgelesen? Was ist an diesen Tagen geschehen an dem du nicht einschlafen konntest? Wie körperlich aktiv bist du den Tag über? Hast du einen regelmäßigen Tagesrhythmus innerhalb dessen du dich genügend ausruhen und entspannen kannst? Gibt es Dinge die dich ängstigen oder beunruhigen? Fühlst du dich unwohl im Dunkeln? Fühlst du dich sicher in deinem Bett und in deinem Zimmer? Wenn du nachts aufwachst, gibt es dann einen Grund dafür?

10.2 Motiv 2 – Die Spielsituation



Die Beschreibung der Position des Kindes innerhalb der Gruppe erfolgt meist durch das Kind selbst oder auch durch schulisches Fachpersonal. Die Transparenz für die Eltern ist hierbei an unterschiedliche Faktoren gekoppelt, beispielsweise daran in welchem Umfang das Kind in der Lage ist, seine soziale Situation zu beschreiben oder auch wie groß das Interesse der Eltern an ihrem Kind ist. Die Grundlage für einen ehrlichen Austausch bildet hierbei eine vertrauensvolle familiäre Basis. Aus unterschiedlichsten Gründen haben Eltern oftmals kein realistisches Bild des sozialen Lebens ihres Kindes außerhalb des familiären Gefüges. Kinder mit depressiven Symptomen erleiden aufgrund der fehlenden sozialen Motivation vielfach einen sozialen Ausschluss oder leiden unter Mobbing Erfahrungen. Die eigene Traurigkeit macht sie inaktiv und sie können für andere Kinder zu einem schwachen oder uninteressanten Objekt werden und deshalb ignoriert, ausgegrenzt oder sogar gequält werden. Grundsätzlich sind die sozialen Verhaltensweisen von Kindern mit depressiven Symptomen individuell zu sehen. Viele Kinder mit Depressionen isolieren sich von Gleichaltrigen. Sie haben Schwierigkeiten sich in sozialen Situationen wohl zu fühlen und ziehen sich eher zurück. Kinder mit Depressionen haben oftmals weniger Interesse an sozialen Aktivitäten an denen sie zuvor gerne teilgenommen haben. Folglich vernachlässigen sie ihre Hobbys, ihre sportlichen Aktivitäten oder ihre sozialen Gruppen. Sie vermeiden Aktivitäten im Sozialen und Allgemeinen. Die Welt ist für jene Kinder nicht mehr Libidinös besetzt.

Zusätzlich gibt es häufig Schwierigkeiten innerhalb der Interaktion im sozialen Gefüge. Die Kinder verlieren in ihrer Traurigkeit oder Ängstlichkeit die Fähigkeit, mit anderen Kindern angemessen zu interagieren. Gespräche oder Blickkontakte können Unwohlsein auslösen, dass wieder zu einem vermeidenden Verhalten führt. Hinzu kommt, dass es den Kindern in diesem Alter schwer fällt ihre Gefühle oder Gedanken angemessen zu artikulieren. Die negativen Beziehungserfahrungen mündet meist in einer Verstärkung des ohnehin schwachen Selbstwertgefühls.

Die Karte verfolgt die Absicht die Wahrnehmung im eigenen sozialen Gruppengefüge zu reflektieren und sich folglich damit auseinanderzusetzen.

10.2.1 Das Bildmotiv

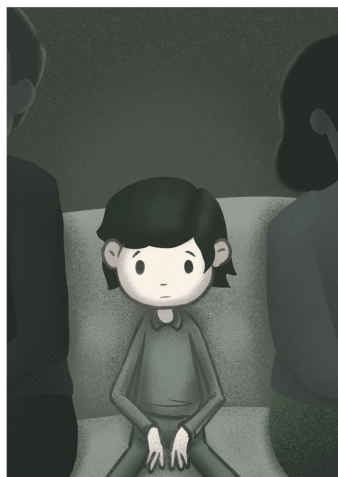
Die Abbildung zeigt ein Kind das traurig, ratlos und leer im Blick erscheint. Der zusammengefallene Körper symbolisiert die innere Leere, die folglich körperlich sichtbar wird. Das Kind selbst scheint völlig lustlos zu sein. Es nimmt die Welt um sich herum gar nicht wahr. Die Karte soll auch zu der Frage auffordern, was vorher stattgefunden hat. Es ist unklar, ob das Kind aus der Gruppe ausgeschlossen wurde oder ob es sich bewusst von der Gruppe abgewendet hat. Innerhalb der Abbildung ist zu erkennen, dass kein aktiver Kontakt mehr zu der Gruppe besteht.

Die Karte bildet zusätzlich ein Kind ab, dass keine libidinöse Freude am Spielen empfindet. Die Bauklötze sind zwar vorhanden und wären jederzeit einsatzbereit, das Kind nimmt sie aber gar nicht wahr. Es scheint völlig von der Welt getrennt zu sein. Das Kind ist hier nicht nur nicht mehr mit anderen Objekten in Kontakt, sondern auch nicht mehr mit sich selbst. Der freie Raum um das Kind scheint seine innere Leere wieder zu spiegeln. Es scheint als ob die innere Distanz zu sich selbst in eine quälende Distanz zu der äußeren Welt geführt hat.

10.2.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Wie viele Freunde hast du? Was und wie spielst du gerne? Wie fühlt sich das Spielen mit Gleichaltrigen für dich an? Fühlst du dich unter Gleichaltrigen wohl? Was spielst du am liebsten? Was würdest du am liebsten mit anderen Kindern spielen? Welche Erfahrungen hast du bisher in Gruppen gesammelt? Fühlst du dich von deinen Mitschüler_innen respektiert? Bist du in Gruppenangeboten aktiv? Hast du Hobbys die du mit anderen Kindern teilen kannst? Fühlst du dich als Teil einer Gruppe? Fühlst du dich als Teil deiner Klassengemeinschaft? Fühlst du dich von anderen Kindern ignoriert oder abgelehnt? Hast du jemals Mobbing- oder Ausgrenzungserfahrungen gemacht? Wirst du oft von anderen Kindern zum Spielen eingeladen?

10.3 Motiv 3 – Die Eltern



Eltern von Kindern mit depressiven Symptomen weisen oftmals selbst neurotische Themen auf, in welche die Kinder mit verstrickt werden und folglich daran leiden. Oftmals werden Kinder Zuhause nicht gesehen oder den Eltern gelingt es nicht ihre Aufgabe als Halt gebendes und emotional stützendes Objekt zu erfüllen. Die Gründe können hierfür können biografisch früh gewachsen sein, oder ganz aktuelle Themen der Eltern betreffen.

Ein weiterer Risikofaktor betrifft die soziale Situation der Eltern und deren strukturelles Niveau. Es zeigte sich, dass in den Fällen in denen die Eltern oder ein einzelnes Elternteil zu sehr mit eigenen Thematiken beschäftigt ist, das Kind unter den Folgen auf unterschiedlichste Art zu leiden hat.

Innerhalb dieser Szenerie soll ein Einblick in Elternthemen und deren Dynamiken erfolgen. Den Kindern soll sich ein Raum eröffnen, innerhalb dessen eine Reflexion ihres Familienerlebens stattfinden kann. Die Erfassung dieser Szenerie und das kindliche Erleben der Szenerie ist von großer Bedeutung für die weitere Arbeit mit dem Kind. Die Lebenswelt des Kindes steht wie oben angeführt häufig in kausalem Zusammenhang mit der etwaigen Entwicklung von depressiven Symptomen.

Mittels der Abbildung soll der oder die Anwender_in ein Gefühl dafür entwickeln in welchem elterlichen System das Kind lebt und welches systemische Verstehen daraus erfolgen kann.

10.3.1 Das Bildmotiv

Der Fokus des Bildes liegt wie bei den vorherigen angezeigten Karten auf dem Kind. Der Lichteinfall symbolisiert hierbei, dass die Person im Mittelpunkt des Geschehens ist. Trotz der mittigen Darstellung wirkt das Kind als ob es von den beiden Personen völlig aus dem Fokus geraten ist. Die Personen sollen die Primärpersonen abbilden, die kalt und ohne Verbindung zu ihrem Kind nebeneinander her leben. Das Kind wirkt aus der Szenerie herausgerückt. Es besteht keine Verbindung unter den abgebildeten Personen. Wie konnte diese Situation entstehen, wie lange leben diese Menschen so schon zusammen und sehen die Primärpersonen das Kind überhaupt noch? Das Kind selbst scheint völlig abgeschaltet zu haben und sich traurig in sein einsames Schicksal zu fügen. Es erscheint hoffnungslos und die zwar bildnerisch kleine Entfernung zu den Primärpersonen endlos zu sein.

10.3.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Wie ist dein Kontakt zu deinen Eltern? Gibt es einen Unterschied zwischen dem Kontakt zu deiner Mutter oder deinem Vater? Kannst du mit deinen Eltern offen reden? Was würdest du dir von den Eltern wünschen? Was fehlt dir Zuhause? Wie geht es deinen Eltern? Wie verbringen deine Eltern ihre Zeit? Streiten deine Eltern Zuhause? Wie würdest du deine Eltern beschreiben? Gibt es ein Gemeinschaftsgefühl bei euch Zuhause? Haben deine Eltern Interesse an dem was du tust? Wie reagieren deine Eltern, wenn du Hilfe oder Unterstützung brauchst? Kannst du mit deinen Eltern über deine Sorgen, Erfahrungen oder Gedanken sprechen? Beziehen dich deine Eltern in Entscheidungen ein, die dich betreffen? Macht ihr als Familie viel gemeinsam?

10.4 Bildmotiv 4 – Die externalisierte Wut



Das vierte Bildmotiv setzt sich inhaltlich mit der Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (Nach ICD-10 F92.0) auseinander. Von den oben genannten Symptomen der Diagnostik stellt die Wut einen der größten verbindenden Faktoren dieser Diagnose dar und wurde für die Motivwahl festgelegt. Diese Form der Wut beschreibt ein Verhaltensmuster von Kindern, die ihre Wut und Frustration mittels aggressiver oder destruktiver Handlungen ins Außen richten. Die Wut findet dann ihren Kanal in Form von körperlichen Angriffen, der Zerstörung von Gegenständen, impulsivem Verhalten oder verbalen Aggressionen. Diese Form des Umganges mit der eigenen Wut hat in der Regel negative Konsequenzen für das Kind und seine Umgebung zur Folge. Die Kinder entwickeln meist mangels eigener Regulationsfähigkeiten Probleme innerhalb von sozialen Beziehungen und leiden in der Folge darunter. Innerhalb der Praxis ist das Phänom überwiegend bei den männlichen Kindern zu beobachten. Gerade männliche Kinder die keine anderen Wege aus ihrer Traurigkeit und Unzufriedenheit finden, neigen dazu, die entstandene Aggression im Außen auszuagieren.

Die Wut kann grundsätzlich unterschiedlichster Herkunft sein, oftmals stellt sie eine Form der Hilflosigkeit oder Überforderung dar. Es gilt im Gespräch heraus zu finden, ob eine gesteigerte Form von Wut in dem Kind zu finden ist und wie sich diese äußert. Es sollte eine Abklärung stattfinden, ob es sich bei der Wutsituation um eine affektierte oder eine im vollen Bewusstsein wahrgenommene Wutsituation handelt.

Diese Unterscheidung ist für die Anwendung der Karten essentiell, da eine im Affekt geschehene Wutsituation für das Kind nicht erinnerbar ist. Die daraus folgende Erkenntnis an sich ist für die Kinder, deren Eltern und dem Therapieprozess von großer Bedeutung. Die Arbeit mit dem Kind in Bezug auf die Wutsituation kann folglich aber nur im bewussten Erinnern erfolgen.

Die Wut-Karte zielt zusätzlich auf die Frage der Regulationsfähigkeit der Kinder ab. Je niedriger diese ist, desto mehr wird die Wut im Außen ausagiert. Dem Kind soll mittels der Karte ein neuer, distanzierter Blick und ein Auseinandersetzen mit der eigenen Wut ermöglicht werden. Die Wut an sich ist im Rahmen von Familiensystemen oder sozialen Gefügen meist negativ besetzt und zieht Gefühle der Schuld oder Scham nach sich. Meist wird das Dahinterliegende nicht gesehen, die Kinder sollen funktionieren und werden oftmals mit Strafmaßnahmen belegt. Diese verstärken die eigentlichen Symptome des Kindes und es bleibt missverstanden zurück.

Die Karte soll die Möglichkeit eröffnen, ein besseres Verständnis und einen Zugang zur eigenen Wut zu erreichen, um so eine Basis für tiefer liegenden Themen zu bilden.

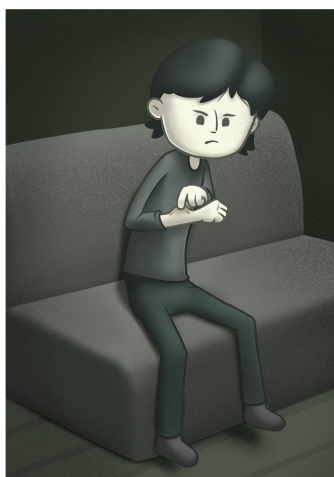
10.4.1 Das Bildmotiv

Innerhalb der abgebildeten Szenerie ist ein Kind zu sehen, dass in einem Zimmer wütend agiert und Dinge zerstört. Die Abbildung soll in Form des Schreibtisches eine Assoziation zum dem Kinderzimmer des Kindes ermöglichen. Da der Schreibtisch und die ganze Hintergrundszenerie eher schemenhaft dargestellt sind, bleibt der Assoziationsspielraum für andere Räumlichkeiten weiter offen. Zusätzlich ist nicht ersichtlich, ob das Kind alleine ist oder weitere beteiligte Akteure in der Situation eine Rolle einnehmen. Das Kind erscheint dabei im Ausdruck schmerzhaft wütend und körperlich angespannt. Die voran gegangene Zerstörungswut ist anhand der zerstörten Bücher ersichtlich. Die Zerstörungsschneise wird von dem Rahmen der Karte unterbrochen. Es stellt sich die Frage was davor stattgefunden hat und welche Ursachen der starken Wut zugrunde liegen könnte? Das Kind auf der Karte verbleibt innerhalb der Betrachtung in seiner Wut und es ist schwer ersichtlich, wann oder ob diese Wut ihr Ende findet.

10.4.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Spürst du manchmal eine Wut in dir? Spürst du vorher schon Anzeichen einer Wut? Was macht die Wut mit dir? Wie äußert sich deine Wut? Was tust du, wenn du wütend bist? Gibt es besondere Situationen in denen du wütend wirst? Welche Situationen sind das? Wie gehen deine Eltern, deine Freunde oder die Schule mit deiner Wut um? Wie wirst du mit deiner Wut verstanden? Wie geht es dir, nachdem die Wut vorbei ist? Was macht dich von allem am meisten wütend? Wie schaffst du es, wieder aus der Wut heraus zu kommen? Wie fühlt sich deine Wut im Körper an? Wo genau fühlst du deine Wut im Körper? Fühlst du dich danach besser, nachdem du wütend gewesen bist? Wie oft gerätst du in Konflikte oder Streitereien mit anderen? Hast du Schwierigkeiten deine Wut zu kontrollieren?

10.5 Bildmotiv 5 – Die internalisierte Wut



Die internalisierte Wut richtet sich im Gegensatz zu der externalisierten Wut gegen das Selbst. Die Wut und Frustration findet keinen Weg ins Außen zu gelangen und wird nach innen, gegen sich selbst gerichtet. Die Betroffenen ziehen sich oftmals zurück und

isolieren sich mit ihren selbstzerstörerischen sowie selbstkritischen Gedanken. Dieses Muster ist sehr verwandt mit den Verhaltensweisen von depressiv erkrankten Menschen. Die Gefahr aus einer Depression heraus eine internalisierte Wut zu entwickeln ist folglich gegeben. Hierbei sind es oftmals eher weibliche Kinder, die ihre Wut gegen sich selbst richten. Die Grundlage hierfür ist oftmals eine gute Regulationsfähigkeit für die Wut im Außen, die dann aber destruktiv nach innen gerichtet wird. Oftmals bewegen sich diese Kinder innerhalb eines sozialen oder familiären Umfeldes in dem Wut negativ besetzt ist, nicht da sein soll oder darf.

Dem zugrunde liegen auch hier mangelhafte emotionale Bewältigungsstrategien um die eigenen Gefühle konstruktiv zu verarbeiten. Aufgrund eines geringen Selbstwertgefühls oder anderer Faktoren, verletzen die Kinder sich oftmals physisch selbst. Dieses Verhalten ist bei Kindern im Spektrum von sechs bis zehn Jahren eher selten zu finden, ist aber trotzdem zu beobachten.

Mittels des psychischen oder körperlichen selbstverletzenden Verhaltens versuchen die Kinder ihrer emotionalen Not einen Kanal zu geben und ihren inneren Schmerz zu lindern. Oftmals berichten Betroffenen davon, dass es ihnen Druck nimmt und ihnen hilft, sich selbst wieder besser zu spüren. Sie erreichen folglich wieder eine bessere Kontrolle über ihre Gefühle und lenken sich von ihrer emotionalen Taubheit ab. Für manche Kinder stellt es auch die finale Möglichkeit dar, das Umfeld auf die eigene Not aufmerksam zu machen und auf Unterstützung zu hoffen.

In den meisten Fällen liegt dem selbstverletzenden Verhalten eine strukturelle Störung zugrunde. Um hier eine differenzierte Diagnose zu erlangen, ist eine fundierte diagnostische Arbeit im Vorfeld von Nöten.

Die Karte hat den Zweck, den Umgang mit der eigenen Wut zu erforschen und den Kindern die Möglichkeit zu geben, die Ursachen, die Art der Wut sowie die Auswirkungen der eigenen Wut besser einordnen zu können.

10.5.1 Das Bildmotiv

Auf dem Bild erscheint ein Kind in einem kargen und wenig einladendem Umfeld. Es scheint in der Trostlosigkeit mit sich völlig alleine und verlassen zu sein. Das Kind kneift sich in den Arm und fügt sich Schmerzen zu. Es sieht dabei wenig schmerzverzerrt aus. Das Gesicht zeigt eher eine Form des Grolls und der Ernsthaftigkeit. Die Szenerie stellt die Frage, warum sich das Kind diese Schmerzen antut, was es dabei fühlt oder denkt. Parallel wirkt das Kind ganz konzentriert und in seiner Wut komplett bei sich. Es scheint als ob außerhalb des Geschehens keine Außenwelt vorhanden ist oder diese absolut keinen Einfluss auf das Geschehen haben könnte. Zusätzlich wirkt das Kind entschlossen und körperlich angespannt. Der Fokus der Abbildung konzentriert sich ganz auf das einsame Kind und seinen sich selbst zugefügten Schmerz. In seinem Schmerz bleibt es mit der eigenen Wut alleine und von der Welt abgeschottet auf seinem Sofa zurück.

10.5.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Spürst du wenn du wütend bist? Was tust du, wenn du wütend bist? Wie fühlt sich deine Wut in deinem Körper an? Merken Andere, wenn du wütend bist? Wie gehst du mit deiner Wut um? Hast du das Bedürfnis dir ab und zu weh zu tun? Machst du Dinge die dir eigentlich schaden? Darfst du Zuhause wütend sein? Konntest du bisher mit jemand über

deine Wut reden? Welche Gedanken hast du, wenn du wütend bist? Was machst du, wenn du traurig oder verletzt bist, zeigst du deine Gefühle oder behältst du sie eher für dich? Hast du das Gefühl, dass du deine negativen Gefühle in dich hinein frisst? Fällt es dir schwer, innerhalb von Konflikten deine Meinung zu äußern? Wie fühlt sich dein Körper an, wenn du wütend bist?

10.6 Bild 6 - Die Narzisstische Abwehr



In meiner praktischen Arbeit war immer wieder zu beobachten, dass Kinder mit depressiver Störung narzisstische Tendenzen in ihrem Verhalten zeigten. Die Vorstellung und Erschaffung eines Größenselbst hilft den Kindern dabei ihre eigene Traurigkeit und ihren minderen Selbstwert zu verdrängen. Mittels der Allmachtsphantasien müssen sie sich nicht mit ihren eigentlichen Themen auseinandersetzen und flüchten sich folglich in eine schönere Welt in der sie über den für sie bedrohlichen Objektbeziehungen stehen. Grundsätzlich sind narzisstische Tendenzen auch in der normativen Entwicklung von Kindern zu finden, dies würde es zu unterscheiden gelten. Die narzisstische Abwehr würde entstehen, wenn darunter liegende, negative Themen mittels des narzisstischen Verhaltens kompensiert werden.

Beispiele hierfür wären ein übertriebener Selbstbezug als Ursache dafür das die Kinder immer im Mittelpunkt stehen müssen und stets die volle Aufmerksamkeit erhalten wollen. Ein weiterer Indikator ist eine überhöhte und nicht der Realität entsprechende Selbsteinschätzung, die oftmals mit einer Entwertung anderer einher geht. Andere Objekte müssen abgewertet, kritisiert und herunter gemacht werden, um den eigenen Selbstwert zu steigern. Innerhalb dieser überhöhten Selbsteinschätzungen liegt dann die eigentliche Gefahr für depressiv erkrankte Kinder, da sie folglich immer wieder an den eigenen Erwartungen an sich selbst scheitern. Dieses Scheitern führt zu einem ewigen Kreislauf der immer wiederkehrend zu einem traurigen und niedergeschlagenen Gefühl führt.

Die beschriebenen Prozesse bilden noch keine narzisstische Persönlichkeitsstörung ab, diese kann erst in einem späteren Alter diagnostiziert werden.

Die Karte soll dem oder der Anwender_in die Möglichkeit geben, mögliche narzisstische Anteile oder Abwehrformen zu entdecken und mit dem Kind zu betrachten. Hierbei kann auch eine Differenzierung sowie eine Explorierung des gesunden Selbsterlebens und des überhöhtem Selbsterlebens stattfinden.

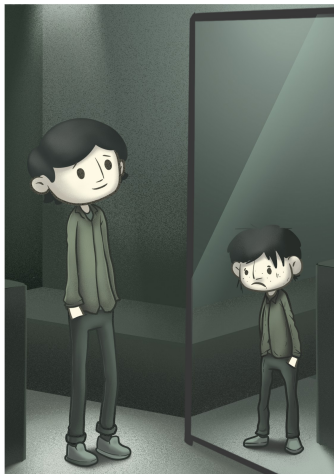
10.6.1 Das Bildmotiv

Die Bildszene zeigt ein Kind, das über allen steht. Es ist selbstgefällig strahlend im Mittelpunkt und schon in seiner Größe mächtiger als die um ihn herum stehenden Menschen. Es scheint, als ob es jeglichen Kontakt zu der Gruppe innerhalb der eigenen Größenvorstellung verloren hat. Alle umstehenden Objekte wirken nur noch verschwindend klein, untergeordnet und fern jeglicher Beziehung zu dem Kind. Sein oder ihr blickt schweift erhaben über allen anderen hinweg und wirkt ein wenig belächelnd von oben herab. Die Allmächtigkeit und Ich-Bezogenheit wird mittels eines schon fast heiligen Lichteinfall es abgebildet. Die Szenerie bleibt trotzdem eine traurige, da der oder die Protagonistin auch innerhalb einer sozialen Gruppe alleine bleibt. Die erklärende Geste der Hand weist auf einen Charakterzug hin, der die vermeintlich größere Weisheit und das vermeintlich größere Wissen des Kindes darstellt. Der abgebildete Mensch will förmlich im Mittelpunkt stehen und hat nur einen eher abfälligen Blick für die Umherstehenden, die fast schon wie Untergebene wirken, übrig. Das Kind verbleibt innerhalb seiner narzisstischen Wahrnehmung alleine als die Mitte der Welt zurück.

10.6.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Glaubst du, dass du talentierter bist als andere Kinder? Welche guten Eigenschaften hast du? Was kannst du gut? Was kannst du besser als andere Kinder? Wie findest du dich selbst? Gefällst du dir so wie du bist? Wie wichtig ist es dir, dass dich andere bewundern oder toll finden? Welche Rolle hast du in deinen Freundschaften? Wie reagierst du, wenn jemand anders besser ist als du? Wie wichtig ist es dir, dass Andere dich bewundern oder toll finden? Wie reagierst du, wenn dich jemand kritisiert? Ist es wichtig für dich, perfekt zu sein? Es ist wichtig für dich, schön zu sein oder besonders angezogen zu sein?

10.7 Bild 7 - Das negatives Selbstwertgefühl



Das Selbstwertgefühl eines Kindes baut auf dem eigenen Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen auf. Innerhalb von gesunden Beziehungserfahrungen und dem eigenen, selbstwirksamen Erleben haben Kinder die Möglichkeit ein gesundes Selbstwertgefühl aufzubauen. Die Grundlagen die jedes Kind hierfür mitbringt, sind als individuell zu betrachten und stehen in starkem Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld des Kindes. Hinzu kommt die Fähigkeit sich selbst und die eigenen Fähigkeiten realistisch einschätzen sowie reflektieren zu können.

Kommt es innerhalb der Entwicklung des Kindes zu ungünstigen, inneren und äußeren Einflüssen, kann dies negative Auswirkungen auf das Selbstwörterleben des Kindes haben. Das negative Selbstbild kann beispielsweise durch ein von Kritik oder Abwertung geprägtes Umfeld entstehen, die Gründe können hierbei vielfältig sein. Im Ergebnis erleben sich die Kinder als wertlos, weniger bedeutend oder schlechter als andere Menschen. Wie oben angeführt ist ein schlechter Selbstwert stark gekoppelt an depressive Störungen. Ist zuerst ein schlechter Selbstwert vorhanden, führt dieser die Kinder förmlich in die depressiven Verstimmungen und stellt einen Risikofaktor für eine depressive Anfälligkeit dar. Ein niedriges Selbstwertgefühl kann folglich dazu führen, dass man sich als minderwertig, ungeliebt oder unzulänglich empfindet, was das Individuum zu depressiven Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung bringen kann. Ist eine depressive Störung beispielsweise nach einem Schicksalsschlag zuerst vorhanden, werden die Kinder sich in der Depression als nicht mehr so wirksam wie vorher erleben und in Folge dessen einen minderen Selbstwert erlangen. Im Ergebnis verstärkt die Depression das negative Selbstbild stark.

Die Parallelen der beiden Störungsbilder zeigen sich in einem überwiegend negativ geprägten Denkmuster das von Selbstkritik geprägt ist. Es erfolgt zusätzlich eine allgemeine Fokussierung auf die eigenen Schwächen und Fehler. Es wird hier ersichtlich, dass die beiden Thematiken untrennbar voneinander wahrzunehmen sind.

Innerhalb der Abbildung soll das Selbstbild und folglich der Selbstwert des Kindes reflektiert werden. Hier kann gemeinsam eruiert werden, in wie weit ein Selbstwertgefühl vorhanden ist, an welchen Stellen es noch ausbaufähig ist und wie die Thematik das Kind in seiner Lebensrealität beschäftigt.

10.7.1 Das Bildmotiv

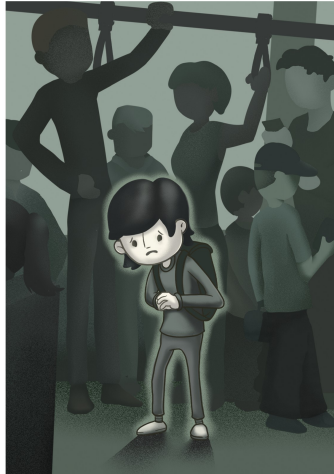
Ein junger Mensch betrachtet sich in einem Spiegel. In seinem Äußeren wirkt er oder sie nett, sympathisch, freundlich und gut aussehend. Das Kind macht einen lockeren und relativ sorglosen Eindruck. Im Spiegelbild sieht es aber einen kleinen, gebeutelten Menschen, der nicht glücklich zu sein scheint. Er oder sie erscheint wesentlich unansehnlicher, weniger liebenswert und sehr unzufrieden. Das Kind wirkt zusätzlich sehr leer in seinem Blick und völlig zerknittert in seinem Erscheinungsbild. Die beiden Personen wirken förmlich wie Gegenpole mit einer konträren Wirkung innerhalb ihrer Erscheinung, aber auch ihrer emotionalen Fühlbarkeit. Das innere Abbild des Kindes weicht von der realen Wirkungsweise seiner Erscheinung ab. Das Bild fordert förmlich zu der Frage auf, warum das Individuum nicht in der Lage ist sich in all seinen schönen Facetten wahr- und annehmen zu können. Die reale Sichtbarkeit im Äußeren des Kindes bildet eine Realität ab, die eine heile und schöne zu sein scheint. Die eigentliche innere Realität des Kindes ist gegenteilig dazu, die eines traurigen nicht liebenswerten Menschen. Das Kind verbleibt innerhalb der Abtrennung von all seinen positiven Anteilen als das bedauerliche, bemitleidenswerte Wesen im Spiegel zurück.

10.7.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Welche Stärken hast du? Welche Schwächen hast du? Vergleichst du dich mit anderen Menschen? Fühlst du dich verunsichert, wenn du neue Dinge tust? Magst du dich wie du bist? Welche Charaktereigenschaften magst du an dir am liebsten? Wirst du viel gelobt

Zuhause? Wirst du viel kritisiert Zuhause? Meinst du deine Eltern mögen dich so wie du bist? Was denkst du, wie andere Menschen über dich denken? Bist du manchmal unglücklich mit dir selbst?

10.8 Bild 8 - Die Sozialangst



Kinder die von depressiven Symptomen betroffen sind, ziehen sich oftmals aus der für sie bedrohlichen sozialen Welt zurück und vermeiden soziale Kontakte, da diese für die Kinder anstrengend sowie herausfordernd sind. In Folge dieses Rückzuges verringern sich ihre sozialen Fähigkeiten immer weiter, was wiederum eine Verstärkung des Rückzuges und der Vermeidung von sozialen Interaktionen zur Folge hat. Innerhalb dieses sozialen Rückzuges wachsen in den Kindern dann verstärkt Angst und Furcht vor sozialen Interaktionen oder Situationen die sich außerhalb ihres Schutzraumes befinden. Die Kinder fühlen sich aufgrund dessen in sozialen Situationen, beim Sprechen vor Anderen oder bei Gruppeninteraktionen unsicher und unwohl. In der Folge wirken die Kinder oftmals schüchtern oder zurückhaltend und werden dann in ihrer eigentlichen Angst kaum wahrgenommen. Viele der Kinder berichten von somatischen Reaktionen wie beispielsweise Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Zittern oder Magenbeschwerden. Wenn die meist ohnehin schon kaum vorhandenen Regulationsmechanismen nicht mehr greifen, kann es bei den Kindern mitunter zu Panikattacken kommen. Grundsätzlich kann aber auch hier zuerst eine soziale Angst vorhanden sein und innerhalb des sozialen Rückzuges sowie des damit einhergehenden, geringen Selbstwertgefühls die Basis für eine depressive Störung liegen.

Die Thematik steht folglich auch in engen Zusammenhang mit den Auswirkungen des oben beschriebenen, minderen Selbstwertgefühls. Bei der Sozialangst ist davon auszugehen, dass die Grundlage hierfür ein minderes Selbstwertgefühl bildet, das den Kindern nicht die Kraft gibt, in sozialen Aktionen zu bestehen. Es ist folglich ersichtlich, dass sich auch hier die depressive Störung in Kombination mit der sozialen Angst gegenseitig bedingt oder der jeweilige Auslöser für das andere Störungsbild ist oder sein kann.

Die Karte soll den Kindern ermöglichen ihre Ängste und die damit einhergehenden körperlichen Symptome zu erkennen sowie zu benennen. Im gemeinsamen Austausch kann dann die Art der Ängste und deren Herkunft gemeinsam genauer durchleuchtet werden.

10.8.1 Das Bildmotiv

Die Szenerie zeigt erst einmal eine Situation, die eine völlig normale zu sein scheint. Ein Kind befindet sich in einer Straßenbahn mit anderen Menschen. Die Situation selbst scheint völlig unbedrohlich. Die beteiligten Menschen sind im Hintergrund und scheinen sich nicht für das Kind zu interessieren. Alle gehen ihren normalen Dingen des Alltags nach. Doch das Kind wirkt wie von der Gruppe abgetrennt und nicht dazu gehörig, ängstlich, leidend, fast schon gequält. Es scheint nicht freiwillig an diesem Ort zu sein und sich dort sehr unwohl zu fühlen. Der Körper krümmt sich und es scheint schon fast als ob es nach einem rettenden Halt oder der Öffnung der Straßenbahntür Ausschau hält. Auch in dieser Szenerie wirkt das Kind als ob es keinerlei Kontakt oder eine Beziehung zu den Umstehenden hat und die Umgebung als eine einzige undefinierbare Bedrohung wahrnimmt. Der Fluchtreflex des Kindes ist bildlich greifbar. Das Kind verbleibt aber verkrampft und erstarrt in seiner Angst vor den alltäglichen sozialen Aufgaben.

10.8.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Fühlst du dich in Gruppen wohl? Machen dir fremde Menschen Angst? Kannst du dich leicht auf neue Situationen einlassen? Gehst du gern nach draußen? Sind Gespräche mit anderen Menschen für dich anstrengend? Fühlst du dich wohl, wenn du mit anderen Kindern spielst? Hast du ab und zu körperliche Symptome wie Herzklopfen, Zittern oder Schweißausbrüche? Fällt es dir leicht, vor Gruppen zu sprechen? Vermeidest du bestimmte Situationen, weil sie dir Angst machen? Hast du Angst davor Fehler zu machen und dich vor Anderen zu blamieren? Fühlst du dich von anderen Menschen beobachtet? Macht es dir Angst, fremde Menschen kennen zu lernen?

10.9 Bild 9 - die psychotische Depression



Die psychotische Depression beschreibt eine seltene, aber sehr schwere Form der Depression. Meine Erfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen mit schweren depressiven Störungen zeigte immer wieder, dass diese von einer psychotischen Depression in der Kindheit betroffenen waren, diese aber unentdeckt blieb. Die Jugendlichen berichteten hierbei, dass sie ihre Erfahrungen nicht teilen konnten oder von den Erwachsenen nicht ernst genommen wurden. Klassische Beispiele waren hierbei immer wieder benannte Sätze wie „du träumst das doch nur, morgen ist das wieder vorbei.“ Aufgrund dieser Reaktionen verstummten die Kinder irgendwann. Die Jugendlichen berichteten

beispielsweise von diffusen Schattenwesen im peripheren Gesichtsfeld oder einem dunklen Schattenwesen das vor dem Bett stand. Grundsätzlich muss hierbei genau geklärt werden, um welche Form der psychotischen Erscheinung es sich handelt. Die Ursachen können auch außerhalb der psychotischen Depression, in anderen Störungsbildern zu finden sein.

Grundsätzlich beschränken sich die Wahrnehmungen der Kinder nicht nur auf halluzinative Phänomene, sondern können sich beispielsweise auch im Hören von Stimmen wiederfinden. Ihr Erleben in der Halluzination Erleben kann sich auch in Kombination mit dem Sehen von besonderen Lichtern oder Farben wieder äußern. Manche Betroffenen berichten auch davon, dass sich Gesichter verformen oder Dinge bewegen.

Wichtig für die diagnostische Grundlage innerhalb der psychotischen Depression ist die Kombination mit depressiven Symptomen des Kindes. Sollte das Kind bei der Karte psychotisches Erleben wiedergeben und parallel in Folge der Anwendung keine depressiven Symptome feststellbar sein, müsste eine weitere, vertiefte Diagnostik bezüglich der psychotischen Symptome erfolgen. Es kommt auch vor, dass Kinder sich imaginative Freunde erschaffen, auch hier müsste eine genaue Differenzierung der Ursache stattfinden.

Die Karte soll dem Kind in der Anwendung als Stütze dienen, seine bedrohlichen Erfahrungen zu teilen und darüber in Austausch zu gehen. Das Kind soll in der kompletten Bandbreite der möglichen Symptome wahrgenommen werden.

10.9.1 Das Bildmotiv

Die Karte zeigt ein Kind in einer Bettsituation. Das Kind ist nicht alleine in seinem Zimmer. Ein von der Lampe erzeugter Schatten bildet ein Schattenwesen an der Wand ab. Das Kind scheint das Schattenwesen wahrzunehmen und zu spüren. Es wendet seinen Blick angstvoll von ihm ab. Es scheint voller Anspannung zu sein, es steht förmlich im Bett. Sein Schlafplatz wirkt nicht mehr wie ein Schutzraum und das Kind macht folglich den Anschein, als ob es das Zimmer am liebsten fluchtartig verlassen möchte. Zu dem Wesen besteht kein ersichtlicher Kontakt. Es bleibt diffus, was es in dem Zimmer oder von dem Kind will. Zusätzlich ist nicht ersichtlich, ob es ein gutes oder böses Wesen ist. In seiner Größe ist es zunächst mächtig und bedrohlich. Bei genauerem Hinsehen könnte es aber auch ein freundlicher Wächter sein. Das Kind scheint es aber als qualvoll zu erleben mit dem Wesen alleine zu sein. Parallel wirkt es ratlos, wie es mit der Situation weiter verfahren soll. Es verbleibt auch hier in einer Schockstarre, die keine Verbesserung in Aussicht zu stellen scheint. Der Blick des Kindes ist ängstlich, aber auch gleichwohl flehend, als ob das Kind auf seine Rettung wartet und im Ergebnis trotzdem wieder Nacht für Nacht seinem quälenden undefinierbaren Mitbewohner ausgesetzt ist.

10.9.2 Potenzielle aber nicht bindende Fragen für die Anwendung

Siehst du manchmal Dinge die nicht da sein sollten? Hörst du ab und zu Geräusche, Stimmen oder Töne die andere nicht hören? Wenn, ja wie sehen sie aus oder hören sie sich an? Macht dir Angst was du siehst? Sind es freundliche oder angsteinflößende Wesen? Wollen die Wesen etwas von dir? Sprechen die Wesen oder eine Stimme mit dir? Wann kommen die Halluzinationen immer und wie lange dauern sie an? Bist du dir bewusst, dass die Dinge die du siehst oder hörst nicht real sind? Wie beeinflussen dich die Halluzinationen im Alltag?

11.0 Die Anwendung

Es ist von großer Bedeutung, einen wertschätzenden und ruhigen Rahmen für die Anwendung der Karten zu schaffen. Für die Kinder ist es wichtig, eine bestmögliche Fokussierung auf die Karten mit möglichst wenigen Quellen der Ablenkung zu erzielen. Hierfür ist eine reizarme Umgebung zu empfehlen. Am adäquatesten sind Räumlichkeiten ohne Bilder an den Wänden oder andere Reizquellen, welche die volle Entfaltung der Assoziationen beeinflussen könnten. Jegliche Form visueller oder auditiver Ablenkung kann den Prozess beeinflussen oder gar verfälschen und sollte daher vermieden werden. Oftmals sind die beschriebenen Bedingungen jedoch nicht vorhanden. Anwender_innen sind dennoch dazu angeregt, kreativ zu sein und die Räumlichkeiten bestmöglich zu präparieren.

Zusätzlich wäre für einen optimalen Erfahrungsraum größtmögliche Stille von Vorteil. Je ruhiger das Umfeld ist, in dem das Kind die Karten bearbeitet, desto höher ist die Möglichkeit einer umfassenden Fokussierung. Es sollte stets auch gewährleistet sein, dass der Prozess von außen nicht gestört wird.

Grundsätzlich kann vor der Assoziationsanwendung eine Entspannungsübung als Grundlage für fokussiertes Arbeiten hilfreich sein. Diese kann in unterschiedlichen Ausprägungen stattfinden, wie beispielsweise in Form von Meditation, Atemübungen oder autogenem Training. Der Zugang zu unbewussten Prozessen wird mittels des zur Ruhe Kommens und des bei sich Seins unterstützt. Die Anwendung von Techniken dieser Art ist empfehlenswert, aber grundsätzlich keine Voraussetzung.

Von großer Bedeutung ist eine wertschätzende Präsentation der Karten. Die Kinder sollen von Beginn an das Gefühl vermittelt bekommen, im folgenden Prozess etwas Besonderes zu erfahren. Die Vermittlung dieser Besonderheit wird von dem oder der Anwender_in in einer Kombination aus einfühlsamer Kommunikation, einem willkommenen Handeln und einer wertschätzenden Präsentation vermittelt. Der oder die Anwender_in stellt folglich einen gewichtigen Teil für das bestmögliche Gelingen der Assoziationsanwendung dar.

11.1 Die Kommunikation und der Erfahrungsraum innerhalb der Anwendung

Der gemeinsame Grundnenner einer tiefgreifenden Kommunikation innerhalb eines dyadischen Geschehens ist die gleiche Sprache oder ein allgemeines Sprachverstehen. Es sollte folglich vor der Anwendung immer ein Abgleich von Sprachkenntnis oder Sprachverständnis stattfinden. Die hieraus resultierenden Ergebnisse müssen innerhalb der Anwendung berücksichtigt werden.

Innerhalb der Kommunikation mit dem Kind sollte stets ein hohes Maß an Aufmerksamkeit vorhanden sein. Diese Form der stetigen Aufmerksamkeit gibt den Kindern das Gefühl, gesehen und gehört zu werden. Eine wertschätzende Kommunikation ist die Basis für einen Erfahrungsraum, in dem das Kind sich wohl fühlen kann. Dieser Raum bildet die Basis für eine positive Annahme dessen, was in der Stunde erfolgen wird. Im übertragenen Sinne bildet diese das Fundament einer möglichst freien Öffnung des Kindes und der daraus erfolgenden Assoziationen sowie der folgenden Bezüge zum eigenen Erleben.

Eine wertschätzende Kommunikation ist entscheidend für den Aufbau einer sicheren und vertrauensvollen Beziehung. Dem Kind soll auch verbal das Gefühl vermittelt werden, wertgeschätzt und respektiert zu werden. In der Folge entsteht ein sicherer

Erfahrungsraum, in dem das Kind sich wohl fühlen kann und ermutigt wird, über seine Gefühle und Themen zu sprechen.

Die Kommunikation innerhalb der Anwendung sollte offen und einladend gestaltet werden, um etwaigen Unsicherheiten des Kindes entgegen zu wirken. Innerhalb einer offenen und einladenden Sprache können etwaige Unsicherheiten des Kindes verringert werden. Die Unsicherheit des Kindes steht in großem Maße in Abhängigkeit zu dem vorherrschenden Beziehungsstaus. Je kürzer die Zusammenarbeit mit dem Kind ist, desto aufmerksamer und sorgsamer muss die sprachliche Ausgestaltung des Raumes erfolgen.

Eine wertschätzende Kommunikation soll es ermöglichen, Empathie und Verständnis für das Kind zu zeigen. Innerhalb dieser Form der Kommunikation kommen Aspekte des aktiven Zuhörens, einfühlsame Äußerungen oder beispielsweise eine unterstützende Sprache zum Tragen. Dem Kind soll ein Gefühl von Akzeptanz und Unterstützung vermittelt werden.

Eine wertschätzende Kommunikation kann grundsätzlich eine Stütze zur Stärkung des Selbstwertes des Kindes darstellen. Mittels Bestärkungen des Kindes in Form von positiven Rückmeldungen oder Anerkennung von Stärken oder Fähigkeiten kann der Nährboden für Selbstwirksamkeit oder Selbstwert gebildet werden. Folglich entsteht die Möglichkeit, dass die Kinder ihre Selbst und ihre Fähigkeiten wiederentdecken und dies ein persönliches Wachstum ermöglichen kann. Bestenfalls fühlt sich das Kind auf Grundlage dessen ermutigt, offen über seine Gedanken oder Gefühle zu sprechen.

Hierbei ist es wichtig, die Kinder als Individuen zu begreifen, die unterschiedliche Bedürfnisse mit sich bringen. Der oder die Anwender_in muss in jeder neuen Anwendung in der Lage sein, eben jene Bedürfnisse, welche die verschiedenen Temperamente der Kinder mit sich bringen, zu erkennen, sich darauf einzustellen und danach zu handeln. Innerhalb der Anwendung soll der oder die Anwender_in dazu angeregt werden, auch die Sicherheitsbedürfnisse der Kinder in einem gemeinsamen Austausch zu erforschen und zu berücksichtigen. Innerhalb einer gemeinsamen Exploration des Selbst und der Bedürfnisse des Kindes wird folglich der Grundpfeiler für eine möglichst freie Bewegung des Kindes innerhalb des assoziativen Erfahrungsraums geschaffen.

Dem Kind sollte mittels Sprache das Gefühl gegeben werden, dass ihm oder ihr ein Raum eröffnet wird, in dem es sich frei und ohne Konsequenzen gedanklich ausprobieren kann. Die Anwendung versteht sich hierbei grundsätzlich als eine Einladung an das Kind, sich selbst zu erforschen. Die Sprache ist folglich der Eingangsschlüssel für den erschaffenen Erfahrungsraum. Die Kinder sollen sich in freudiger und gleichwohl gespannter Erwartung in diesen Raum eingeladen fühlen. Der oder die Anwender_in sollte im Rahmen einer offenen und wertfreien Haltung agieren, die sich als vorurteils- oder bewertungsfrei versteht.

Im empathischen Verstehen des Kindes ist der oder die Anwender_in dazu aufgefordert, sich in die Lebenswelt des Kindes einzufühlen und diese in einer einfühlsamen Weise gemeinsam zu explorieren. Im Ergebnis sollte das Kind sich stets gehört, verstanden und sicher aufgehoben fühlen. Der oder die Anwender_in sollte sich innerhalb der Prozesse stets authentisch und offen zeigen.

Innerhalb der gemeinsamen Exploration sollte eine Ermutigung hinsichtlich der Auseinandersetzung mit den Gedanken und den Gefühlen des Kindes erfolgen. Der oder die Anwender_in hätte hierzu unterschiedliche sprachliche Möglichkeiten, wie beispielsweise durch das Stellen von offenen Fragen oder durch aktives Zuhören.

Zusätzlich sollte das Kind darauf hingewiesen werden, dass es jederzeit die Anwendung stoppen oder unterbrechen darf bzw. aktiv einschreiten darf, wenn es ihm zu viel wird. Mittels dieser Interventionsmöglichkeit soll den Kindern ein höchstes Maß an Kontrolle und Sicherheit gegeben werden. Ergänzend zu der Eigenverantwortung des Kindes ist es an dem oder der Anwender_in, aufmerksam die Reaktionen der Kinder zu beobachten und gegebenenfalls zu intervenieren. Der sichere Rahmen für das Kind muss folglich innerhalb des Prozesses immer wieder überprüft und erneuert werden. Sollte ein Kind von den abgebildeten Situationen zu stark getriggert sein, liegt es im Ermessen des oder der Anwender_in, die Anwendung abzubrechen.

Das Kind sollte zudem darüber aufgeklärt werden, dass die Inhalte innerhalb der Anwendung der Vertraulichkeit unterliegen und innerhalb des Vertrauensverhältnisses verbleiben. Der Schutz der Inhalte ist für einen möglichst freien Entfaltungsraum essentiell. Ziel ist es, einen Raum zu erschaffen, in dem das Kind sich sicher und aufgehoben fühlt, um sich folglich bestmöglich mit den eigenen sensiblen Themen auseinander setzen zu können. Dieser vertrauensvolle Raum soll gewährleisten, dass die Kinder sich frei mit ihren ganz persönlichen Themen beschäftigen können.

11.2 Die Anwendungsbeschreibung

Wenn die oben angeführten allgemeinen Bedingungen für die Anwendung der Karten erfüllt sind, können die Karten ohne eine vorgegebene Reihenfolge der Motive verdeckt nebeneinander ausgelegt werden. Innerhalb der Anordnung sollten jeweils drei Karten nebeneinander liegen. Im Ergebnis sollte die Anordnung eine Blockform von drei Karten in die Breite und drei Karten in die Höhe ergeben. Innerhalb des Kartenblockes sollte zwischen den Karten ein gleicher Abstand sein, dieser sollte nicht mehr als zehn Zentimeter betragen.

Wie bereits erwähnt, ist es innerhalb der Betrachtung von großer Wichtigkeit, dass eine harmonische, strukturierte und im Ergebnis wertschätzende Präsentation erfolgt. Die Mühe einer wertschätzenden Präsentation spiegelt folglich auch die Wertschätzung des oder der Anwender_in gegenüber den persönlichen und vertraulichen Themen der Kinder wieder. Im darauffolgenden Schritt muss das Kind auf die oben beschriebenen Schutz- und Sicherheitsoptionen hingewiesen werden. Das Kind wird nun angehalten, die erste Karte innerhalb einer freien Wahl umzudrehen und dazu ermutigt, das Geschehen auf der Karte zu beschreiben.

Je nach Umfang der Beschreibung des Szenarie des Kindes ist der oder die Anwender_in befugt, verbal genauer nachzuforschen und gesagtes tiefer zu ergründen. Für weitere Einschätzungen ist es für den oder die Anwender_in interessant, welche Komponenten der Szenerie bei der ersten Beschreibung nicht benannt oder nicht gesehen wurden. Zusätzlich spielt die Wiedergabe der Reihenfolge des Gesehenen eine tragende Rolle. Das Kind sollte ausreichend Zeit für die eigene Beobachtung bekommen. Auch innerhalb des suportiven Eingreifens des oder der Anwender_in sollte eine zeitliche Begrenzung erst einmal keine Rolle spielen. Eine Intervention sollte nur stattfinden, wenn der zeitliche Rahmen Gefahr läuft, gesprengt zu werden.

Diese Vorgehensweise wird nun bei weiterhin freier Kartenwahl wiederholt, bis alle neun Karten umgedreht und besprochen sind. Innerhalb dieses Prozesses sollte eine möglichst reine und allgemeine Beschreibung des Abgebildeten erfolgen. Wiedergegebene persönliche Zusammenhänge oder Abschweifungen sollten in dieser Phase mit dem Hinweis des späteren Wiederaufnehmens der Themen begrenzt werden. Dies sollte in

einer wertschätzenden und nicht reglementierenden Weise erfolgen. Wichtig in diesem Fall wäre eine weitere Fokussierung auf den Prozess und der weiteren Offenheit des Raumes mit der Perspektive der späteren Bearbeitung des für den Moment begrenzten Inhaltes.

Das Kind wird im Weiteren aufgefordert, noch einmal alle Karten zu betrachten. Die oder der Anwender_in regt das Kind im Folgeschritt dazu an, sich in die Situationen hineinzufühlen und jene Karten heraus zuzusortieren, die es aus dem eigenen Erleben kennt. Da dieser Teil der Anwendung einen persönlichen Zusammenhang zu etwaig verletzlichen Themen des Kindes bildet, gilt es in dieser Phase, ein höchstes Maß an Sensibilität, Ruhe, Ausgeglichenheit und Aufmerksamkeit zu gewährleisten. Die nicht berücksichtigten Karten werden dann von dem oder der Anwender_in umgedreht oder ganz außerhalb des Sichtfelds gelegt.

Innerhalb der Beobachtung des Prozesses ist die Reihenfolge in der Wahl der Karten zu beachten sowie der Bewegungsfluss im Wählen der Karten. Der oder die Anwender_in sollte die Körperreaktion des Kindes aufmerksam wahrnehmen. Hierzu zählen beispielsweise die Atmung, ein Stocken in der Bewegung, ein allgemeines Zögern, die Körperspannung oder ein Abwarten innerhalb der Kartenwahl. Die Auseinandersetzung mit den einzelnen Karten soll in der gleichen Reihenfolge erfolgen, in der das Kind die Karten ausgesucht hat. Jede Karte wird noch einmal in Ruhe zusammen betrachtet und einzeln nacheinander besprochen. Das Kind darf die Karten hierbei auch in die Hand nehmen, um eine vertiefte Betrachtung zu erreichen.

Innerhalb dieser zweiten Phase des Anwendungsprozesses kann eine gemeinsame Exploration der Assoziationen bezüglich der eignen Themen des Kindes erfolgen. Dem Kind soll hierbei so viel Zeit wie möglich eingeräumt werden, da sich die Anwendung nun auf ihrer bedeutendsten Ebene befindet. Der oder die Anwender_in ist dazu aufgerufen, genau und aufmerksam nachzufragen, um in größtmöglichem Maße in die Lebenswelt des Kindes eintauchen zu können. Das Kind soll dazu angeregt werden, möglichst genau und bildlich zu beschreiben, wie es sich in den Situationen erlebt und gefühlt hat, welche Gefühle es im Moment der Anwendung dazu hat, in welchem Rahmen oder beispielsweise in welcher Häufigkeit die Situationen stattfanden. Am Ende der gemeinsamen Betrachtung sollte die Möglichkeit für weitere Assoziationen gegeben werden, die so auf den Assoziationskarten möglicherweise nicht zu finden waren.

Am Ende der Anwendung kann sich der oder die Anwender_in noch in wertschätzender Weise bei dem Kind für seine Offenheit bedanken, um dem Kind zu vermitteln, dass innerhalb der Anwendung etwas sehr Wertvolles und Persönliches geteilt worden ist.

Abschließend ist es an dem oder der Anwender_in das Gesprochene oder Beobachtete genau zu reflektieren und für sich zu erfassen sowie einzuordnen. Es empfiehlt sich hierbei, ein größtmögliches Zeitfenster zur Verarbeitung des neuen Informationsmaterials zu schaffen und dieses bestenfalls schriftlich zu dokumentieren.

12.0 Die Auswertungsergebnisse

Im Folgenden werden anhand der zur Auswertung ausgegebenen Fragebögen die Ergebnisse zusammen gefasst und ausgewertet. Im Folgenden wurden die Ergebnisse der ausgefüllten Fragebögen zusammengefasst und ausgewertet. Um eine bestmögliche

Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden Punktskalas zwischen eins und zehn ausgewertet. Die Eins stand hier für Ja die vollständige Zustimmung, und die Zehn für Nein, die absolute Verneinung. In einem Querschnitt der erzielten Punktzahl wurde anschließend die Wirksamkeit der Assoziationskarten ermittelt. Um eine individuelle Auseinandersetzung und Weiterentwicklung der Karten zu fördern, wurde das Punktesystem durch Interviewfragen ergänzt. Die Gliederung erfolgte in fünf Teilen. Zuerst wurde die Sicht der Anwender_innen analysiert, um in den drei Folgeteilen die beiden Anwendungsschritte im Bezug auf die Wirksamkeit innerhalb der Anwendung mit den Kindern genauer zu betrachten. Im den ersten beiden Teilen wurde die Sicht der Anwender_innen analysiert. In den folgenden drei teilen findet die detaillierte Betrachtung der beiden Anwendungsschritte beziehungsweise auf die Wirksamkeit bei der Anwendung mit den Kindern statt.

12.1 Beschreibung der Teilnehmergruppe

Die Auswertung erfolgte durch fünf Anwender_innen. Drei Anwender prüften die Karten im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Eine Anwenderin wendete die Karten als Sozialarbeiterin an und ein Verhaltenstherapeut erprobte sie innerhalb seiner Praxistätigkeit. In der Gesamtheit sind elf Anwendungen ausgeführt wurden. Vier Fälle hatten einen tiefenpsychologischen Hintergrund. Eine Anwendung wurde innerhalb der Sozialen Arbeit umgesetzt und dreimal kam die Methode in einem verhaltenstherapeutischen Setting zum Einsatz. Während die therapeutischen Verfahren in annähernd gleicher Anzahl vorzufinden waren ist die Anwendung im Bereich der Sozialen Arbeit in dieser Studie unterrepräsentiert. Die Auswertung ist folglich stark therapeutisch geprägt.

Die Auswertung und die zugehörigen Fragestellungen wurden nicht auf die verschiedenen Arbeitsfelder angepasst. Sie erforschen die generelle Wirksamkeit der Assoziationskarten in verschiedenen Fachbereichen und dienen im Allgemeinen einer universellen Anwendung innerhalb der Methoden übergreifenden Verfahren.

Eine auf den ermittelnden Ergebnissen aufbauende Forschungsarbeit könnte im Folgeschritt eine genaue Differenzierung innerhalb der Wirksamkeit der Karten und den damit zusammenhängenden ausführenden Verfahren ermöglichen. Eine Differenzierung dieser Art war in ihrem Umfang und in Anbetracht der unter Repräsentanz der sozialen Arbeit innerhalb dieser Arbeit nicht möglich.

Die Teilnehmer_innen befanden sich in einem Altersspektrum von sechs bis zehn Jahren und deckten folglich die komplette mögliche Altersspanne der Anwendung ab. Ein sechsjähriges und ein siebenjähriges Kind und jeweils zwei Kinder im Alter von acht, neun und zehn Jahren waren teil der Anwendung. Innerhalb der Studie betrug der Altersdurchschnitt 8,4 Jahre und befand sich somit in der oberen Hälfte der Altersspanne. Da sich die Teilnehmer_innenanzahl innerhalb eines kleineren Rahmens bewegte, wurde in der Auswertung mittels eines Querschnittes gearbeitet, der eine allgemeine altersübergreifende Wirksamkeitsstudie ermöglichen sollte.

Acht der neun Kinder waren männlich und eine Teilnehmer_in war weiblich. Aufgrund der Unausgewogenheit der männlichen und weiblichen Teilnehmer_innen konnte leider keine Vergleichbarkeit innerhalb der Geschlechterdifferenzierung erfolgen. Dies müsste in einer Folgestudie mit einem ausgeglichenem Geschlechterverhältnis eruiert werden.

Die Grundlage der Studie bilden unterschiedliche Störungsbilder. Sie wurden, wie folgt, angegeben: F 93.0 emotionale Störung des Kindesalters, F43.2 Anpassungsstörung, 4. F 32.1 mittelgradig depressive Episode, F93.3 chronisches Fatigue Syndrom, F.41 Angststörung. Zu drei Fällen gab es keine Angaben. Die Auswertung bildet aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Diagnosen ein breites Feld pathologischer Störungen ab. Ein genauer Vergleich ist aufgrund der Verschiedenheiten nicht möglich.

Im Rahmen des Strukturniveaus ergab die Auswertung ein niederes Strukturniveau, zwei mittlere und ein gutes Strukturniveau. Zu den restlichen Teilnehmer_innen gab es, bezogen auf das Strukturniveau, keine Angaben. Bezogen auf die Thematik der Neurosenformen gab es nur eine Diagnose. Daher konnte dieser Aspekt innerhalb der Auswertung keinen Raum finden.

Der bisherige Betreuungsumfang der Kinder befand sich zwischen vier Stunden und fünfzig Stunden (1x 50std, 1x 10Std, 1x 18Std, 1x 15Std, 1x 6Std, 1x 4std, 1x 10Std, 1x 5std). Im Ergebnis wurde ein Querschnitt von 14,75 Stunden erreicht. Die Begleitungen befanden sich im Schnitt folglich in der Anfangsphase.

Die Tagesform der Kinder wurde in einer Skala von eins als „sehr gut“ bis zehn als „schlecht“ festgehalten. Hierbei gab es ein Kind mit einer Zwei, fünf Kinder mit einer Drei, ein Kind mit einer Fünf und ein Kind mit einer Sieben. Im Querschnitt ergab die Tagesform der Kinder eine 3,6.

12.2 Auswertung der Fragebögen der Anwender_innen

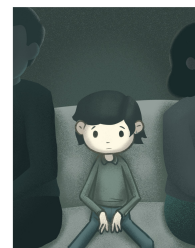
Motiv 1



Motiv2



Motiv3



Die Angaben bezogen sich jeweils auf den Querschnitt der Auswertungsskalen zu jeder einzelnen Fragestellung. Relevante Anmerkungen wurden zur Verarbeitung mit erfasst. Sollten keine Anmerkungen vorhanden gewesen sein, entfiel der Punkt.

1. Wirkt das Kind auf den Karten auf sie traurig?

Motiv 1:	1,6	(1, 1, 1, 1, 1)
Motiv 2:	1,2	(2, 1, 1, 2, 1)
Motiv 3:	2,2	(2, 1, 1, 3, 4)

2. Ist das Thema der depressiven Symptome auf den Karten gut abgebildet?

Motiv 1: 1,8 (2, 1, 1, 2, 3)
Motiv 2: 2,4 (2, 1, 1, 1, 7)
Motiv 3: 2,6 (2, 1, 1, 4, 5)

3. Finden Sie die Farbigkeit bezüglich einer depressiven Thematik für passend?

Querschnitt: 1

4. Empfinden Sie den Malstil als ansprechend?

Querschnitt: 1

5. Wie empfinden Sie die Haptik der Karten?

Querschnitt: 1,4

Ergänzende Anmerkungen:

-Rückseite etwas komisch (Nicht verständlich, fällt daher aus der Betrachtung heraus)
-Könnte noch dickeres Papier sein

6. Finden Sie die Größe für den Gebrauch passend?

Querschnitt: 1,4

7. Welche Gefühle lösen die Karten bei Ihnen aus?

Motiv 1: Mitleid/Angst, Frust/Unruhe, Mitleid, Traurigkeit/Anteilnahme
Motiv 2: Mitleid/Wut/Eifersucht, Traurigkeit/Ärger, Traurigkeit, Mitleid,
Traurigkeit/Anteilnahme
Motiv 3: Mitleid/Ohnmacht/Hilflosigkeit, Einsamkeit, Einsamkeit, Mitleid,
Traurigkeit/Anteilnahme

8. Wie düster empfinden Sie die Karten?

Zu Düster/Gar nicht düster: 3,6

9. Kenne sie aus Ihrer beruflichen Erfahrung heraus die dargestellten Szenen aus der Erzählung von Kindern mit depressiven Symptomen?

Motiv 1: 1,75 (Eine Enthaltung) (3, 1, 2, 1)
Motiv 2: 2 (Eine Enthaltung) (2, 3, 2, 1)
Motiv 3: 4 (Eine Enthaltung) (2, 9, 2, 3)

Ergänzende Anmerkungen:

-Eine Enthaltung mangels Erfahrung

10. Empfinden Sie die abgebildete Hauptfigur als genderneutral?

Querschnitt:4,8

Ergänzende Anmerkungen:

-eher männlich, insbesondere bei Motiv zwei und drei

-Tendenz zum Männlichen, kann aber auch eigene männliche Identifikation sein.

11. Empfinden Sie die Darstellungen zu konfrontativ?

Motiv 1: 9,5 (3, 10, 8, 10, 10)

Motiv 2: 9,5 (3, 10, 8, 10, 10)

Motiv 3: 9,5 (3, 10, 8, 10, 10)

(Eine Wertung wurde wegen dem fehlenden Verständnis der Frage ausgeschlossen)

Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess und den Assoziationskarten

1. Empfinden Sie die Anwendung der Assoziationskarten als wirksam?

Querschnitt: 2,6

Ergänzende Anmerkungen:

-Mehr Karten mit unterschiedlichen Situationen wären gut.

2. Empfinden Sie die Anwendung der Assoziationskarten als praktikabel?

Querschnitt: 1,8

3. Empfinden Sie die Anleitung der Assoziationskarten für Verständlich?

Querschnitt: 2,6

Ergänzende Anmerkungen:

-Eine Kurzübersicht/Zusammenfassung wäre schön.

4. Würden Sie die Karten weiterhin in der Praxis benutzen?

Querschnitt: 1,8

5. Gibt die Anleitung ein sicheres Gefühl für die Anwendung?

Querschnitt: 3

Ergänzende Anmerkungen:

-Beschreibung in Stichpunkten, mit wörtlichen möglichen Fragestellungen ans Kind zur schnellen Antwort

6. Fehlt Ihnen etwas innerhalb der dargestellten Szenerien?

-Unklar, ob öffentliche oder intrafamiliäre Situation bei Motiv drei, Patient gab an, der dargestellte Junge sitze im Bus.

7. Was wäre Ihnen innerhalb der Assoziationskarten noch wichtig?

-Keine

8. Haben Sie kritische Anmerkungen oder Anregungen?

-Bei Motiv drei wurde nicht in die Ke assoziiert, sondern Freunde... Fragen zielen jedoch auf Eltern ab

-Es wäre schön, wenn es noch weitere Fragen gäbe, welche eine Positivsituation bzw. Hoffnungsperspektive der gezeigten Motive darstellt.

9. Haben Sie noch allgemeine Verbesserungsvorschläge?

-Keine

10. Haben Sie noch allgemeine Ergänzende Anregungen?

-Keine

12.3 Ergebnisse der Auswertungsbögen der Anwender_innen und Diskussion

Die Farbwahl, der Malstil, die Haptik und die Größe der Karten schnitten mit einem sehr guten Ergebnis ab. Es wurde folglich festgestellt, dass diese Punkte der Ausarbeitung und Gestaltung keiner Überarbeitung bedürfen und unsere Überlegungen mit den Ansprüchen des Behandlungsprozesses übereingestimmt haben. Auch die Traurigkeit des Kindes wurde mit den Durchschnittswerten 1,0 bis 2,2 als sehr gut bis gut ersichtlich. Hervorstechend ist das erste Motiv und zweite Motiv mit sehr guten Werten. Bei dem dritten Motiv tendierten zwei Werte in Richtung der Mitte.

Die Erkennbarkeit der Szenerie, welche in Bezug auf depressive Symptome ermöglicht werden sollte, bewegt sich im Rahmen eines Wertes von 1,8 und 2,6 und ist folglich sehr gut bis gut angegeben worden. In Bezug auf depressive Symptome bewegt sich im Rahmen eines Wertes von 1,8 und 2,6 und ist folglich sehr gut bis gut erkennbar. Bei dem zweiten Motiv ergab sich mit einer Sieben ein schlechterer Wert und bei dem dritten Bild wurde mit einer Fünf ein mittlerer Wert im Durchschnitt erfasst. In Anbetracht der überwiegenden positiven Werte wird die Abbildung als gut geeignet eingeschätzt und für die weitere Anwendung unverändert eingeplant.

Die Anwender_innen empfanden, mit einem Schnitt von 3,6, die Karten eher als zu düster. Alle drei abgebildeten Szenerien waren ihnen sehr gut bis gut bekannt. Bei jedem Motiv gab es eine Dreierbewertung, die Richtung Mitte zielte. Ein Anwender bewertete als Einzelfall das Motiv Drei mit einer Neun. Folglich waren die ausgewählten Szenerien den Anwender_innen fast komplett bekannt. Die Motivwahl konnte somit als sinnvoll und realitätsnah eingestuft werden.

Die Darstellung und Abbildung der Geschlechterneutralität des Kindes erreichte einen mittleren Wert. Zwei Anwender_innen neigten zu einer männlichen Perspektive. Da die Ergebnisse zwei eher männliche Assoziationen hervorgebracht haben, wird innerhalb einer Folgeüberarbeitung geprüft werden in wie weit die Abbildung des Kindes hin zu einer neutraleren Person besser ausgestaltet werden könnte.

Mit einem Wert von 9,5 bei allen Motiven wurden die Karten als nicht zu konfrontativ wahrgenommen. Nur ein Anwender vergab für alle Motive die Punktzahl drei. Es war hierbei ersichtlich, dass trotz des überwiegenden Zuspruch für den gelungenen Ausdruck der Karten auch andere individuelle Assoziationen seitens der Anwender_innen stattfanden. Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass individuelle Therapiestile die Auswahl der Anwendung beeinflussen können. Zusätzlich ist auch die Haltung, wie Therapie oder soziale Arbeit in der Praxis erfolgen soll, eine individuelle Handlungsweise. Der oder die Anwender_in wird folglich dazu angeregt, selbst zu entscheiden, ob die direkte Darstellung der Assoziationskarten in das individuelle Behandlungskonzept passt und der eigenen Wahrnehmung sowie Haltung entspricht.

Die Karten erreichten innerhalb der Wirksamkeit ein Ergebnis von 2,6 und waren folglich als, in der Praxis, wirksam zu betrachten. Zusätzlich erhielt die Anwendung der Karten einen sehr guten Wert von 1,8.

Die Verständlichkeit der Bedienungsanleitung wurde mit einem Wert von 2,6 eingestuft und die Anleitung bekam innerhalb einer sicherheitsgebenden Funktion eine 3. Die letzten beiden Werte regen dazu an, in einem Folgeschritt die Verständlichkeit und sicherheitsgebende Funktion auf ein höheres Niveau von sehr gut zu heben. Gerade die Sicherheit innerhalb der Anwendung hat hierbei größte Priorität und Bedarf einer Nachbearbeitung.

Innerhalb eines Wertes von 1,8 würden die Karten von den Anwender_innen wieder verwendet werden. Zusätzlich lösten die Motive bei den Anwender_innen unterschiedliche Gefühle und Emotionen aus, die alle in das Spektrum der depressiven Symptome oder deren Reaktion zugeordnet werden konnten. Die Transferleitung der Karten im Bereich der depressiven Symptome und der damit einhergehenden Gefühle wurde folglich bestätigt.

12.4 Auswertung der allgemeinen Ergänzungen der Anwender_innen und Diskussion

Die Frage 6 und 8 förderte bei einem Teilnehmer eine Assoziation außerhalb des Familiensystems. Diese Beobachtung bewerte ich als positiv, da die Karten einen größtmöglichen Assoziationsrahmen bieten sollen. Die hierbei genannten Elternfragen sind als optional zu verstehen. Wie innerhalb der oben angeführten Auseinandersetzung sind die Abbildungen bewusst nicht ressourcenorientiert gestaltet. Ich bin bezüglich des Wunsches nach ressourcenorientierten Karten der Ansicht, dass sich innerhalb des Prozesses der Anwendung immer wieder spontan Möglichkeiten ergeben können, ressourcenorientiert oder hoffnungsperspektiv zu agieren. Aus diesem Grund werden sie auf zusätzlichen Karten nicht extra in Szene gesetzt.

Bezüglich der Haptik gab es eine Anregung die Karten dicker zu gestalten. Dieser Ansicht stimmen wir im Ergebnis zu. Perspektivisch sollen die Karten eine Dicke von 500g erreichen, um eine bessere Griffbarkeit und Langlebigkeit zu erlangen. Zusätzlich gab es den Wunsch nach mehr Motiven. Die Begründung für die eingeschränkte Motivwahl auf insgesamt neun Motive ist in der Konzeption der Karten zu finden. Es wäre aber denkbar weitere Kartensets mit den unterschiedlichen Störungsbildern, die innerhalb dieses Sets vorkommen, zu entwerfen, um folglich eine noch genauere Betrachtungsweise zu erreichen. Es könnten dann auch beispielsweise Karten aus den unterschiedlichen Sets je nach Bedarf gemischt und der Prozess wesentlich individueller angepasst werden.

Zusätzlich gab es den Wunsch nach einer kürzeren Anleitungsbeschreibung und einer passenden Fragestellung zu den Stichpunkten in der Beschreibung. Der Umfang der

Anleitung im späteren Endprodukt wird nochmals einer Prüfung unterzogen und angepasst. Ich halte eine ausführliche Anwendungsanleitung für einen möglichst effektiven Einsatz der Karten als essentiell. Der Umfang sollte den oder die Anwender_in aber nicht abschrecken. Ein Anwender gab an, zehn Minuten mit der Anleitung verbracht zu haben. Innerhalb einer Überarbeitung wären höchstens fünf Minuten ohne Inhaltsverlust anzustreben. Die Beispielfragen dienen, wie oben schon benannt, als Anregung. Der oder die Anwender_in soll innerhalb des eigenen individuellen Stiles agieren, um im Ergebnis die größtmögliche Authentizität zu bewahren.

12.5 Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der ersten Anwendungsphase

Die folgenden Werte beziehen sich auf einen errechneten Querschnitt der Auswertungsbögen.

Relevante Anmerkungen werden zur Verarbeitung erfasst, sollten keine Anmerkungen vorhanden sein, entfällt der Punkt.

1. Wie nimmt das Kind die Anwendung zu Beginn an?

Zögerlich – Offen: 7,4

2. Kann das Kind die Szenerie auf den Karten in der ersten Anwendungsphase gut beschreiben?

Motiv 1:	1,88	(6, 1, 1, 1, 3, 1, 1, 1)
Motiv 2:	2,13	(3, 1, 1, 5, 3, 2, 1, 1)
Motiv 3:	2,13	(4, 1, 1, 2, 3, 4, 1, 1)

2a. Versteht das Kind was abgebildet ist?

Motiv 1:	1,4	(2, 1, 1, 1, 3, 1, 1, 1)
Motiv 2:	1,3	(1, 1, 1, 1, 3, 1, 1, 1)
Motiv 3:	2,8	(5, 1, 1, 3, 3, 4, 3, 2)

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven?

Motiv 1:	Traurigkeit, Aufgeregtheit, an etwas anderes denken, Angst nächsten Tag auch nicht schlafen zu können - traurig, alleine - traurig - Angst - traurig - bedrückt - traurig - (Eine Enthaltung)
Motiv 2:	Traurig, Einsamkeit - streitet sich, traurig - traurig - Traurigkeit - Scham - Traurig - bedrückt - traurig
Motiv 3:	Traurigkeit, Alleinsein, Kind hat was gemacht was nicht so schön war - alleine, Angst - Traurigkeit - Traurigkeit - Trauer, Tränen - Traurig - (Zwei Enthaltungen)

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1:	3,5	(7, 4, 1, 4, 6, 4, 5, 2)
Motiv 2:	4,4	(6, 4, 1, 8, 6, 4, 4, 2)
Motiv 3:	4,5	(7, 4, 1, 4, 6, 5, 7, 2)

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1: 1,75 min (1-2, 2-3, 0,5-1, 3, 1, 3, 2, 0,5)
Motiv 2: 1,75 min (1-2, 1, 0,5-1, 1, 1, 3, 4, 2)
Motiv 3: 2,06 min (1-2, 2-3, 0,5-1, 5, 1, 3, 2, 1)

Ergänzende Anmerkungen:

-Kind beginnt bei Motiv 2 auf Gymnastikball zu wippen und steht auf.

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

Männlich, männlich, männlich, männlich, neutral, neutral, 2x keine Angaben
Nationalität wird von keinem der Kinder benannt

7. Zieht das Kind schon in dieser Phase sprachliche Bezüge zur eigenen Person?

Motiv 1: 7,5 (9, 1, 10, 7, 9, 4, 10, 10)
Motiv 2: 7,9 (9, 1, 10, 8, 9, 6, 10, 10)
Motiv 3: 7,1 (9, 1, 10, 4, 9, 4, 10, 10)

8. Kann das Kind sich gut auf die abgebildete Szenerie konzentrieren?

Motiv 1: 3,6 (2, 8, 2, 3, 4, 1, 2, 7)
Motiv 2: 3,5 (2, 7, 4, 3, 6, 1, 2, 3)
Motiv 3: 3,4 (2, 7, 5, 3, 3, 1, 2, 4)

9. Hat das Kind Fragen zu den Abbildungen und wenn ja welche?

Motiv 1: Keine
Motiv 2: Keine
Motiv 3: Keine

10. Welches Übertragungsgeschehen oder welche Übertragungsprozesse kommen in dieser Phase des Prozesses bei Ihnen oder dem Kind auf?

-Vermeidung, Traurigkeit

-Verlustangst, Mutterübertragung

-Traurigkeit

-Angst sich genannten Themen zu stellen

-Kind hat keine depressive Symptomatik. Beschreibt solche Situationen nicht erlebt zu haben, im Verlauf zunehmend Traurigkeit erkennbar. Kind hat getrennte Eltern, will aber nicht auf näher auf Elternkarte eingehen. Traurigkeit auch bei Therapie vorhanden.

12.6 Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der zweiten Anwendungsphase

1. Welche Karten zieht das Kind heraus?

Motiv 1: 4x
Motiv 2: 2x
Motiv 3: 4x

2. Fängt das Kind direkt an zu erzählen?

Ja – Nein: 4,75 (2, 9, 1, 1, 1, 8, 9, 7)

3. Müssen innerhalb des Prozesses viele unterstützende Fragen gestellt werden und wenn ja bei welchem Motiv?

Keine - Viele: 7,31

Motiv 1: 3x
Motiv 2: 2x
Motiv 3: 4x

4. Kann das Kind sich über die Karte mit den eigenen Themen identifizieren?

Motiv 1:	4	(Eine Enthaltung)	10, 1,7, 1,4, 4, 1
Motiv 2:	5,2	(Drei Enthaltungen)	10, 5, 7, 1, 3,
Motiv 3:	5,3	(Zwei Enthaltungen)	10, 8, 3, 2, 8, 1

5. Welche Gefühle werden bei dem Kind bei den einzelnen Karten ausgelöst, bzw. welche benennt

Motiv 1: Traurigkeit, Angst - traurig, alleine, Einsam, Angst das die Eltern weg sind - schlimm, Einsam - Angst - Angst im Bett, Angst im Dunkeln - Traurig (war in der Vergangenheit so) - zwei Mal keine Angaben
Motiv 2: Traurigkeit, Angst - traurig weil ihn die anderen nicht mitspielen lassen - Allein, Scham - Traurig - vier Mal ohne Angaben
Motiv 3: Traurigkeit, Angst - traurig - traurig – traurig - Trauer - drei Mal keine Angaben

6. Beschreibt das Kind gleiche Situationen die es von sich kennt?

Motiv 1:	6,2	(eine Enthaltung)	(10, 2,10, 3, 10, 8, 1)
Motiv 2:	7,2	(Drei Enthaltungen)	(10, 5, 10, 1, 10)
Motiv 3:	6,8	(Zwei Enthaltungen)	(10, 10, 6, 1, 10, 4)

Ergänzende Anmerkungen:

-Bei Motiv drei sagt das Kind, dass es fernsehen guckt

7. Beschreibt das Kind in Folge der Bildbetrachtung andere Situationen von sich in Verbindung mit depressiven Symptomen und wenn ja welche?

Ja – Nein: 9,4

8. Lösen die Motive Angst bei dem Kind aus?

Ja - Nein

Motiv 1: 5,4 (Eine Enthaltung) (3, 8, 5, 2, 1, 9, 10)

Motiv 2: 5,2 (Eine Enthaltung) (3, 3, 5, 6, 1, 9, 10)

Motiv 3: 5,75 (3, 10, 5, 3, 1, 9, 5, 10)

Ergänzende Anmerkungen:

-Notorische Unruhe bei Motiv

-Sie lösen Unbehagen durch die aufkommende Erinnerung aus

9. Kann sich das Kind gut auf das Geschehen konzentrieren oder driftet es ab? Wenn ja zu welchem Zeitpunkt des Prozesses driftet es ab?

-Kann sich gut auf Geschehen einlassen

-Bei Motiv 2 nach 5Min

-Als es alle drei Karten angeguckt hat und zu allem etwas gesagt hat und umsortiert hat (2-3-1) schweift es schnell ab

-Hohe Vermeidung bei Nichtfragen

-Bei Nachfragen

-Kann sich gut aufs Geschehen konzentrieren

10. Kommt das Kind allgemein leicht mittels der Karten mit Ihnen ins Gespräch?

Ja – Nein: 5,1 (2, 8, 2, 8, 8, 4, 7, 2)

Ergänzende Anmerkungen:

-Trigger unangenehmer Gefühle

12.7 Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern

1. Wie lange dauerte die Anwendung circa insgesamt?

Querschnitt: 11,5 min (20, 17,5, 7, 10, 12, 4, 12,5, 10)

2. War die beschriebene Anwendungsanweisung für das Kind verständlich und wenn nicht, an welchen Stellen gab es Hindernisse?

Ja – Nein: 1,6 (3, 1, 1, 1, 2, 3, 1, 1)

3. Gibt es besondere Beobachtungen im Verhalten, der Körperlichkeit, der Atmung oder des Bewegungsablaufes des Kindes?

-Verlust von Körperspannung, zunehmende Traurigkeit

-Motorische Unruhe ab Motiv 2, selbstregulierende Spannungsabfuhr durch wippen, Distanzierung

-Durch Intelligenzminderung reduzierte Aufmerksamkeit

-Erhöhte Aktivität, hibbelig

4. Haben Sie noch noch allgemeine ergänzende Anmerkungen?

-Ich empfinde das Kind auf den Motiven eher als männlich

-War wertvoll auch bei dieser Zielgruppe

-Ergänzende Positivkarten wären schön

-Wir hatten bereits wiederholt über das Thema geredet, sodass die Situation nicht neu war bzw. diagnostisch geklärt ist. Die Karten sind schöne Anregungen, fühlen sich in dieser Phase des Prozesses aber wie eine zusätzliche Wiederholung von bereits bekanntem, mit zusätzlichem Trigger Charakter ohne Auflösungsimpuls. Für den Einsatz auch nach der Diagnostik wären ergänzende Ressourcen Motive schön, sodass ein Ziel/Auflösungsbild als Möglichkeit zur Verfügung steht

12.8 Ergebnisse der Auswertungsbögen der Kinder und Diskussion

Die Auswertung der Fragebögen der Kinder stellt eine komplexe Aufgabe dar. Die Grundvoraussetzungen der Kinder sind als individuell zu bewerten. Hierbei spielt beispielsweise die Tagesform eine große Rolle, die innerhalb der Studie bei den Kindern variiert. Hinzu kommt das unterschiedliche Alter und die damit unterschiedlichen Entwicklungsstufen sowie den damit einhergehenden Fähigkeiten der Kinder. Die Studie bildet speziell nicht nur depressiv erkrankte Kinder ab, um im Ergebnis eine umfassenderen Einblick in die Wirksamkeit zu erhalten. In Folge dessen sinkt aber auch die Möglichkeit einer noch genaueren Vergleichbarkeit, da die Kinder unterschiedliche Diagnosen mit sich bringen. Gleich verhält es sich auch mit dem Strukturniveau, dass innerhalb der Proband_innen variiert. Zusätzliche Faktoren wären der Entwicklungsstand, das Intelligenzniveau oder die Länge und Tragfähigkeit der Beziehung zu dem oder der Anwender_in. Die Auswertung wird im Folgenden versuchen, trotz unterschiedlichen Grundvoraussetzungen, eine Vergleichbarkeit herzustellen, um die Wirksamkeit der Karten zu untersuchen zu analysieren.

12.9 Auswertung der Fragebögen der Kinder

Innerhalb eines guten Wertes von 7,4 im Querschnitt nähern sich die Kinder der Materie sehr offen. Es ist davon auszugehen, dass der sichere Rahmen, die strukturierte und verständliche Anleitung sowie die Gestaltung der Karten in Kombination mit einer professionellen Anleitung hierfür die Grundlage bilden. Fast alle Kinder schaffen es, bei den drei Motiven die Szenerie gut zu erfassen und diese zu beschreiben. Die Abbildungen sind im Ergebnis folglich nicht zu komplex und für die Kinder gut erfassbar. Auffallend ist hierbei, dass die Anwendung innerhalb der sozialen Arbeit in Teilen eher einen Mittelwert erreicht. Motiv eins und zwei stechen hierbei mit einem besonders guten Ergebnis heraus. Das Motiv drei liegt mit einem Wert von 2,8 immer noch in einem gutem Bereich. Die Grundthematik könnte aber in einem Folgeschritt noch sichtbarer dargestellt werden. In der Assoziation der ausgelösten Gefühle dominiert die Traurigkeit. Diese ähnelt den Assoziationen der Anwender_innen. Die Kinder benennen zusätzlich die Angst, welche beispielsweise bei den Anwender_innen in den Assoziationen nicht vorkommt. Ein hierbei signifikantes Gefühl ist das des Mitleids, dass wiederum bei den Kinder nicht vorhanden ist. Es ist hierbei ersichtlich, dass die Kinder sich in das abgebildete Kind stärker hinein fühlen und sich eventuell identifizieren. Bei den Erwachsenen erfolgt eher eine Betrachtung aus dem Außen, dass sich mittels des Mitleids nicht mit dem Kind identifiziert.

Im Vergleich ist zusätzlich zu sehen, dass die Bandbreite der benannten Gefühle der Erwachsenen umfangreicher ist als die der Kinder.

Ein eher im Mittelfeld vorliegender Wert beschreibt die Schwierigkeit der Kinder, bereits in der ersten Phase in einen Austausch zu gehen. Dies spiegelt sich auch wiederum im Ergebnis das keines der Kinder Fragen zu den einzelnen Abbildungen hatte.

Bei den Kindern überwiegt eine männliche Zuschreibung gegenüber einer Neutralen im Verhältnis von 4 zu 2. Auch hier ist, wie bei den Anwender_innen zu erkennen, das ein gestalterischer Nachholbedarf besteht.

Die Probanden_innen benennen keine Nationalität des abgebildeten Kindes. Hierbei wäre eine interessante zusätzliche Fragestellung gewesen, welche Nationalität oder Hautfarbe die Kinder hatten und wie sich diesbezüglich der weiße Stereotyp ausgewirkt hat.

Im Durchschnitt ziehen die Kinder innerhalb dieser Phase noch keine Bezüge zur Person. Im Punktesystem ist trotzdem erkennbar, dass es zu jedem Motiv jeweils einen Einser Wert gibt. Die Identifikation innerhalb dieser Phase ist folglich im Möglichen. Die Konzentrationsfähigkeit der Kinder erreicht einen guten bis mittleren Wert. Innerhalb der einzelnen Punkte überwiegen die guten Werte. Es wird aber auch ein Wert von acht und drei siebener Werte angezeigt. Es ist ersichtlich, dass die Fähigkeit der Konzentration der Kinder als sehr individuell zu verstehen ist. Grundsätzlich können die Gründe für die Fähigkeit der Konzentration auf eine Materie sehr vielseitig sein. Der gute Wert lässt aber vermuten, dass die Kinder die Anwendung als spannend empfunden haben und dies die Konzentrationsfähigkeit gefördert haben könnte.

Das Übertragungsgeschehen kann als divers wieder gegeben werden. Auffallend ist, dass sich die Assoziationen der Traurigkeit und der Angst darin widerspiegeln. Die bei den Kindern geweckten Assoziationsgefühle sind folglich auch in der Übertragung vorhanden.

Im zweiten Schritt wählen die Kinder Motiv eins und Motiv zwei mit jeweils 4x am häufigsten aus. Für das zweite Motiv wurde sich zweimal entschieden. Insgesamt identifizieren sich fünf der Kinder mit mindestens einem der Motive und wählen mindestens eins gezielt aus. Auffällig ist, dass eines der Kinder, welches kein Motiv ausgewählt hatte, den schlechtesten Tageswert von 7 aufwies. Das andere Kind war das einzige Kind in der Studie bei dem laut des Anwenders keine depressiven Symptome im Vorfeld zu beobachten waren. Es zeigt sich folglich, dass die Mehrzahl der Kinder von den Karten dazu angeregt wurde und in der Lage waren, Bezüge zum eigenen Erleben zu ziehen.

Wie in der ersten Phase fällt es den Kinder in einem mittleren Wert schwer von sich aus zu erzählen. Bei genauerer Betrachtung ist ersichtlich, dass die Werte sich hierbei zu gleichen Teilen im sehr guten, wie auch im schlechten Bereich befinden. Auch hier ist festzustellen, dass die Nutzung und der Zugang zu den Szenarien sehr individuell zu betrachten ist. Zusätzlich ist in einem Wert von 7,31 in dieser Phase festzuhalten, dass die Kinder ein supportives Einwirken in Form von Fragestellungen seitens der Anwender_innen benötigen. Dabei kommt es bei Motiv drei zu den meisten Fragen. Es wiederholt sich hierbei die oben benannte Thematik der nicht ganz klaren Abbildung.

Im Querschnitt können die Kinder sich innerhalb eines Mittelwertes bei allen drei Motiven mit den Karten identifizieren. Auffällig hierbei ist, dass bei jedem Motiv ein klares Ja und ein klares Nein wiederzufinden ist. Auch hier ist die Individualität der Lebensrealitäten der Kinder ersichtlich. In allen drei Motiven sind jeweils drei gute Werte zu finden. Folglich findet sich fast die Hälfte der Kinder in einer der Situationen wieder. Es ist davon

auszugehen, dass in Anbetracht dieser Werte die Auswahl der Motive als positiv zu betrachten ist. Die Gefühle, welche die Kinder in der ersten Phase der Anwendung benennen, sind in der zweiten Identifikationsphase fast identisch. Daraus kann geschlossen werden, dass die Identifizierung mit den ersten Assoziationen hin zum eigenen Erleben in der Anwendung erfolgreich stattfanden.

In einem Querschnitt zwischen 6,2 bis 7,2 beschreiben die Kinder nur vereinzelt Situationen, die sie von sich kennen. Innerhalb des als mittel bis schlecht zu wertenden Querschnittes gibt es im ersten Motiv drei Kinder, die Situationen aus dem eigenen Erleben schildern. Bei Motiv zwei und drei gibt es jeweils ein Kind, das sich auf eine Situation aus der eigenen Lebenswelt bezieht. Auffallend ist, dass das einzige Kind mit einer depressiven Diagnose sich mit allen drei Motiven identifizieren kann. Das Kind mit dem schlechtesten Tagesformwert kommt innerhalb der Fragestellungen auf die Ergebnisse 10, 10 und 6. Das Kind, das ohne depressive Symptome vorstellig wurde, kommt auf einen Wert von drei mal 10. Auch hier ist wieder festzustellen, dass die Ergebnisse sehr individuell sind und stark in Abhängigkeit von Diagnose oder beispielsweise der Tagesform stehen.

Die Kinder beschreiben mit einem Wert von 9,4 keine anderen ähnlichen Situationen die sie kennen. Innerhalb dieses Wertes müsste eventuell in der Phase der Anwendung mehr Unterstützung stattfinden. Wie viel Unterstützung innerhalb der Anwendung stattgefunden hat, kann hier nicht endgültig ermittelt werden. Die Kinder könnten aber grundsätzlich mehr verbal dazu angeregt werden sich in vergleichbare Situationen mit einer depressiven Grundthematik hinein zu versetzen. Es wird beschrieben, dass die Kinder bei nicht konkreter Gesprächsführung eher zu einem Abschweifen tendieren. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Frage 10, die einen Mittelwert erzielt. Mit vier Kindern kommen die Anwender_innen gut bis mittelmäßig ins Gespräch. Dem gegenüber stehen vier Kinder die eher einen schlechteren Wert erreichen. Der oder die Anwender_in ist folglich angeregt bei Bedarf eine aktivere und unterstützendere Gesprächsführung einzunehmen.

Die Abbildungen erreichen zu dem Punkt der Angstausslösung bei den Kindern einen mittleren Wert. Das Empfinden der Kinder ist hierbei sehr unterschiedlich und bewegt sich in einem Rahmen von gar nicht angstausslösend bis stark angstausslösend. Grundsätzlich kann die Auseinandersetzung mit den eigenen unbewussten Themen nachvollziehbar auch in Kombination mit Angst erscheinen. Wichtig für die Anwendung ist hierbei, dass der sichere Rahmen die Angst aushalten und containen kann. Zusätzlich sollte hier ein besonderes Augenmerk auf Triggerpunkte des Kindes gelegt werden und mit höchster Aufmerksamkeit sowie Sensibilität agiert werden.

12.10 Die Auswertung der allgemeinen Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern

Die Anwendung dauerte im Schnitt circa 11,5 Minuten. Die Werte variieren hier sehr stark von vier Minuten bis hin zu zwanzig Minuten für die gesamte Anwendung. Bei Motiv eins verbleiben die Kinder circa 1,75 min, bei Motiv zwei 1,75min, bei Motiv drei 2,06min. Die Verweildauer bei einem Motiv überschritt nicht den Wert von vier Minuten. Auch innerhalb dieser Werte ist die Individualität der Kinder und der Prozesse sichtbar.

Einen durchweg positiven Wert erreicht die Anwendungsanweisung innerhalb der Praxis mit einem Querschnitt von 1,6. Es ist folglich davon auszugehen dass die

Anwendungsanweisung verständlich und praktisch gut anwendbar war.

Die Körperbeobachtungen der Anwender_innen bewegten sich größtenteils im Spektrum der Konzentration sowie Aufmerksamkeit und den damit einhergehenden körperlichen Regulierungsprozessen. Hierbei ist gut zu sehen, wie mittels einer genauen Beobachtung der Körpersprache des Kindes der Zeitpunkt einer zusätzlich Unterstützung gefördert werden kann. Zusätzlich war bei erhöhter Traurigkeit ein Verlust der Körperspannung des Kindes zu beobachten.

12.11 Auswertung der allgemeinen Ergänzungen und Diskussion

Innerhalb der Anmerkungen gibt es den Hinweis, dass die Karten auch völlig andere Assoziationen, wie beispielsweise bei Bild drei das Fernsehschauen, gibt. Bei Assoziationen dieser Art, die mit dem eigentlichen Zweck der Abbildung wenig gemein haben, wäre es die Aufgabe der Anwender_innen genauer weiter zu explorieren, ob es sich um eine Form der Abwehr oder Verdrängung handeln könnte. Zusätzlich entsteht hier ein weiterer Einblick in die Lebenswelt des Kindes, die folglich auch einer genaueren Betrachtung unterzogen werden könnte.

Zusätzlich werden eine Form der Unbehaglichkeit und die oben schon benannten Triggergefahr benannt. Grundsätzlich kann auch hier die Unbehaglichkeit ein Indiz für ein Thema des Kindes darstellen. Auch hier gilt es, dass unbehagliche Terrain innerhalb eines sicheren Rahmens zu erforschen und zu entdecken. Im Ergebnis sehe ich die Unbehaglichkeit als einen positiven Effekt, der unbewusste Prozesse sichtbar und bearbeitbar macht. Entstehen Triggersituationen, sollten diese sehr sorgsam und sensibel behandelt werden. Hierbei sollten stets auch traumatische Erfahrungen der Kinder mit in die Überlegungen und Handlungsweisen einfließen.

Die Karten werden von einem Anwender als wertvoll für die Zielgruppe eingeschätzt. Zusätzlich gab es die berechtigte Anmerkung, dass dem Einsatzzeitpunkt im Behandlungsprozess eine tragende Rolle zukommt. In einem späteren Therapieverlauf könnten sich abgebildete Themen wiederholen oder die Diagnostik schon geklärt sein. Hierbei wird argumentativ eine Triggergefahr angeführt. Ich denke, dass die Karten im Sinne der Diagnostik ihre Wirksamkeit gerade am Anfang der Therapie gut entfalten können und folglich einen Mehrwert für den oder die Anwender_in schaffen können um ein möglichst klares und umfangreiches Bild der Symptome sowie der Lebenswelt des Kindes erreichen zu können. Sollte die Anwendung innerhalb einer schon länger bestehenden Beziehung stattfinden, können die Karten aber auch dazu dienen den aktuellen Krankheitsstand des Kindes zu reflektieren. Dem Kind könnte folglich in einer ressourcenorientierten und retrospektiven Weise seine positive Entwicklung bewusst gemacht werden. Zusätzlich könnte in einem gemeinsamen Austausch auch überprüft werden, an welchen Punkten die Entwicklung des Kindes noch ausbaufähig ist.

Der Anwender des Kindes ohne depressive Symptome berichtete zusätzlich, dass mittels der Karten das erste Mal eine unbewusste Traurigkeit des Kindes zu spüren war, die aber noch nicht verbalisiert werden konnte. Die Karten können hierbei folglich auch als Türöffner für folgende Stunden dienen. Zusätzlich erwähnte das Kind eine Therapiestunde später, dass er einer Klassenkameradin geholfen hatte, die von mehreren Schülern gemobbt wurde. Im Gespräch stellte sich heraus, dass mittels des Perspektivwechsels innerhalb der Anwendung der Karten, eine positive Änderung im Sozialverhaltens des Kindes stattgefunden hatte. Die Karten finden folglich auch hier eine nicht zu

unterschätzende Wirksamkeit auch bei Kindern, die erst einmal ohne depressive Symptome in Erscheinung treten. Folglich kann die Anwendung einen zusätzlichen Beitrag zu einer verbesserten Mentalisierungsfähigkeit der Kinder beitragen.

13.0 Resume

Im Rahmen der entwicklungspsychologischen Betrachtungsweise lies sich feststellen, dass Kinder in einem Alter von sechs bis zehn Jahren bei einer normativ verlaufenden biografischen Entwicklung fähig sind, sich verbal und assoziativ mit den Karten auseinandersetzen zu können. Sie sind in der Lage die Binnenleistung des Erfassens der Szenerie hin zu einer eigenen Identifizierung mit dem Abgebildeten zu leisten. Hierbei muss angemerkt werden, dass Kinder bis zum achten Lebensjahr noch nicht über die gleichen Fähigkeiten wie mit der nächsten Entwicklungsstufe ab dem achten Lebensjahr verfügen. Der Umfang der Studie lässt hierbei keine genaueren Vergleiche zu. Es ist grundlegend davon auszugehen, dass die Anwender_innen in dem Alter von sechs bis acht Jahren einen aktiveren und verbal unterstützenderen Part einnehmen müssen. Zusätzlich unterliegen die Fähigkeiten der Kinder dem Intelligenzniveau, dem Strukturniveau, dem sozialen Umfeld oder auch den Risikofaktoren denen das Kind ausgesetzt ist. Es ist festzustellen, dass es an dem oder der Anwender_in ist, diese Faktoren zu bestimmen und in den Prozess mit einzubinden. Die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Kindes sind folglich stets als individuell zu betrachten.

Das Alter, die neuen Fähigkeiten der Kinder und die verschiedenen Schwellensituationen denen die Kinder ausgesetzt sind, stellen die Kinder innerhalb dieser Alterspanne vor eine große Aufgabe. Diese unterschiedlichen Faktoren begründen, dass eine diagnostisches Werkzeug, wie die hier entwickelten Assoziationskarten, hilfreich zur Früherkennung von Symptomen oder zur Unterstützung des Prozesses innerhalb der Arbeit mit den Kinder ist. Sie können ihr neu gewonnenes, symbolische Denken nutzen, um sich über die Karten selbst besser kennenzulernen. Die neuen sprachlichen Fähigkeiten in Kombination mit der Fähigkeit Gedanken ausdrücken und diese zu reflektieren, macht die Karten zu einem nützlichen Tool für eine gemeinsame Exploration der Gefühlswelten der Kinder.

Die Depression selbst stellt in jeglicher Form eine ernsthafte und schwerwiegende Bedrohung für Kinder dar. Ihre Früherkennung ist von großer Wichtigkeit, um eine weitere Verschärfung der Symptomatik vorzubeugen. Die Bedeutung dessen spiegelt sich auch in der steigenden Rate der von Depressionen betroffenen Kinder wieder.

Bezüglich der Wirksamkeit der Karten fallen die Ergebnisse des Malstils, die der Größe der Karten, die der Haptik und der Farbwahl durchweg positiv aus. In Folge dessen ist die Effektivität dieser Punkte bestätigt und bedarf keiner Nachjustierung. Auch die Szenerie ist für die Anwender_innen authentisch und sichtbar abgebildet. In der Beobachtung erschienen den Anwender_innen die Abbildungen eher zu düster. Die Karten könnten perspektivisch ein wenig aufhellender gestaltet werden. Die Darstellung einer düsteren und traurigen Welt sollte im Ergebnis aber trotzdem erkennbar sowie spürbar bleiben.

Zusätzlich müsste aufgrund der erzielten Ergebnisse die geschlechtsneutrale Darstellung noch einmal überarbeitet werden, um eine differenzierte Abbildung einer geschlechtsneutralen Person zu erreichen. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um ein subjektives Empfinden, dass stark von individueller Wahrnehmung und persönlichen

Interpretationen abhängig ist. Es ist fraglich, ob hierbei ein in sich komplett schlüssiges und für alle befriedigendes Ergebnis erweicht werden kann. Die Karten überzeugen aus Sicht der Anwender_innen auch in der Anwendung und Wirksamkeit. Um hierfür einen bestmöglichen Nährboden zu schaffen, müsste die im Inhalt verständliche und funktionale Anwendungsbeschreibung noch einmal verkürzt werden. Alle Anwender_innen würden weiterführend mit den Assoziationskarten arbeiten. Innerhalb dieses Wertes spiegelt sich die wirksame und präzise gestalterische Erarbeitung der Assoziationskarten wieder.

Es stellte sich heraus, dass die Anwender_innen einen aktiveren und unterstützenderen Part innerhalb der Anwendung einnehmen müssen, um möglichen Unsicherheitsfaktoren oder angstauslösenden Situationen vorzubeugen.

Der Entwicklungs- und Auswertungsprozess zeigt, dass die Karten zu Beginn der gemeinsamen Arbeit ihren größten Nutzen ausbreiten können. Mittels einer fundierten diagnostischen Abklärung innerhalb des angewandten projektiven Verfahrens wird der Grundstein für einen erfolgreichen gemeinsamen Prozess gesetzt. Zusätzlich lässt sich auch feststellen, dass die Karten im fortschreitenden Verlauf eine Wirksamkeit auf unterschiedlichen Ebenen erreichen. Dies beinhaltet beispielsweise die Erforschung des Selbst im Allgemeinen, eine Einsicht in die Lebenswelt des Kindes oder den Ausbau der Mentalisierungsfähigkeit der Kinder.

Die Auswertung zeigte, dass die Symptome der Kinder mittels der Assoziationskarten in Teilen festgestellt werden konnten. Es sollte hierbei noch angeführt werden, dass nicht nur eine Feststellung der Symptome eine erfolgreiche Anwendung darstellt. Auch innerhalb des Ausschließens von den dargestellten Symptomen, kann ein besseres Bild von der Lebensrealität und etwaigen anderen Symptomatiken des Kindes entstehen. Hierbei steht ein allgemeiner Austausch im Vordergrund. Zusätzlich stellt der Ausschluss von den abgebildeten Symptomen auch eine Ressourcenquelle für die Kinder dar, die ins Beziehungsgeschehen mit eingebunden werden kann.

Die Komplexität der individuellen Grundlagen der Kinder setzte dem vertieften Eruiere innerhalb der Arbeit Grenzen. Es war nicht möglich, mit den wenigen vergleichbaren Daten eine tiefe Auseinandersetzung, die über die Wirksamkeit der Gestaltung hinaus ging, zu erreichen. Wichtig in der Arbeit war die Benennung der unterschiedlichen Faktoren, um eine Sichtbarkeit der Komplexität der zugrunde liegenden Bedingungen zu erreichen. Die aus der Arbeit heraus entstandenen Folgefragen regen zu einer weiteren und differenzierteren Forschung an.

In wie weit die anderen sechs nicht untersuchten Motive ihre diagnostische Wirksamkeit entfalten können, müsste in einer weiteren Auswertung geklärt werden. Das Fundament innerhalb einer wirksamen gestalterischen Grundlage ist mittels dieser Arbeit aber gesetzt.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016, „OPD-KJ-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Bartel, S., 2003, „Farben im Webdesign“, X.media.press, Springer, Berlin/Heidelberg

Berg & Mees & Selg, 1997, "Psychologie der Aggressivität", Hogrefe-Verlag, Göttingen

Bilanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006, "Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter - Ein entwicklungspathologisches Lehrbuch", Schattauer GmbH, Stuttgart

Bilanz & Remschmidt & Schmidt & Warnke, 2006, „Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – Ein entwicklungspathologisches Lehrbuch“, Schattauer GmbH, Stuttgart

De Loache, Judy & Eisenberg, Nancy & Saffran, Jenny / & Siegler, Robert, 2014, Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg

Diez-Grieser, Maria Teresa & Müller, Roland, 2018, „Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen“, Klett-Cotta, Stuttgart

Eicke, Dieter, 1982, „Sigmund Freud – Leben, Werk und Wirkung“, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Elhardt, Siegfried, 1994, „Tiefenpsychologie – Eine Einführung“, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Frank, Claudia, 1994, „Wege zur Deutung – Verstehensprozesse in der Psychoanalyse“, Westdeutscher Verlag, Opladen

Fricke-Oerkermann, Leonie & Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd & Wiater, Alfred, 2007, „Schlafstörungen“, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Heinemann, Evelyn & Hopf, Hans, 2004, „Psychische Störungen in Kindheit und Jugend“, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Heller Eva, 2018, „Wie Farben wirken“, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek

Hiller & Leibing & Leichsenring & Sulz, 2007, „Lehrbuch der Psychotherapie – für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung 5“, CIP-Meien, München

Hofmann, Birgit & Schauenburg, Henning, 2007, Psychotherapie der Depression – Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend“, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Jovanovic, Bianca & Schwarzer, Gudrun, 2015, „Entwicklungspsychologie der Kindheit“, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

- Kleespies, Wolfgang, 1998, „Ernst Reinhardt GmbH & Co Verlag, München
- Klußmann, Rudolf, 2000, „Psychotherapie“, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York
- Maltby, John & Day, Liz & Macaskill, Ann, 2011, Differentielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz“, Pearson Education Deutschland GmbH, München
- Myschker, Norbert, 2009, „Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen“, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
- Mertens, Wolfgang & Waldvogel, Will, 2008, „Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe“, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Nissen, 1995, "Aggressivität und Gewalt - Prävention und Therapie", Verlag Hans Huber, CH-Grenchen
- Nitkowski & Petermann, 2015, "Selbstverletzendes Verhalten, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- Pinquart, Martin & Schwarzer, Gudrun & Zimmermann, Peter, 2019, „Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter“, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- Rossmann, Peter, 2012, „Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters“, Verlag Hans Huber, Bern
- Seiffge-Krenke, 2009, „ Psychotherapie und Entwicklungspsychologie“, Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Seiffge-Krenke, 2005, "Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie", Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg, Göttingen
- Sieland, Bernhard, 1996, „Klinische Psychologie – Interventionen“, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Strube, Gerhard, 1984, „Assoziation - Der Prozess des Erinnerns und die Struktur des Gedächtnisses“, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo
- Voigt & Trautmann-Voigt, 2017, „Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie“, Schatthauer GmbH, Stuttgart
- Von Gontard, Alexander, 2019, „Psychische Störungen bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern“, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Internetquellen

Stangl, W. (2023, 4. Juni), „Farbpsychologie – Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik, Zugriff am 01.06.2023 unter <https://lexikon.stangl.eu/9587/farbpsychologie>.

„Haptik von Papier – Der Nutzen liegt auf der Hand – Ein Ausdrucksvolles Papier verstärkt die emotionale Wirkung ihrer Botschaften“, Zugriff am 03.06.2023 unter <https://stuerken.com/magazin/artikel/haptik-von-papier-der-nutzen-liegt-auf-der-hand/>

Destatis, „Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Depression“, Zugriff am 06.06.2023 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/depression-kinder-jugendliche-imfokus.html>

Holtmann, Martin, „Depression im Kinder und Jugendalter“, Zugriff am 06.06.2023 unter <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter>

Ludwig-Walz, Helena / Dannheim, Indra / Pfadenhauer, Lisa / Fegert, Jörg / Bujard, Martin (01.02.2023), „Zunahme von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“, Zugriff am 06.06.2023 unter <https://www.bib.bund.de/DE/Aktuelles/2023/2023-02-01-Schulschliessungen-waehrend-Corona-Pandemie-Zunahme-von-Depressionen-bei-Kindern-und-Jugendlichen.html>

Idw (15.03.2023), „Depressionen bei Kindern häufiger als Eltern glauben“, Zugriff am 06.06. 2023 unter <https://nachrichten.idw-online.de/2023/03/15/depressionen-bei-kindern-haeufiger-als-eltern-glauben>

Hans-Christian von Herrmann, „Wörter aus der Fremde – Begriffsgeschichte als Übersetzungsgeschichte“, Zugriff unter https://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/53028/file/194-197_vonHerrmann.pdf

Anhang

Sehr geehrte Anwender_innen,

wir bedanken uns herzlich, dass Sie sich die Zeit nehmen, an der Auswertung unserer Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen zwischen sechs und zehn Jahren teilzunehmen. Das Projekt ist für uns eine Herzensangelegenheit und wir wollen im Sinne unserer Patient_innen und Klient_innen ein bestmögliches Ergebnis erzielen, um unsere begleitenden Prozesse zu verbessern. Die Entwicklung der Karten findet im Rahmen einer Masterarbeit statt.

Die illustrative Ausarbeitung der Karten übernimmt Richard Göpel aus Leipzig. Richard ist als selbstständiger Illustrator und als Dozent tätig. Die wissenschaftliche Ausarbeitung übernehme ich im Rahmen meiner Masterarbeit des Studienganges „Therapeutische soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ an der Hochschule Mittweida. Ich selbst komme mit einem kunsttherapeutischen Hintergrund aus der sozialen Arbeit und befinde mich momentan zusätzlich in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Parallel bin ich als selbstständiger Künstler tätig. Richard und ich haben in den vergangenen Jahren gemeinsam an unterschiedlichen, kreativen Projekten zusammen gearbeitet. Während unserem fachlichen, künstlerischen und freundschaftlichen Austausch entstand die Idee für ein gemeinsames Projekt, innerhalb dessen sich unsere Disziplinen ergänzen. Wir hoffen die Karten spiegeln unseren Enthusiasmus für das gemeinsame Vorhaben wieder.

Anbei befinden sich Ihre drei Assoziationskarten, eine Anwendungsbeschreibung, der Auswertungsbogen für Sie als Therapeut_in oder Sozialarbeiter_in und der Auswertungsbogen für die Anwendung mit den Kindern, sowie ein frankierter Rücksendeumschlag. Die Rücksendung sollte bestenfalls bis zum 29.05.2023 erfolgen. Sollte dieser Zeitraum nicht eingehalten werden können, bitten wir Sie um eine kurze Benachrichtigung. Die Karten dürfen Sie natürlich behalten und wir würden uns freuen, wenn die Prototypen weiterführend eingesetzt werden.

Die Fragebögen beinhalten ein Punktwertesystem und individuelle Fragen, die wir im Sinne einer bestmöglichen Vergleichbarkeit von Ihnen benötigen. Zusätzlich können Sie in den ergänzenden Anmerkungen Ihre freien Gedanken, weiterführenden Ideen oder Kritik äußern. All das hilft uns die Karten weiter zu optimieren und zu entwickeln. Die ersten drei Karten verstehen sich als Prototyp, um nach erfolgreicher Auswertung noch weitere typische Situationen darstellen zu können.

Sollten Sie zu den Karten oder der Anwendung noch Fragen haben, können Sie sich jederzeit telefonisch oder via Email bei uns melden:

Tel: 0171/7036165
Christoph.popp@yahoo.de

Wir verbleiben in großer Vorfreude auf Ihre Ergebnisse und wünschen Ihnen viel Spaß bei der Anwendung der Karten.

Die Anwendungsanleitung für die Assoziationskarten

Ein wertschätzender und ruhiger Rahmen unterstützt eine bestmögliche Fokussierung des Kindes auf die Karten. Um die volle Entfaltung einer Assoziation zu fördern, ist eine reizarme Umgebung von großer Bedeutung. Jegliche Quellen der Ablenkung, wie beispielsweise Bilder an den Wänden, sollten vermieden werden. Die visuellen Ablenkungen können den Prozess beeinflussen und gegebenenfalls verfälschen. Oftmals sind die beschriebenen Möglichkeiten nicht vorhanden, die Anwender_innen sind also dazu angeregt, kreativ zu sein und die Räumlichkeiten bestmöglich zu präparieren.

Zusätzlich wäre für einen optimalen Erfahrungsraum eine größtmögliche Stille von Vorteil. Je ruhiger das Umfeld ist, in dem das Kind die Karten bearbeitet, desto höher ist die Möglichkeit einer umfassenden Fokussierung. Es sollte stets gewährleistet sein, dass der Prozess nicht von außen gestört wird.

Grundsätzlich kann vor der Assoziationsanwendung eine Entspannungsübung als Grundlage für ein konzentriertes Arbeiten hilfreich sein. Diese kann in unterschiedlichen Methodiken stattfinden, beispielsweise in Form von Meditation, Atemübungen, autogenem Training, etc.. Der Zugang zu unbewussten Prozessen wird mittels des zur Ruhe Kommens und des bei sich Seins unterstützt. Die Anwendung von Techniken dieser Art ist empfehlenswert, aber grundsätzlich keine Voraussetzung. .

Von großer Bedeutung ist eine wertschätzende Präsentation der Karten. Die Kinder sollen von Beginn an das Gefühl haben in dem Prozess etwas Besonderes zu erfahren. Die Vermittlung dieser Besonderheit wird von dem oder der Anwender_in in einer Verbindung von einfühlsamer Kommunikation, einem willkommenen Ausdruck und einer wertschätzenden Präsentation vermittelt. Der oder die Anwender_in stellt folglich einen gewichtigen Teil für das bestmögliche Gelingen der Assoziationsanwendung dar.

Kommunikation

Der gemeinsame Grundnenner einer tiefgreifenden Kommunikation innerhalb eines dyadischen Geschehens ist die gleiche Sprache oder ein allgemeines Sprachverstehen. Es sollte folglich vor der Anwendung immer ein Abgleich von Sprachkenntnis oder Sprachverständnis stattfinden. Die daraus resultierenden Ergebnisse müssen innerhalb der Anwendung berücksichtigt werden.

Innerhalb der Kommunikation mit dem Kind sollte stets ein hohes Maß an Aufmerksamkeit vorhanden sein. Diese Form der stetigen Aufmerksamkeit gibt dem Kind das Gefühl gesehen und gehört zu werden. Eine wertschätzende Kommunikation ist die Basis für einen Raum in dem sich das Kind wohl fühlen kann. Dieser Raum bildet die Grundlage für eine positive Annahme dessen, was in der Anwendung erfolgen wird. Im übertragenen Sinne bildet dieser Zusammenhang das Fundament für eine freien Öffnung des Kindes und der daraus resultierenden Beschreibung der Assoziation sowie der folgenden Bezüge zum eigenen Erleben.

Die Kommunikation innerhalb der Anwendung sollte offen und einladend gestaltet werden, um etwaigen Unsicherheiten des Kindes entgegen zu wirken. Die Unsicherheiten stehen zusätzlich in großem Maße in Abhängigkeit von dem vorherrschenden Beziehungsstaus. Je kürzer die Zusammenarbeit mit dem Kind ist, desto aufmerksamer und sorgsamer muss die sprachliche Gestaltung erfolgen.

Hierbei ist es wichtig, die Kinder als Individuen zu begreifen, die unterschiedliche

Bedürfnisse mit sich bringen. Der/die Anwender_in muss in jeder neuen Anwendung folglich in der Lage sein, die Bedürfnisse sowie die Temperamente der Kinder zu erkennen und danach zu handeln. Innerhalb der Anwendung soll der/die Anwender_in dazu angeregt werden, auch die Sicherheitsbedürfnisse des Kindes in einem gemeinsamen Austausch zu erforschen und folglich nach diesen zu handeln. Innerhalb einer gemeinsamen Exploration der Bedürfnisse des Kindes wird folglich die Basis für eine möglichst freie Bewegung des Kindes innerhalb des assoziativen Erfahrungsraums geschaffen.

Dem Kind sollte mittels einer sorgsam gewählten Sprache das Gefühl vermittelt werden, dass ihm oder ihr ein Raum eröffnet wird, in dem es sich frei und ohne Konsequenzen gedanklich ausprobieren kann. Die Sprache ist folglich der Eingangsschlüssel für den erschaffenen Erfahrungsraum und die Kindern sollten sich in freudiger und gleichwohl gespannter Erwartung in diesen Raum eingeladen fühlen.

Zusätzlich sollte das Kind darauf hingewiesen werden, dass es jederzeit die Anwendung stoppen oder unterbrechen darf bzw. aktiv einschreiten darf, wenn es ihm zu viel wird. Mittels dieser Interventionsmöglichkeit soll den Kindern ein hohes Maß an Kontrolle und Sicherheit gegeben werden. Ergänzend zu der Eigenverantwortung des Kindes ist es eine wichtige Aufgabe des/der Anwender_s_in aufmerksam die Reaktionen der Kinder zu beobachten und gegebenenfalls zu intervenieren. Der für das Kind, sichere Rahmen muss folglich innerhalb des Prozesses immer wieder überprüft und unter Umständen erneuert werden. Sollte ein Kind von den abgebildeten Situationen zu stark getriggert sein, liegt es im Ermessen des/der Anwender_in die Anwendung abzubrechen.

Die Anwendungsbeschreibung

Wenn die oben angeführten allgemeinen Bedingungen für die Anwendung der Karten erfüllt sind, können die Karten ohne eine vorgegebene Reihenfolge der Motive verdeckt nebeneinander ausgelegt werden. Innerhalb der Anordnung sollten jeweils drei Karten nebeneinander liegen. Im Ergebnis sollte die Anordnung eine Blockform ergeben. Innerhalb des Kartenblockes sollte zwischen den Karten ein gleicher Abstand sein. Dieser sollte nicht mehr als zehn Zentimeter betragen.

Innerhalb der Betrachtung ist es von großer Wichtigkeit dass eine harmonische und strukturierte Präsentation erfolgt. Die Mühe einer wertschätzenden Präsentation spiegelt folglich auch die Wertschätzung des/der Anwender_innen gegenüber den persönlichen und vertraulichen Themen der Kinder wieder.

Im folgenden Schritt muss das Kind auf die oben beschriebenen Schutz- und Sicherheitsoptionen hingewiesen werden. Das Kind wird nun angehalten die erste Karte innerhalb einer freien Wahl umzudrehen und verbal ermutigt das Geschehen auf der Karte zu beschreiben.

Je nach Umfang der Beschreibung ist der/die Anwenderin verbal befugt genauer nachzuforschen und detaillierter nachzufragen, was die abgebildete Szenerie beschreibt. Für weitere Einschätzungen ist es für den/die Anwender_in interessant, welche Komponenten der Szenerie bei der ersten Beschreibung nicht benannt oder nicht gesehen werden. Zusätzlich spielt die Wiedergabe der Reihenfolge des Gesehenen eine tragende Rolle. Das Kind sollte ausreichend Zeit für die eigene Beobachtung bekommen. Auch innerhalb des supportiven Eingreifens des/der Anwender_in sollte eine zeitliche Begrenzung erst einmal keine Rolle spielen. Eine Intervention sollte nur stattfinden, wenn

der zeitliche Rahmen Gefahr läuft gesprengt zu werden.

Diese Vorgehensweise wird nun bei weiterhin freier Kartenwahl wiederholt bis alle drei Karten umgedreht und besprochen sind. Innerhalb dieses Prozesses sollte eine möglichst reine und allgemeine Beschreibung des Abgebildeten erfolgen. Wiedergegebene persönliche Zusammenhänge oder Abschweifungen sollten in dieser Phase mit dem Hinweis des späteren Wiederaufnehmens der Themen begrenzt werden. Dies sollte in einer wertschätzenden und nicht reglementierenden Weise erfolgen. Wichtig in diesem Fall wäre eine weitere Fokussierung auf den Prozess und der weiteren Offenheit des Raumes mit der Perspektive der späteren Bearbeitung des für den Moment begrenzten Inhaltes.

Das Kind wird im weiteren aufgefordert noch einmal alle Karten zu betrachten. Die/der Anwender_in regt das Kind im Folgeschritt verbal dazu an, sich in die Situationen hinein zu fühlen und die Karten heraus zu sortieren, die es aus dem eigenen Erleben kennt. Da dieser Part der Anwendung einen persönlichen Zusammenhang zu etwaig verletzlicher Thematik bildet, gilt es in dieser Phase ein höchstes Maß an Sensibilität, Ruhe, Ausgeglichenheit und Aufmerksamkeit zu gewährleisten. Die nicht berücksichtigten Karten werden von dem oder der Anwender_in umgedreht oder ganz aus dem Sichtfeld gelegt. Innerhalb der Beobachtung des Prozesses ist die Reihenfolge der Wahl der Karten zu beachten, sowie der Bewegungsfluss im Wählen der Karten. Der/die Anwender_in ist dazu angeregt aufmerksam die Körperreaktion des Kindes wahrzunehmen, hierzu zählen beispielsweise die Atmung, ein Stocken in der Bewegung, ein allgemeines Zögern oder ein Abwarten innerhalb der Kartenwahl. Die Auseinandersetzung mit den einzelnen Karten soll in der gleichen Reihenfolge erfolgen, in der das Kind die Karten ausgesucht hat. Jede Karte wird folglich noch einmal in Ruhe zusammen betrachtet und einzeln nach einander besprochen. Das Kind darf die Karten auch in die Hand nehmen um eine vertiefte Betrachtung zu erreichen.

Innerhalb dieser zweiten Phase des Anwendungsprozesses kann eine gemeinsame Exploration der Thematik des Kindes erfolgen. Dem Kind soll hierbei so viel Zeit wie möglich eingeräumt werden, da sich die Anwendung auf der bedeutendsten Ebene befindet. Der/die Anwender_in ist dazu aufgerufen genau und aufmerksam nachzufragen, um in größtmöglichem Maße in die Lebenswelt des Kindes einzutauchen. Das Kind soll dazu angeregt werden, möglichst genau und bildlich zu beschreiben, wie es sich in den Situationen erlebt und gefühlt hat, welche Gefühle es jetzt in dem Moment dazu hat, in welchem Rahmen oder Häufigkeit die Situationen stattfanden, etc.. Am Ende der gemeinsamen Betrachtungsweise sollte noch verbal ein Raum eröffnet werden, innerhalb dessen noch Platz für weitere Assoziationen bleibt, die so auf den Assoziationskarten nicht zu finden waren.

Am Ende der Anwendung kann sich der oder die Anwender_in noch in wertschätzender Weise bei dem Kind für die Offenheit bedanken um ihm zu suggerieren, dass innerhalb der Anwendung etwas sehr Wertvolles und Persönliches geteilt worden ist.

Motiv 1 – Die Einschlafsituation des Kindes



Potenzielle, aber nicht bindende Fragen zu der Karte:

Wie schnell schläft das Kind ein? Schläft das Kind durch? Wenn nicht, wie oft wacht das Kind auf? Träumt das Kind und wenn ja, was sind das für Träume? Welche Gedankengänge hat das Kind während dem Einschlafprozess? Wie fühlt es sich, wenn es alleine im Bett liegt? Was fehlt dem Kind beim Einschlafen? Was würde dem Kind beim Einschlafen helfen? Hat es Ängste und welche Ängste beschäftigen das Kind genau?

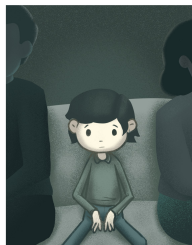
Motiv 2 – Die Spielsituation



Potenzielle, aber nicht bindende Fragen zu der Karte:

Wie viele Freunde hat das Kind? Wie spielt es? Wie fühlt sich das Spiel mit Gleichaltrigen an? Fühlt es sich unter Gleichaltrigen wohl? Was spielt das Kind am liebsten? Was würde das Kind am liebsten mit anderen Kindern spielen? Welche Erfahrungen hat es bisher in Gruppen gesammelt? Fühlt es sich alleine?

Motiv 3 – Die Beziehung mit den Bezugspersonen



Potenzielle, aber nicht bindende Fragen zu der Karte:

Wie ist der Kontakt zu den Eltern? Gibt es einen Unterschied zwischen dem Kontakt zu der Mutter oder dem Vater? Kann das Kind mit den Eltern offen reden? Was würde es sich von den Eltern wünschen? Was fehlt dem Kind zuhause? Wie geht es den Eltern? Wie verbringen die Eltern ihre Zeit? Streiten die Eltern zuhause? Wie würde das Kind seine Eltern beschreiben?

Ergänzende Anmerkungen:

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven?

Motiv 1: *traurig*

Motiv 2: *traurig*

Motiv 3: *traurig*

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1

Ja Nein
① 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2

Ja Nein
① 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3

Ja Nein
① 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1: *Amin*

Motiv 2: *Amin*

Motiv 3: *Amin*

Ergänzende Anmerkungen:

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

männlich

Ergänzende Anmerkungen:

Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der zweiten Anwendungsphase

1. Welche Karten zieht das Kind heraus?

Motiv 1

Motiv 2

Motiv 3

nur Motiv Elternbeziehung (Legende fehlt gerade)

Ergänzende Anmerkungen:

2. Fängt das Kind direkt an zu erzählen?

Ja

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nein

Ergänzende Anmerkungen:

3. Müssen innerhalb des Prozesses viele unterstützende Fragen gestellt werden und wenn ja bei welchem Motiv?

keine

1 2 3 4 5 6 7-8 9 10

viele

Motiv 1

Motiv 2

Motiv 3

nur Elternbeziehung / Streit

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kann das Kind sich über die Karte mit den eigenen Themen identifizieren?

Motiv 1 *Elternbeziehung*

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nein

Motiv 2

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nein

Motiv 3

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nein

Ergänzende Anmerkungen:

5. Welche Gefühle werden bei dem Kind bei den einzelnen Karten ausgelöst, bzw. welche benennt

Motiv 1:

Motiv Enttäuschung: Traurigkeit / was in Vergangenheit ist

Motiv 2:

Motiv 3:

Ergänzende Anmerkungen:

6. Beschreibt das Kind gleiche Situationen die es von sich kennt?

Motiv 1 *Eltern*
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

7. Beschreibt das Kind in Folge der Bildbetrachtung andere Situationen von sich in Verbindung mit depressiven Symptomen und wenn ja welche?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

Auswertungsbogen – Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen zwischen sechs und zehn Jahren

Alter des Kindes: 9
Geschlecht des Kindes: weiblich
In welchem Rahmen findet die Anwendung statt (Therapieverfahren/soziale Arbeit?): VT
Diagnose (wenn vorhanden): Elternbetreuung
Strukturniveau (wenn vorhanden):
Neurosenform nach Opdkj-2 (wenn vorhanden):
Bisheriger Betreuungs- oder Behandlungsumfang: Sprechstunde: 4-6
Eingeschätzte Tagesform des Kindes:

sehr gut schlecht
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hinweis: Sollte Ihnen der Platz innerhalb der Fragen für Ihre Antworten zu klein sein, nutzen Sie bitte mit Verweis auf die Fragennummer die Rückseite für weiter Ausführungen.

Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der ersten Anwendungsphase

1. Wie nimmt das Kind die Anwendung zu Beginn an?

Zögerlich Offen
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

2. Kann das Kind die Szenerie auf den Karten in der ersten Anwendungsphase gut beschreiben?

Motiv 1
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

2. Versteht das Kind was abgebildet ist?

Motiv 1
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven? ↗

Motiv 1: *bedrückt*

Motiv 2: *bedrückt*

Motiv 3: *Freude / Tränen*

Ergänzende Anmerkungen:

nennt keine konkreten Gefühle

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

*Ⓜ Auftrag ist Beschreibung. Ein weiteres Gespräch würde / sollte durch Aufgabenstellung
verhindert werden.*

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1: *1-2 min*

Motiv 2: *1-2 min*

Motiv 3: *1-2 min*

Ergänzende Anmerkungen: *Zermessung steht im Prozess*

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

weiblich

Ergänzende Anmerkungen:

Auswertungsbogen – Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen zwischen sechs und zehn Jahren

Alter des Kindes: 10
Geschlecht des Kindes: männlich
In welchem Rahmen findet die Anwendung statt (Therapieverfahren/soziale Arbeit?): VT
Diagnose (wenn vorhanden): mit Eigenzustand / Angststörung
Strukturniveau (wenn vorhanden):
Neurosenform nach Opdkj-2 (wenn vorhanden):
Bisheriger Betreuungs- oder Behandlungsumfang: KZT I
Eingeschätzte Tagesform des Kindes:
sehr gut 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 schlecht

Hinweis: Sollte Ihnen der Platz innerhalb der Fragen für Ihre Antworten zu klein sein, nutzen Sie bitte mit Verweis auf die Fragennummer die Rückseite für weiter Ausführungen.

Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der ersten Anwendungsphase

1. Wie nimmt das Kind die Anwendung zu Beginn an?

Zögerlich 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Offen

Ergänzende Anmerkungen:

2. Kann das Kind die Szenerie auf den Karten in der ersten Anwendungsphase gut beschreiben?

Motiv 1
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

2. Versteht das Kind was abgebildet ist?

Motiv 1
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven?

Motiv 1: *traurig*

Motiv 2: *traurig*

Motiv 3: */*

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1

Ja Nein
1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10

Motiv 2

Ja Nein
1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10

Motiv 3

Ja Nein
1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1:

Motiv 2: *je 30sek - 1min*

Motiv 3:

Ergänzende Anmerkungen:

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

männlich

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie empfinden Sie die Haptik der Karten?

Angenehm Unangenehm
1 2 ③ 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

- Rückseite ist etwas komisch.

6. Finden Sie die Größe für den Gebrauch passend?

Ja Nein
1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

7. Welche Gefühle lösen die Karten bei Ihnen aus?

Motiv 1: Mitleid

Motiv 2: "

Motiv 3: "

Ergänzende Anmerkungen:

8. Wie düster empfinden Sie die Karten?

Zu düster Gar nicht düster
1 2 ③ 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

9. Kenne sie aus Ihrer beruflichen Erfahrung heraus die dargestellten Szenen aus der Erzählung von Kindern mit depressiven Symptomen?

Motiv 1
Ja Nein
1 2 ③ 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Haben Sie kritische Anmerkungen oder Anregungen?

Es wäre schön, wenn es noch weitere Karten gäbe, welche eine positive Situation bzw. Hoffnungsperspektive der gezeigten Motive darstellt.

9. Haben Sie noch allgemeine Verbesserungsvorschläge?

10. Haben Sie noch allgemeine Ergänzende Anregungen?

8. Lösen die Motive Angst bei dem Kind aus?

Motiv 1

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

9. Kann sich das Kind gut auf das Geschehen konzentrieren oder driftet es ab? Wenn ja zu welchem Zeitpunkt des Prozesses driftet es ab?

Ergänzende Anmerkungen:

Als es alle 3 Karten angeguckt hat und zu allen etwas gesagt hat und umsortiert hat (2-3-1) schweift es schnell ab.

10. Kommt das Kind allgemein leicht mittels der Karten mit Ihnen ins Gespräch?

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern

1. Wie lange dauerte die Anwendung circa insgesamt? ca 7 Min

Ergänzende Anmerkungen:

8. Haben Sie kritische Anmerkungen oder Anregungen?

9. Haben Sie noch allgemeine Verbesserungsvorschläge?

10. Haben Sie noch allgemeine Ergänzende Anregungen?

Ergänzende Anmerkungen:

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven?

Motiv 1: *traurig, alleine*

Motiv 2: *streitet sich, traurig*

Motiv 3: *alleine, Angst*

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1: *13 min*

Motiv 2: *1 min*

Motiv 3: *2-3 min*

Ergänzende Anmerkungen:

*beginnt bei Motiv 2, auf Symmetrieball zu wippen
steht auf.*

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

Junge, (männlich)

Ergänzende Anmerkungen:

7. Zieht das Kind schon in dieser Phase sprachliche Bezüge zur eigenen Person?

Motiv 1

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Motiv 2

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Motiv 3

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Ergänzende Anmerkungen:

8. Kann das Kind sich gut auf die abgebildete Szenerie konzentrieren?

Motiv 1

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Motiv 2

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Motiv 3

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Ergänzende Anmerkungen:

9. Hat das Kind Fragen zu den Abbildungen und wenn ja welche?

Motiv 1:

Motiv 2:

nein

Motiv 3:

Ergänzende Anmerkungen:

10. Welches Übertragungsgeschehen oder welche Übertragungsprozesse kommen in dieser Phase des Prozesses bei Ihnen oder dem Kind auf?

- Kind bewegt sich im Raum,
braucht Abstand, scheint
sich selbst betroffen, ich suche nach
Fragen (Gü) fürchte, es zu verlieren, Mutter-
übertragung(?)

Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der zweiten Anwendungsphase

1. Welche Karten zieht das Kind heraus?

Motiv 1 Motiv 2 Motiv 3

Ergänzende Anmerkungen:

2. Fängt das Kind direkt an zu erzählen?

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

3. Müssen innerhalb des Prozesses viele unterstützende Fragen gestellt werden und wenn ja bei welchem Motiv?

keine viele
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 1 Motiv 2 Motiv 3

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kann das Kind sich über die Karte mit den eigenen Themen identifizieren?

Motiv 1
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

? nicht bearbeitet, mögliche Konfrontation in konkreter Sitzung.

8. Lösen die Motive Angst bei dem Kind aus?

Motiv 1

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

motorische Üben bei Motiv 2.

9. Kann sich das Kind gut auf das Geschehen konzentrieren oder driftet es ab? Wenn ja zu welchem Zeitpunkt des Prozesses driftet es ab?

Ergänzende Anmerkungen:

bei Motiv 2 nach 5 min.

10. Kommt das Kind allgemein leicht mittels der Karten mit Ihnen ins Gespräch?

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern

1. Wie lange dauerte die Anwendung circa insgesamt?

Ergänzende Anmerkungen:

15 - 20 min
Anleitung durchlesen dauert zu lange (mehr als 10 min)

2. War die beschriebene Anwendungsanweisung für das Kind verständlich und wenn nicht, an welchen Stellen gab es Hindernisse?

Ja
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nein

Ergänzende Anmerkungen:

3. Gibt es besondere Beobachtungen im Verhalten, der Körperlichkeit, der Atmung oder des Bewegungsablaufes des Kindes?

motorische Ursache ab Motor 2, Selbstregulierende,
Spannungsfaktor durch Wippen / Distanzierung

4. Haben Sie noch noch allgemeine ergänzende Anmerkungen?

Auswertungsbogen – Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen zwischen sechs und zehn Jahren für den oder die Anwender in

1. Wirkt das Kind auf den Karten auf Sie traurig?

Motiv 1
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

2. Ist das Thema der depressiven Symptome auf den Karten gut abgebildet?

Motiv 1
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3
Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

3. Finden Sie die Farbigkeit bezüglich einer depressiven Thematik für passend?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

4. Empfinden Sie den Malstil als ansprechend?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

8. Haben Sie kritische Anmerkungen oder Anregungen?

Bei Motiv 3 werden nicht in die
UE assoziiert, sondern fremde...
Fragen zielen jedoch auf Eltern ab...

9. Haben Sie noch allgemeine Verbesserungsvorschläge?

nein

10. Haben Sie noch allgemeine Ergänzende Anregungen?

Ergänzende Anmerkungen:

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven?

Motiv 1: ANGST

Motiv 2: TRAUERLICHKEIT

Motiv 3: TRAUERLICHKEIT

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1

Ja 1 2 3 4 ~~5~~ 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 ~~4~~ 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 ~~7~~ 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1: 2 MIN.

Motiv 2: 4 MIN.

Motiv 3: 2 MIN.

Ergänzende Anmerkungen:

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

NEUTRAL

Ergänzende Anmerkungen:

Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit den Kindern innerhalb der zweiten Anwendungsphase

1. Welche Karten zieht das Kind heraus?

Motiv 1 Motiv 2 Motiv 3
1 1 3
Ergänzende Anmerkungen:

2. Fängt das Kind direkt an zu erzählen?

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ergänzende Anmerkungen:

3. Müssen innerhalb des Prozesses viele unterstützende Fragen gestellt werden und wenn ja bei welchem Motiv?

keine viele
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 1 Motiv 2 Motiv 3
Ergänzende Anmerkungen:

4. Kann das Kind sich über die Karte mit den eigenen Themen identifizieren?

Motiv 1
Ja Nein
~~1~~ 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
~~1~~ 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 ~~2~~ 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

8. Lösen die Motive Angst bei dem Kind aus?

Motiv 1

Ja 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

9. Kann sich das Kind gut auf das Geschehen konzentrieren oder driftet es ab? Wenn ja zu welchem Zeitpunkt des Prozesses driftet es ab?

HOMER VERMEIDUNG BEI NIMMERFRAGEN

Ergänzende Anmerkungen:

10. Kommt das Kind allgemein leicht mittels der Karten mit Ihnen ins Gespräch?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern

1. Wie lange dauerte die Anwendung circa insgesamt?

Ergänzende Anmerkungen:

10 MW.

7. Zieht das Kind schon in dieser Phase sprachliche Bezüge zur eigenen Person?

Motiv 1

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

8. Kann das Kind sich gut auf die abgebildete Szenerie konzentrieren?

Motiv 1

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

9. Hat das Kind Fragen zu den Abbildungen und wenn ja welche?

Motiv 1:

Motiv 2:

Motiv 3:

Ergänzende Anmerkungen:

10. Welches Übertragungsgeschehen oder welche Übertragungsprozesse kommen in dieser Phase des Prozesses bei Ihnen oder dem Kind auf?

Angst, sich von GEMANNEN FÜRSTEN ZU TÖTLEN

8. Lösen die Motive Angst bei dem Kind aus?

Motiv 1

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

9. Kann sich das Kind gut auf das Geschehen konzentrieren oder driftet es ab? Wenn ja zu welchem Zeitpunkt des Prozesses driftet es ab?

BEI NACHFRAGEN

Ergänzende Anmerkungen:

10. Kommt das Kind allgemein leicht mittels der Karten mit Ihnen ins Gespräch?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

Allgemeine Fragen zu dem individuellen Anwendungsprozess mit dem Kindern

1. Wie lange dauerte die Anwendung circa insgesamt?

Ergänzende Anmerkungen: 12 MW.

2. War die beschriebene Anwendungsanweisung für das Kind verständlich und wenn nicht, an welchen Stellen gab es Hindernisse?

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

3. Gibt es besondere Beobachtungen im Verhalten, der Körperlichkeit, der Atmung oder des Bewegungsablaufes des Kindes?

4. Haben Sie noch noch allgemeine ergänzende Anmerkungen?

Auswertungsbogen – Assoziationskarten für Kinder mit depressiven Symptomen zwischen sechs und zehn Jahren für den oder die Anwender_in

1. Wirkt das Kind auf den Karten auf Sie traurig?

Motiv 1

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

2. Ist das Thema der depressiven Symptome auf den Karten gut abgebildet?

Motiv 1

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

3. Finden Sie die Farbigkeit bezüglich einer depressiven Thematik für passend?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

4. Empfinden Sie den Malstil als ansprechend?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie empfinden Sie die Haptik der Karten?

Angenehm Unangenehm
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

KÖNNTE AUCH DICKERES PAPIER SEIN

6. Finden Sie die Größe für den Gebrauch passend?

Ja Nein
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

7. Welche Gefühle lösen die Karten bei Ihnen aus?

Motiv 1: ANGST, UNRUHE

Motiv 2: TRÄURIGKEIT, ÄRGER

Motiv 3: SINNKRAFT

Ergänzende Anmerkungen:

8. Wie düster empfinden Sie die Karten?

Zu düster Gar nicht düster
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

9. Kenne sie aus Ihrer beruflichen Erfahrung heraus die dargestellten Szenen aus der Erzählung von Kindern mit depressiven Symptomen?

Motiv 1
Ja Nein
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Empfinden Sie die Anleitung der Assoziationskarten für Verständlich?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein
Ergänzende Anmerkungen:

4. Würden Sie die Karten weiterhin in der Praxis benutzen?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein
Ergänzende Anmerkungen:

5. Gibt die Anleitung ein sicheres Gefühl für die Anwendung?

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein
Ergänzende Anmerkungen:

6. Fehlt Ihnen etwas innerhalb der dargestellten Szenerien?

7. Was wäre Ihnen innerhalb der Assoziationskarten noch wichtig?

8. Haben Sie kritische Anmerkungen oder Anregungen?

9. Haben Sie noch allgemeine Verbesserungsvorschläge?

10. Haben Sie noch allgemeine Ergänzende Anregungen?

Ergänzende Anmerkungen:

3. Welche Gefühle benennt das Kind im Zusammenhang mit den gezeigten Motiven?

Einschlafen Motiv 1: Traurigkeit, Aufgeregtheit → noch an etwas denken, Angst
Spiele- Motiv 2: Traurigkeit, Einsamkeit
Eltern Motiv 3: Traurigkeit, Alleinsein, Kind hat was gemacht, was nicht so schön war
Angst
nächsten Tag
auch nicht
Schlafen zu
kann

Ergänzende Anmerkungen:

4. Kommt das Kind leicht mit ihnen über die Kartenmotive ins Gespräch?

Motiv 1

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 2

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Motiv 3

Ja 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie lange ist das Kind zeitlich circa bei jeder Karte?

Motiv 1: 3 min

Motiv 2: 3 min

Motiv 3: 3 min

Ergänzende Anmerkungen:

6. Empfindet das Kind die Figur auf den Karten als männlich, weiblich, genderneutral oder macht es keine Angaben von sich heraus zum Geschlecht? Gibt es zusätzlich eine Zuschreibung der Nationalität des abgebildeten Kindes?

Ergänzende Anmerkungen:

5. Wie empfinden Sie die Haptik der Karten?

Angenehm Unangenehm
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

6. Finden Sie die Größe für den Gebrauch passend?

Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

7. Welche Gefühle lösen die Karten bei Ihnen aus?

Motiv 1: Traurigkeit | Anteilnahme |
Motiv 2: Traurigkeit | | |
Motiv 3: Traurigkeit | | |

Ergänzende Anmerkungen:

8. Wie düster empfinden Sie die Karten?

Zu düster Gar nicht düster
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ergänzende Anmerkungen:

9. Kenne sie aus Ihrer beruflichen Erfahrung heraus die dargestellten Szenen aus der Erzählung von Kindern mit depressiven Symptomen?

Motiv 1
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 2
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motiv 3
Ja Nein
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Empfinden Sie die Anleitung der Assoziationskarten für Verständlich?

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein
Ergänzende Anmerkungen:

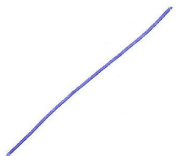
4. Würden Sie die Karten weiterhin in der Praxis benutzen?

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein
Ergänzende Anmerkungen:

5. Gibt die Anleitung ein sicheres Gefühl für die Anwendung?

Ja 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nein
Ergänzende Anmerkungen:

6. Fehlt Ihnen etwas innerhalb der dargestellten Szenerien?



7. Was wäre Ihnen innerhalb der Assoziationskarten noch wichtig?



8. Haben Sie kritische Anmerkungen oder Anregungen?



9. Haben Sie noch allgemeine Verbesserungsvorschläge?



10. Haben Sie noch allgemeine Ergänzende Anregungen?



Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ausschließlich unter der Verwendung der im Quellen- und Literaturverzeichnis aufgeführten Werke angefertigt habe.

Ort, Datum

Unterschrift