

Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen

Teil 2 der Studienergebnisse – Veränderungen

Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber
Universität Innsbruck

1. Einleitung

Der Ansatz der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren bei vielen TherapeutInnen auf großes Interesse gestoßen. Die positiven Erfahrungen mit diesem vielfältigen und kreativen Verfahren lassen vermuten, dass es sich dabei auch bei dieser PatientInnengruppe um eine sehr wirksame therapeutische Methode handelt. Bisher wurde die positive Wirksamkeit der KIP ausschließlich bei Psychotherapien mit Erwachsenen nachgewiesen (v. Wietersheim et al. 2003, Sachse et al. 2016, Sell et al. 2017). Aus diesem Grund wurde eine größere empirische Studie durchgeführt, welche den Beleg der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser Therapieform bei Jugendlichen zum Ziel hatte (Fiala-Baumann 2017).

Die Studie wurde als naturalistische, prospektive Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten konzipiert. Der erste Messzeitpunkt (T₁) fand zu Beginn der Behandlung, der zweite nach einem halben Jahr (T₂) und der dritte nach einem Jahr (T₃) statt. Eine Katamnese (T₄) erfolgte ein halbes Jahr nach Abschluss der Behandlung. Eine klinische Gruppe von Jugendlichen (N=30) wurde mit einer Kontrollgruppe (N=46) nicht behandelter Jugendlicher verglichen. Die klinische Gruppe umfasste 21 Mädchen und 9 Jungen. Die häufigsten Erstdiagnosen waren Angststörungen und depressive Störungen. Sechs Mädchen litten unter Essstörungen. Das psychosoziale Funktionsniveau wurde bei 14 Jugendlichen als »mäßig«, bei 10 Jugendlichen als »leicht« und bei vier Patienten als »ernsthaft« beurteilt (siehe auch Fiala-Baumann & Bänninger-Huber 2016, S. 45). Die Behandlungen wurden zwischen 2013 und 2015 von erfahrenen KIP-TherapeutInnen in

Österreich und Südtirol durchgeführt, und zwar von 16 weiblichen Therapeutinnen und 2 männlichen Therapeuten.

Zur Einschätzung von Symptombelastung und Beziehungserleben durch die Jugendlichen und die Eltern wurden verschiedene Instrumente eingesetzt. Diese umfassten verschiedene standardisierte Fragebögen sowie halbstrukturierte Interviews. Um den Besonderheiten der therapeutischen Technik der KIP Rechnung zu tragen, wurde das KIP-spezifische Motiv der Blume ebenfalls im Längsschnitt eingestellt und ausgewertet. Das exakte methodische Vorgehen in dieser Studie sowie die Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns wurden bereits ausführlich in dieser Zeitschrift dargestellt (Fiala-Baumann & Bänninger-Huber 2016). In diesem zweiten Teil soll der Fokus nun auf den durch die Behandlung erzielten Veränderungen liegen.

2. Erfassung der Symptombelastung zum ersten Messzeitpunkt

Die Symptombelastung gibt eine Einschätzung über den Grad der gesundheitlichen und seelischen Belastung der Jugendlichen. Für die Erfassung der akuten Belastung (letzte sieben Tage) wurde die »Symptom Check List« – SCL-90-S (Derogatis 1977) in der Langversion über alle Messzeitpunkte eingesetzt. Für die längerfristige Symptombelastung (letzte sechs Monate) wurde der »Fragebogen für Jugendliche – YSR/11-18« (Döpfner 1994a) benutzt. Parallel dazu wurden die Eltern (Mütter, Väter) der Patientinnen und Patienten sowie diejenigen der Kontrollgruppe zur Symptombelastung ihrer Kinder befragt. Verwendet wurde dazu der »Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – CBCL/4-18« (Döpfner 1994b). Ebenso wurden Jugendliche und Eltern sowohl der PatientInnen als auch der Kontrollgruppe mittels halbstrukturierter Interviews zur Symptombelastung befragt.

Die Fragebögen wurden entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Testmanuale ausgewertet. Vergleiche zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe erfolgten mittels Mann-Whitney-U-Tests. Dieser nicht-parametrische Test wurde auf Grund der nicht-normalverteilten Skalenwerte und der Gruppengröße gewählt. Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics 21.0–23.0 durchgeführt. Die Auswertung der halbstrukturierten Interviews erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2010).

Die Datenauswertung zeigte, dass bereits bei Studienbeginn große Unterschiede zwischen den PatientInnen und der Kontrollgruppe bestanden. Die akute körperliche und seelische Symptombelastung war bei der PatientInnengruppe in allen Bereichen signifikant höher als bei der Kontrollgruppe und betraf alle großen seelischen Belastungsbereiche, insbesondere Angst, Depressivität, Aggressivität und Zwanghaftigkeit sowie schwerere Symptome wie paranoides

Denken. Auch hinsichtlich längerfristiger körperlicher und seelischer Symptome ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe.

Diese wurden nicht nur von den Jugendlichen selbst erlebt, sondern auch die Mütter der klinischen Gruppe erlebten ihre Kinder in verschiedenen Bereichen als hoch belastet. Die Väter der klinischen Gruppe hingegen schienen eher wenig Gespür für die Probleme ihrer Kinder gehabt zu haben und erlebten die Jugendlichen etwa in den Bereichen »Soziale Probleme« und »Körperliche Beschwerden« als weniger belastet als die Jugendlichen sich selbst. Die durchwegs hohe seelische und körperliche Belastung zu Beginn der Therapie zeigte sich nicht nur in den standardisierten Fragebögen, sondern konnte durch die Ergebnisse der qualitativen Interviews untermauert werden.

3. Veränderungen der Symptombelastung sind feststellbar

Die meisten Veränderungen konnten zwischen dem ersten Messzeitpunkt zu Beginn der Behandlung und Messzeitpunkt zwei nach einem halben Jahr festgestellt werden, ebenso zwischen Messzeitpunkt eins und der Katamnese. Aus Platzgründen beschränken wir uns deshalb auf die Darstellung dieser Resultate.

Als erstes gilt es festzuhalten, dass sich alle Jugendlichen im Beobachtungszeitraum hinsichtlich der akuten Symptomatik gemessen mit der SCL-90-S (Derogatis 1977) entwicklungsbedingt positiv verändert haben¹. Bei den Patientinnen und Patienten konnten allerdings keine Veränderungen zwischen Messzeitpunkt eins und zwei festgestellt werden, lediglich eine Verbesserung im Bereich »Psychotizismus« zwischen Therapiebeginn und Katamnese.

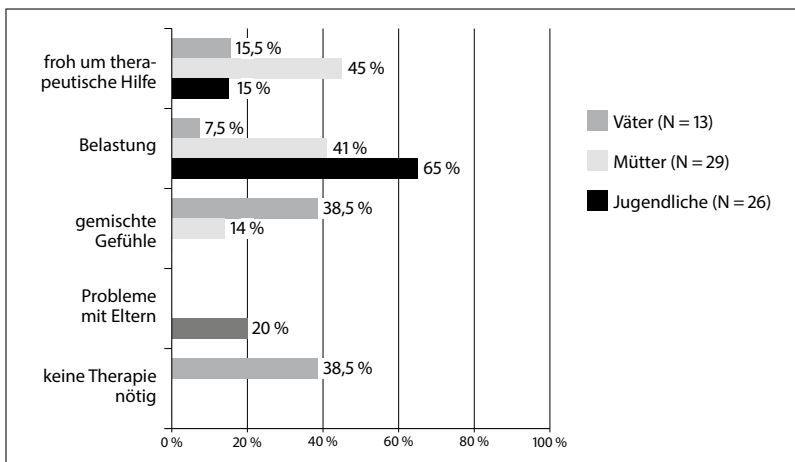
Hingegen ließ sich mit Hilfe der YSR/II-18 der Trend beobachten, dass die Jugendlichen nach der Therapie in der Lage waren, ihre körperlichen Beschwerden genauer wahrzunehmen, d. h. sie lernten sich durch die Therapie besser zu spüren und sensibler auf die Signale ihres Körpers zu reagieren. Auch die Auswertung der halbstrukturierten Interviews zeigte, dass sich ein Großteil der Patientinnen und Patienten durch die Therapie besser fühlte und eher bereit war, sich mit Problemen auseinander zu setzen (siehe dazu auch die Abbildungen 1 und 2, die die Auswertung der halbstrukturierten Interviews darstellen).

Die Mütter der klinischen Gruppe erlebten sogar noch deutlichere, statistisch signifikante Verbesserungen (gemessen mit CBCL/4-18) in den Bereichen »Sozialer Rückzug«, »Körperliche Beschwerden«, »Soziale Probleme« und bei »Internalisierenden Verhaltensweisen«. Auch gab es Hinweise auf die Wahrnehmung

1 Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird auf die genaue Angabe der einzelnen Werte und der statistischen Kennzahlen verzichtet. Diese können bei der Erstautorin erfragt werden.

von Verbesserungen in den Bereichen »Ängstlich-depressives Verhalten« und »Aggressives Verhalten«. Die Verbesserungen betrafen insbesondere Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt, in geringerem Ausmaß aber auch die Katamnese. Die positive Einschätzung der therapeutischen Wirkungen durch die Mütter ist unseres Erachtens auch darauf zurückzuführen, dass viele Mütter alleinerziehend waren und froh über die zusätzliche Hilfe und Unterstützung durch die Therapeutinnen und Therapeuten waren (siehe dazu auch die Abbildungen 1 und 2, die die Auswertung der halbstrukturierten Interviews darstellen).

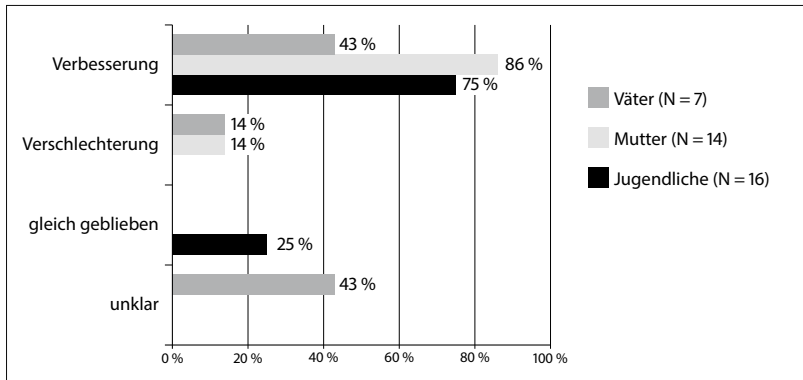
Abbildung 1: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern zu Studienbeginn



Sehr bemerkenswert ist die Sicht der Väter der PatientInnengruppe. Diese schätzten ihre Töchter und Söhne zu Therapiebeginn allgemein als sehr stark belastet ein. Sie konnten aber, im Gegensatz zu den Müttern, zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt keine positiven Veränderungen an ihren Kindern feststellen (gemessen mit CBCL/4-18). Wir vermuten, dass dies damit zusammenhängt, dass die Väter nicht nur real für die Kinder nicht zugänglich waren (wie bereits erwähnt waren viele Mütter alleinerziehend), sondern häufig auch innerlich abwesend waren und wenig affektiven Kontakt zu ihnen hatten. Bei der Katamnese nahmen die Väter sogar eine Verschlechterung in den Bereichen »Soziale Probleme« und »Sozialer Rückzug« wahr. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass durch die Therapie altersgemäße Ablösungsprozesse in Gang gesetzt worden sind, die zu Beziehungsproblemen zwischen den Jugendlichen und ihren Vätern führten.

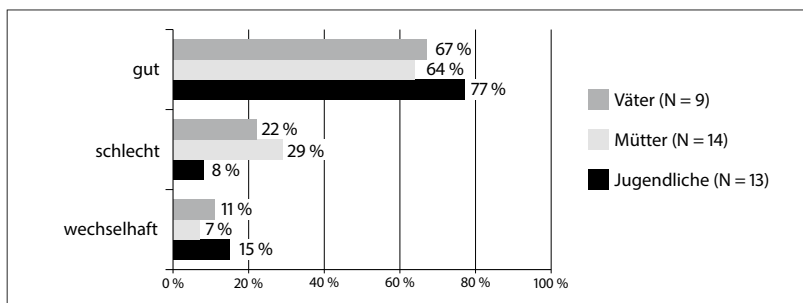
Dies würde zu einigen Aussagen der Väter zu Beginn der Therapie passen, die meinten, dass ihre Kinder keine Therapie benötigen würden und eher schlechte Gefühle gegenüber einer therapeutischen Behandlung empfanden. Einen Überblick über die Einschätzungen der Jugendlichen und ihrer Eltern in den halbstrukturierten Interviews geben die Abbildungen 1 und 2.

Abbildung 2: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern zu Messzeitpunkt zwei



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Beschwerdebild zum Zeitpunkt der Katamnese (ein halbes Jahr nach Therapieende) von den Jugendlichen zu 77 % als »gut« eingeschätzt wurde, von den Müttern waren es 64 % und von den Vätern 67 %. 8 % der Jugendlichen bewerteten das Beschwerdebild ein halbes Jahr nach Therapieende als »schlecht«, ebenfalls 29 % der Mütter und 22 % der Väter (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern zur Katamnese



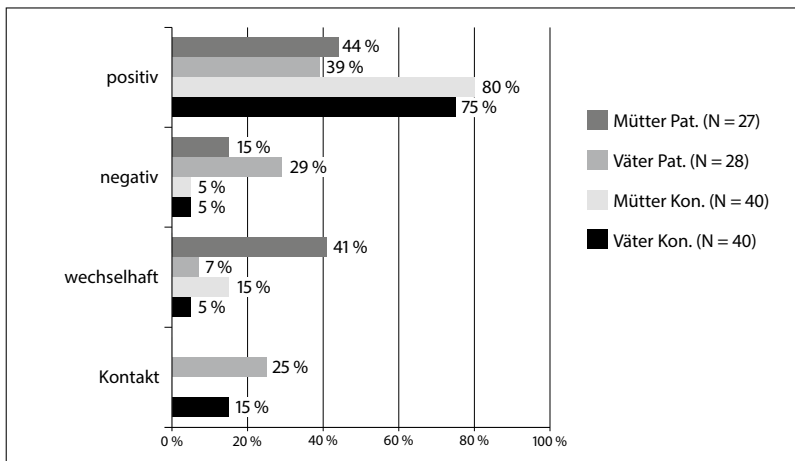
4. Veränderungen des Beziehungserlebens

Um das Beziehungserleben der Jugendlichen in Bezug zu ihren Eltern (Mutter, Vater) zu erfassen, wurde der Elternbildfragebogen EBF-KJ (Titze & Lehmkuhl 2010) bei allen Jugendlichen durchgeführt. Dieser Fragebogen gibt die internen Beziehungsrepräsentanzen der letzten fünf Jahre wieder und konnte deshalb nicht im Verlauf sondern nur zu Therapiebeginn von den Jugendlichen beider Gruppen ausgefüllt werden. Zusätzlich wurden wie bei der Erhebung der Symptombelastung halbstrukturierte Interviews durchgeführt, in denen die Jugendlichen nach der Art der Beziehungen zu Mutter, Vater und Peers befragt wurden (»Wie geht es dir momentan mit deiner Beziehung zu deiner Mutter / deinem Vater / deinen Freunden / in der Schule / am Arbeitsplatz?«). Auch die Mütter und Väter wurden mit folgender Frage zum Beziehungserleben interviewt: »Wie geht es Ihrer Tochter / Ihrem Sohn momentan in ihrer/seiner Beziehung zu Ihnen, zum Vater, zu den Freunden, in der Schule / am Arbeitsplatz?« Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2010).

4.1 Perspektive der Jugendlichen

Die Datenanalyse zeigte, dass die PatientInnen zum ersten Messzeitpunkt ihre Mütter und ihre Väter im Vergleich zur Kontrollgruppe als restriktiver, strenger und weniger Autonomie gewährend einschätzten. Von den Vätern fühlten sich die Jugendlichen der klinischen Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zusätzlich noch abgelehnter und bestrafte (gemessen mit EBF-KJ).

Abbildung 4: Beurteilung der Beziehungen zu Müttern und Vätern aus Sicht der Jugendlichen (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Studienbeginn

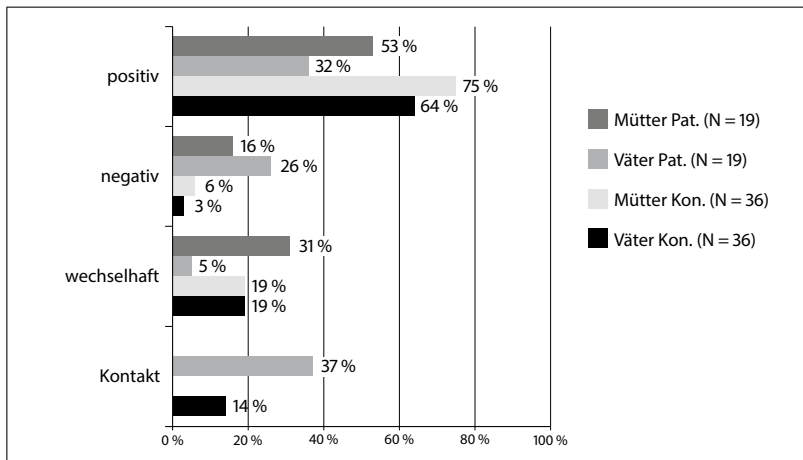


Die Beziehungen zu den Müttern wurden zu Beginn von knapp der Hälfte der PatientInnen (44 %) als »positiv« eingeschätzt: z. B.: »die Beziehung ist gut, ich habe es mit der Mama fein«, »Mama bemüht sich, gutes Verhältnis«. Von knapp der Hälfte aber wurde die Beziehung als wechselhaft (41 %) eingeschätzt: z. B.: »sehr wechselhaft, viele Konflikte und Vorwürfe«, »geht so, aber wir streiten dann wieder viel« (Abb. 4).

Die positiven Einschätzungen zu den Müttern wurden im Verlauf der Therapie besser, die wechselhaften weniger.

Die Väter wurden beim zweiten Messzeitpunkt von ihren Kindern weniger negativ aber auch weniger positiv eingeschätzt als zu Studienbeginn. Dafür wurde das Thema »Kontakt« von den PatientInnen häufiger angesprochen. Hier ging es vor allem um den Wunsch nach häufigerem und besserem Kontakt zum Vater. Diese Wünsche dürften von den Vätern allerdings kaum wahrgenommen worden sein, da die Väter das Thema »Kontakt« nicht einmal erwähnten. Wichtig an dieser Stelle ist anzuführen, dass zwar 29 von 30 Patientinnen und Patienten einen leiblichen Vater hatten, dass die meisten aber nur wenig oder gar keinen Kontakt zu ihren Vätern hatten. Die mangelnde emotionale Nähe zeigt sich unserer Ansicht auch daran, dass nur knapp die Hälfte der Väter der Patientinnen und Patienten bereit war, an der Studie teilzunehmen.

Abbildung 5: Beurteilung der Beziehungen zu Müttern und Vätern aus Sicht der Jugendlichen (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Messzeitpunkt zwei

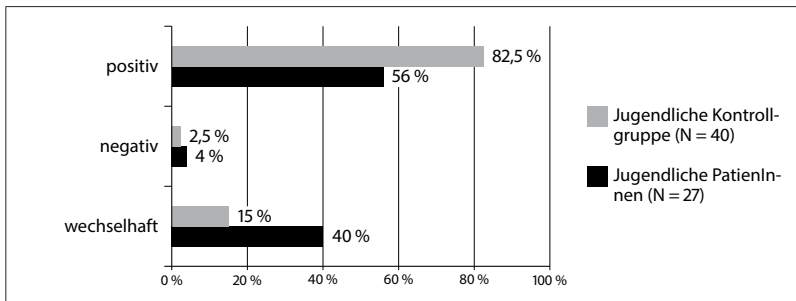


Bei der Katamnese schätzten die Jugendlichen der klinischen Gruppe beide Eltern ähnlich ein wie vor der Therapie. Möglicherweise hat das Wegfallen der Therapie wieder zu Rückschritten in der Beziehungsgestaltung zu den Eltern geführt.

Im Vergleich dazu stellten die Jugendlichen der Kontrollgruppe die Beziehung zu ihren Eltern über alle Messzeitpunkte hinweg überwiegend positiv dar. Die positiven Werte waren dabei fast doppelt so hoch wie bei der klinischen Gruppe. Vor allem die Väter schnitten bei den Jugendlichen der Kontrollgruppe viel besser ab: sie bekamen nicht nur höhere positive Bewertungen, sondern auch sehr viel weniger negative. Beim Vergleich der Kategorie »Kontakt« fiel auf, dass die Werte sich bei den Jugendlichen der Kontrollgruppe in einem Bereich um 15 % bewegen, bei der klinischen Gruppe lagen sie bei 25 %. Siehe dazu auch Abbildung 4 und 5.

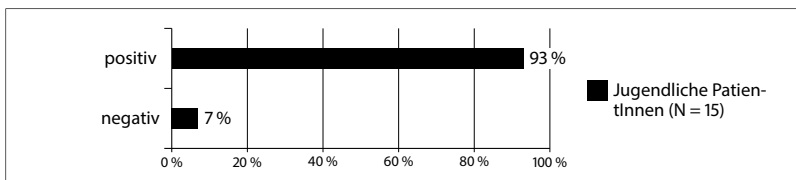
Sehr positiv ist die Verbesserung der Beziehungen innerhalb der Peer-Group zu vermerken (Abb. 6 und 7). Vor der Therapie wurden die Beziehungen zu Freundinnen und Freunden gut zur Hälfte (56 %) als positiv und knapp zur Hälfte (40 %) als wechselhaft beurteilt. Negative Einschätzungen gab es kaum.

Abbildung 6: Beurteilung der Beziehung zu den Freundinnen und Freunden, (Vergleich Kontrollgruppe und PatientInnen) zu Studienbeginn



Nach der Behandlung konnte eine Zunahme positiver Einschätzungen und ein Verschwinden der Kategorie »wechselhaft« beobachtet werden. Negative Einschätzungen gab es kaum mehr. Als Gründe für die positiven Einschätzungen nannten die Jugendlichen gemeinsame Unternehmungen mit anderen Jugendlichen sowie erhöhtes Vertrauen zu ihnen. Negativ eingeschätzt wurde zu viel Belastung und das Erleben von Situationen, in denen sie von den andern übersehen worden sind.

Abbildung 7: Beurteilung der Beziehung zu Freundinnen und Freunden der PatientInnen zur Katamnese



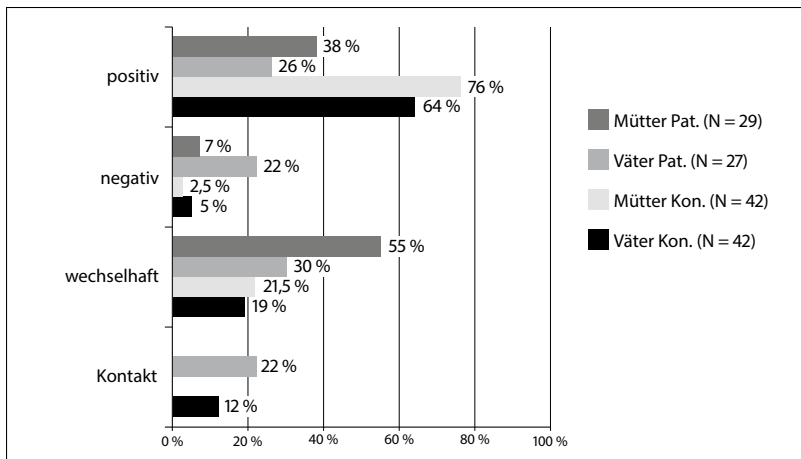
Bei der Kontrollgruppe zeigten sich ähnliche Ergebnisse über alle drei Messzeitpunkte. Ca. 80 % der Einschätzungen konnten der Kategorie »positiv« zugeordnet werden und 15 % der Kategorie »wechselhaft«. Am Ende der Therapie zeigte sich in der klinischen Gruppe eine Angleichung an die Einschätzungen der Kontrollgruppe (siehe dazu auch Abbildung 6).

4.2 Perspektive der Mütter

55 % der Mütter der PatientInnengruppe schätzten vor der Behandlung ihre Beziehungen zu ihren Kindern als »wechselhaft« ein, 38 % als »positiv« (Abb. 8). Im Verlauf der Therapie nahmen die positiven Einschätzungen auf 47 % zu, die »wechselhaften« auf 47 % ab (Abb. 9). Wir vermuten, dass dies Ausdruck eines Entlastungseffekts durch die Therapie sein könnte. Das Problemthema »Kontakt« wurde im Verlauf der Therapie von den Müttern weniger häufig wahrgenommen.

Die Beziehungen der Jugendlichen zu den Vätern schätzten die Mütter der PatientInnengruppe zunächst zu 30 % als »wechselhaft«, zu 26 % als »positiv« und zu 22 % als »negativ« ein. Das Thema »Kontakt« wurde von 22 % der Mütter erwähnt (Abb. 8) Die Mütter nahmen also, ähnlich wie die Jugendlichen, das Thema Kontakt zum Vater als problematisch wahr. Wichtig war dies insbesondere zu Beginn der Therapie und nach Abschluss der Behandlung, aber wie oben schon erwähnt nicht während der Behandlung.

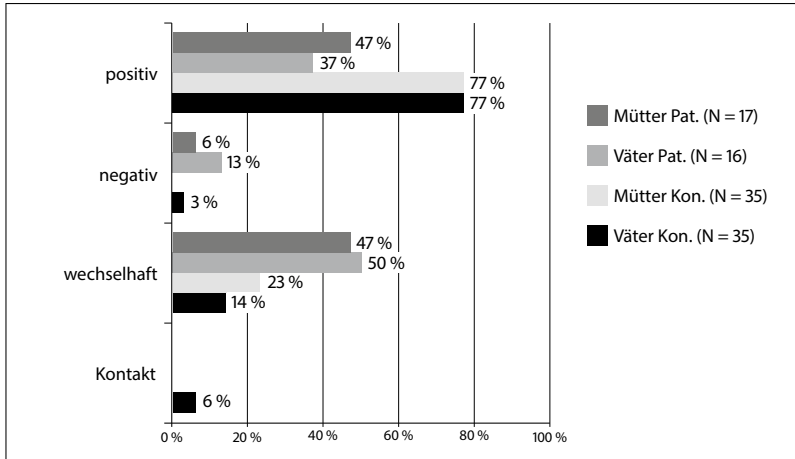
Abbildung 8: Beurteilung der eigenen und der Beziehung der Väter zu den Jugendlichen aus Sicht der Mütter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Studienbeginn



Die Mütter der Kontrollgruppe waren in ihren Einschätzungen über alle Messzeitpunkte relativ konstant. Sie gaben zu Beginn der Studie doppelt so viele positive

Einschätzungen ab wie die Mütter der klinischen Gruppe. Auch die Kategorie »wechselhaft« trat im Schnitt nur halb so häufig auf wie in der klinischen Gruppe. Zudem gab es eine größere Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Väter und der Mütter und diese waren insgesamt positiver als in der klinischen Gruppe (siehe dazu auch Abbildung 8 und 9).

Abbildung 9: Beurteilung der eigenen- und der Beziehung der Väter zu den Jugendlichen aus Sicht der Mütter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Messzeitpunkt zwei



4.3 Perspektive der Väter

Zu Beginn der Therapie schätzten die Väter der klinischen Gruppe ihre Beziehung zu den Jugendlichen zu 46 % als »wechselhaft« und zu 31 % als »positiv« ein (Abb. 10). Im Verlauf der Therapie ließ sich eine Zunahme der positiven Einschätzungen beobachten und die Kategorie »wechselhaft« nahm bis zur Katamnese hin ab. Die Beziehung ihrer Kinder zu ihren Müttern wurde von den Vätern überwiegend positiv eingeschätzt. Damit hatten die Väter eine andere Wahrnehmung der Beziehung zu den Jugendlichen als die Jugendlichen selbst. Die Jugendlichen schätzten die Beziehung zu ihren Vätern insgesamt schlechter ein, vor allem wünschten sie sich einen häufigeren und besseren Kontakt. Die Einschätzungen der Väter der Kontrollgruppe hingegen blieben über alle Messzeitpunkte hinweg wie bei den Müttern der Kontrollgruppe relativ konstant. Es gab sehr viele positive Einschätzungen und die Kategorie »wechselhaft« war selten. Sie stimmen damit auch besser mit den Einschätzungen der Jugendlichen selbst überein.

Abbildung 10: Beurteilung der eigenen und der Beziehung der Mütter zu den Jugendlichen aus Sicht der Väter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Studienbeginn

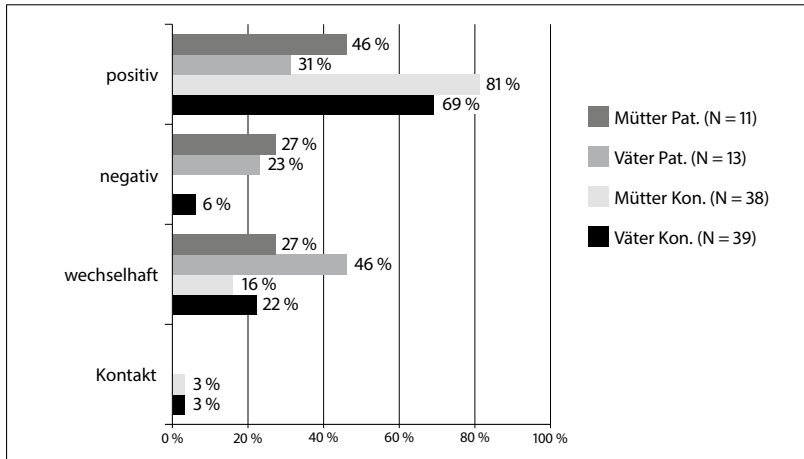
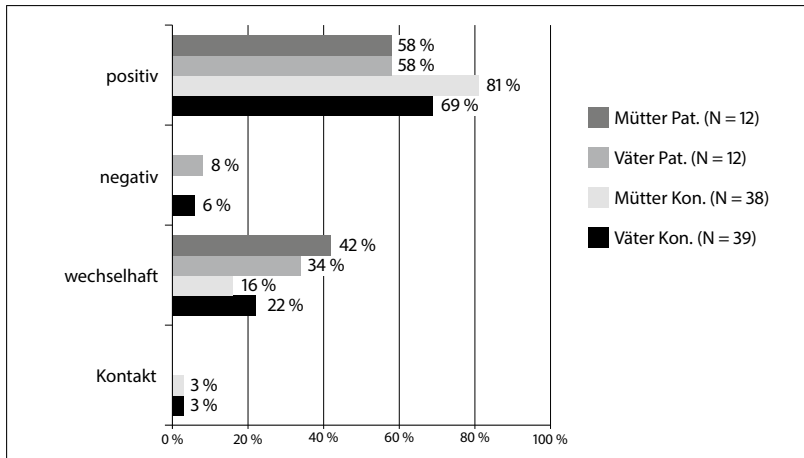


Abbildung 11: Beurteilung der eigenen und der Beziehung der Mütter zu den Jugendlichen aus Sicht der Väter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Messzeitpunkt zwei



5. Das Motiv »Blume« als KIP-spezifische Technik

Die KIP verfolgt unter anderem das Ziel, in der Therapie Symptome und Beziehungsprobleme zu reduzieren. Dazu werden innere und äußere kreative Prozesse vor allem über die Symbolarbeit angeregt. Um Veränderungen in diesen Bereichen erfassen zu können, wurde das Motiv »Blume« als Imagination im Verlauf verwendet.

Insgesamt konnten von fünf Jugendlichen Blumenbilder zu allen drei Messzeitpunkten gewonnen werden. Die aufgenommenen oder mitgeschriebenen Blumenimaginationen wurden zunächst transkribiert.

Hier muss angemerkt werden, dass es in der KIP wenig Erfahrung damit gibt, Motive standardisiert vorzugeben. Es ist zu bedenken, dass wissenschaftlich nur korrekt untersucht werden kann, wenn Veränderung anhand von standardisierten Variablen im Verlauf gemessen wird. Greco und Weber-Bertschi (2001) etwa berichteten von Erfahrungen mit dem Motiv »Tür« im Verlauf. Sie schlagen dabei einen standardisierten Ablauf vor. Das bedeutet, dass Imaginationen zu diesem Zweck (jeweils bei einer Verlaufsmessung) standardisiert vorgegeben werden können. Das würde die Zuverlässigkeit der Auswertung erhöhen und auch eine Vergleichbarkeit unter TherapeutInnen verbessern. Dieses Vorgehen wäre im Sinn des wissenschaftlichen Arbeitens und eines wissenschaftlichen Austausches unter KollegInnen hilfreich.

Die Transkripte der Blumenbilder wurden zunächst inhaltsanalytisch ausgewertet. Um einen Eindruck der Symptomatik und der Beziehungsfähigkeit der jugendlichen PatientInnen zu gewinnen wurde deduktiv vorgegangen (Mayring 2012). Das heißt, dass die Textanalyse einerseits einer theoriegeleiteten Struktur zugrundegelegt wird und andererseits der Text nach Hinweisen auf die zu untersuchenden Variablen analysiert wird. Die Texte wurden dabei wieder von zwei Personen im Konsensverfahren geratet.

Theoretisch wurde dabei Leuners (Leuner 1985) Vorstellung der Blumenimagination als »Blumentest« beachtet. Das bedeutet, dass man über dieses Motiv eine Vorstellung der Symbolisierungsfähigkeit der PatientInnen erhalten und diagnostische Einschätzungen gewinnen kann. Außerdem können Hinweise auf Ich-Funktionen und die Qualität der Objektbeziehungen erfahren werden. Speziell in der Adolescententherapie mit KIP kann das Blumenbild Hinweise auf die seelische Grundgestimmtheit und den Selbstzustand der Jugendlichen geben (Sannwald 2006). Das Blumenmotiv scheint also sehr geeignet, um einen Eindruck der jugendlichen PatientInnen auf der Symptomebene zu gewinnen.

Wie jedes Motiv kann das Blumenmotiv subjekt- und objektstufig ausgewertet werden (Dieter 2001). Das bedeutet, dass Symbole einerseits für Ich-Anteile der PatientInnen stehen können und andererseits auch Objekte, zu denen eine Beziehung besteht, darstellen können. Es ist also möglich, die Beziehungsebene

mit Hilfe der Blumenimagination zu untersuchen. Als Kategorien für die Textanalyse wurden gewählt:

1. Wie wird das *Selbst* (= die Blume) dargestellt?
2. Wie wird die *Kontaktaufnahme* zur Blume dargestellt?
3. Welche Hinweise gibt es sonst noch auf *andere Objekte*?
4. Welche *Wünsche* und/oder Ängste werden sichtbar?

Dabei fanden sich zu Studienbeginn im Bereich der Symptome Hinweise auf eine szenische Darstellung der Grundkonflikte (z. B. symbolische Darstellung des Traumas) sowie einen starken affektiven Ausdruck (z. B. Verwendung von starken sprachlichen Ausdrücken und grellen, kräftigen Farbbeschreibungen). Im Lauf der Therapie veränderte sich der Fokus der PatientInnen. Nach einem halben Jahr wurde mehr Distanz gewonnen und die Beschäftigung mit dem Eigenen trat nach einem Jahr in den Vordergrund.

Im Bereich des Beziehungserlebens fanden sich zu Studienbeginn vermehrt Hinweise auf nahe und symbiotische Beziehungen (z. B. zweifarbige Blumen, zwei Blumen, die ineinandersteckten), zu Messzeitpunkt zwei und drei tauchten auch Hinweise auf die Peer-Group auf (z. B. zeigten sich auch andere Blumen und Pflanzen, sowie Tiere in der Nähe der Blume). Ebenso gab es Darstellungen des eigenen Wachstums (Blumen sind in den Imaginationen konkret gewachsen) und der Veränderung der Sicht auf das Selbst (verschiedene Perspektiven wurden in den Imaginationen eingenommen).

Es zeigte sich auch, dass das Thema der Identitätssuche im Jugendalter sehr wichtig ist. Es kann vermutet werden, dass vor allem männliche Jugendliche bei fehlender Vaterfigur und symbiotischer Mutterbeziehung Probleme mit der Identitätsfindung haben (in einem Fallbeispiel von einem männlichen Jugendlichen z. B. entwickelten sich nach einer eher symbiotischen zweifarbigen Blume zu Studienbeginn, mehr männliche Symbole wie »harte Samen« und mehr Betonung der »Stängel«).

6. Diskussion

Die KIP ist, wie sich in der vorliegenden Studie zeigt, eine effektive und nachhaltige Methode zur Behandlung von Jugendlichen. Sie ist wirksam hinsichtlich der Symptomreduktion, erlaubt aber auch Verbesserungen in der Gestaltung und dem Erleben von Beziehungen. Auffallend ist in der vorliegenden Studie, dass in der klinischen Gruppe große Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Jugendlichen und deren Müttern und Vätern zu beobachten waren. Es zeigte sich, dass sich die jugendlichen PatientInnen von ihren Eltern ungenügend in ihren Beschwerden wahrgenommen fühlten. Aus Sicht der Jugendlichen änderte sich im Lauf der Therapie

daran nur wenig. Die Mütter hingegen stellten einen positiven Therapieeffekt fest, im Gegensatz zu den Vätern, die sogar eine Verschlechterung wahrnahmen.

Was hier im Bereich der Symptome ersichtlich wird, gibt auch indirekte Hinweise auf die Beziehung zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern. Wir können vermuten, dass diese Beziehungen durch unzureichende Kommunikation und Missverständnisse gekennzeichnet waren. Die Mütter selbst schienen unter hohem Druck und großer Belastung zu stehen, so dass die Gefahr bestand, die Jugendlichen aus dem Blick zu verlieren. Dies galt vermutlich besonders für die auffallend vielen Alleinerzieherinnen in der klinischen Gruppe, da angenommen werden kann, dass die Rolle als Alleinerzieherin in unserer Gesellschaft sehr belastend ist. Auch neue Partner lösen das Problem nicht unbedingt, sondern können die Problematik sogar verschärfen. Neue Partner werden von den Jugendlichen oft nicht mehr so leicht akzeptiert und es kommt zu zusätzlichen Konflikten, die wiederum für die neuen Partner selbst als sehr belastend empfunden werden können. Eine Therapie scheint also zunächst, wie die vorliegenden Daten zeigen, zu einer Entlastung der Mütter zu führen. Hier gilt es in der Elternarbeit die betroffenen Mütter beratend und pädagogisch zu unterstützen und wo indiziert, zu einer eigenen Therapie zu motivieren. Auch der Austausch der (getrennten) Eltern miteinander im Rahmen von begleitender Elternarbeit ist wichtig.

Väter wiederum, die getrennt von den Kindern lebten, hatten oft keinen Einblick in die Lebenswelt ihrer Kinder. Auffallend in der vorliegenden Studie ist, dass Jugendliche der PatientInnengruppe das Thema (wenig, distanzierten, keinen) Kontakt zum Vater sehr beschäftigt hat. Dabei verbesserten sich die Einschätzungen der Jugendlichen im Bereich Kontakt im Lauf der Therapie. Nach Therapieende, zum Zeitpunkt der Katamnese, manifestierte sich das Thema Kontakt bei den Jugendlichen wieder stärker. Dies zeigt die Wichtigkeit einer konstruktiven Elternarbeit mit der Arbeit an der Nachhaltigkeit über das Therapieende hinaus.

Die Väter der Patientinnen und Patienten nahmen das Thema Kontakt jedoch so gut wie gar nicht wahr. Dabei wäre die Rolle des Vaters und der Kontakt zum Kind in der Pubertät besonders wichtig, da Jugendliche in diesem Alter Autarkie, Autonomie und Identität entwickeln müssen. Hopf (2017) betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit des Dritten in einer Beziehung. Das Kind lernt via Vater, dass seine Mutter auch noch andere Beziehungen hat, und nicht nur die Zweierbeziehung zum Kind. Diese Fähigkeit zu triangulieren, ist die Voraussetzung für die Beziehungsfähigkeit in einer Gruppe.

Die mangelnde Fähigkeit zur Triangulierung wird in der klinischen Gruppe im anfänglich relativ schlechten Kontakt zu Freundinnen und Freunden sichtbar, die Gruppenfähigkeit war reduziert. Die Psychotherapie konnte hier zu einer deutlichen Verbesserung führen. Am Ende der Behandlung hatten sich die Werte der klinischen Gruppe an die Werte der Kontrollgruppe angeglichen bzw. diese sogar übertroffen.

Die Beziehung der PatientInnen zu den Vätern und Müttern konnte sich im Lauf der vorliegenden Studie allerdings nicht im selben Ausmaß verbessern. Die Väter der PatientInnen waren in ihren Einschätzungen den Jugendlichen gegenüber häufig unklar, vielleicht fühlten sie sich auch aufgrund der räumlichen Distanz unsicher in ihren Einschätzungen. Nach Auswertung der Studiendaten ist zu vermuten, dass vor allem die räumliche Distanz der Väter zu ihren Kindern zu einer verzerrten Wahrnehmung der Beschwerden und ihrer Beziehung zum eigenen Kind führt. Entsprechend ist es den Vätern kaum möglich, allfällige Verbesserungen durch die Therapie wahrzunehmen.

Hier wäre es ein vorrangiges Ziel der Psychotherapie, an der Beziehung zum Vater zu arbeiten. Das Ziel muss nicht automatisch eine Intensivierung des Kontakts zum Vater sein, auch nicht-gewünschter Kontakt sollte thematisiert werden. Im Fall einer belasteten Beziehung zum Vater gilt es Wege und Möglichkeiten zu suchen, den Jugendlichen realen Kontakt zu ermöglichen (z. B. Kontaktaufnahme im therapeutischen Raum oder etwa mit Besuchsbegleitung bei schwieriger Beziehung), aber auch ein realistisches Bild vom Vater zu gewinnen, wo Kontaktaufnahme kontraindiziert ist (z. B. Missbrauch). Hier könnte die Psychotherapie mit Jugendlichen neben vielen anderen bereits erwähnten Funktionen auch einen vermittelnden Aspekt übernehmen. Wichtig wäre es auch, diese »Beziehungsmaßnahmen« über das Ende einer Psychotherapie hinaus zu gewährleisten, um zu verhindern, dass die Patientinnen und Patienten in der Beziehungsgestaltung zu ihren Eltern in alte Muster verfallen. Sinnvoll wäre es daher, in weiteren Forschungsarbeiten den Fokus vermehrt auf die Elternarbeit zu richten. Vor allem die Nachhaltigkeit von begleitenden Maßnahmen sollte genauer untersucht werden.

Die KIP ermöglicht nicht nur Symptom- und Beziehungsveränderungen, sondern auch positive intrapsychische Entwicklungen. Sie bietet die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit unbewussten Konflikten auf der Symbolebene und fördert das narzisstische Erleben (Dieter, J. 2013). Die KIP ist daher kreativ, konfliktzentriert und entwicklungsfördernd. Diese Entwicklungsförderung wird in der vorliegenden Studie an der Blumenimagination im Verlauf ersichtlich. Es zeigen sich Entwicklungen weg von symbiotischen Beziehungen und mehr Wahrnehmung der Gruppe. Auch gibt es wie schon erwähnt Hinweise auf eine Förderung der Identitätsentwicklung. Es wird in einigen Imaginationen mehr (auch räumliche) Distanz gewonnen.

In diesem KIP-spezifischen Bereich wären weitere wissenschaftliche Studien wünschenswert. So könnte ein standardisierter Ablauf entwickelt werden, der die Zuverlässigkeit der Auswertung erhöht und auch die Vergleichbarkeit zwischen TherapeutInnen verbessern könnte. Natürlich sollten die gewonnenen Hinweise an noch größeren Fallzahlen überprüft werden. Vor allem längere Verläufe und geschlechtsspezifische Untersuchungen wären interessant und wichtig.

Literatur

- Achenbach, T. (1991a): Child Behavior Checklist for ages 4–18. University of Vermont monographs of the society for research in child development
- Achenbach, T. (1991b): Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Greco, G., Weber-Bertschi, B. (2001): Wohin führen Bilder-Türen? Workshop anlässlich des Internationalen Kongress der ÖGATAP in Goldegg 2001
- Derogatis, L. R. (1977): Symptom Checklist. Deutsche Version von Franke, H. (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Dieter, W. (2001): Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode. *Imagination* 3: 5–41
- Dieter, J. (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Skriptum zum Weiterbildungscurriculum für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der ÖGATAP 2013
- Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. (1994a): Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994b): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Fiala-Baumann, B. (2017): Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Dissertation am Institut für Psychologie der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. Online verfügbar
- Fiala-Baumann, B., Bänninger-Huber, E. (2016): Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen – Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns. *Imagination* 4:40–64
- Hopf, H. (2017): Jobprofil für Väter. Verantwortung und Authentizität. Ludwigsburger Kreiszeitung vom 4./5. 2. 2017: 20. Zugriff am 16. 4. 2017. Verfügbar unter www.lkz.de
- Leuner, H. (1985): Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3. korrigierte und erweiterte Auflage 1994
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage 2015). Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, P. (2012): Workshop zur Qualitativen Inhaltsanalyse. Klagenfurt 2012
- Sachse, U., Imruck, B. H., Bahrke, U. (2016): Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP. *Ärztliche Psychotherapie* 2: 87–92
- Sannwald, R. (2006): Theorie und Technik der Katathym Imaginativen Psychotherapie von Jugendlichen. In: Horn, G., Sannwald, R., Wienand, F. (2006): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt
- Sell, C., Möller, H., Taubner, S. (2017): Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Psychotherapeut* 6, Print ISSN: 0935-6185. Elektronische ISSN: 1432-2080
- Titze, K., Lehmkuhl, U. (2010): EBF-KJ. Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Horace AG
- Von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., Meder, G. (2003): Ergebnisse der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Die Effektivität der Katathym Imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut* 48 (3): 173–178

Zusammenfassung:

In diesem Artikel werden die Verlaufsergebnisse einer Längsschnittstudie zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von KIP bei Jugendlichen dargestellt. Es wurden dabei qualitative und quantitative Untersuchungsinstrumente eingesetzt. Als Besonderheit wurde das KIP-tyische Motiv der »Blume« im Verlauf verwendet.

Die Daten zum Behandlungsbeginn und auch im Verlauf zeigen deutliche körperliche und seelische Belastungen der jugendlichen PatientInnen sowie eine Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen und ihren Eltern. Vor allem Unterschiede im Beziehungserleben zu Müttern, Vätern und FreundInnen werden sichtbar.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass KIP eine effektive und nachhaltige Therapieform darstellt, die eine Reduktion der Symptomatik und eine Verbesserung des Beziehungserlebens bei jugendlichen PatientInnen ermöglicht. Diese Ergebnisse werden auch im Bereich der Blumenimagination sichtbar.

Schlüsselwörter:

KIP – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Psychotherapieforschung

Autorinnen:

Brigitte Fiala-Baumann, Mag.rer.nat Dr.rer.nat.
Klinische- und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin für KIP in freier Praxis
A-6020 Innsbruck, Botanikerstraße 30
Dissertantin am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck
+43 699 10 11 90 31
csab1250@uibk.ac.at
praxis.fiala-baumann@hotmail.com

Eva Bänninger-Huber, Univ.-Prof. Dr.
Professorin für Klinische Psychologie, Universität Innsbruck
Psychotherapeutin und Leiterin der Forschungsambulanz des Instituts für Psychologie der Universität Innsbruck
Sprecherin des universitären Forschungszentrums Emotion-Kognition-Interaktion (EMKONT)
Past President European Chapter der Society for Psychotherapy Research (SPR)
Institut für Psychologie
A-6020 Innsbruck, Innrain 52
+43 512 507 56 011
eva.baenninger-huber@uibk.ac.at