



Borg-Laufs • Gahleitner • Hungerige

2. Auflage

# Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen



ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

Borg-Laufs • Gahleitner • Hungerige

**Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen**



Michael Borg-Laufs • Silke Birgitta Gahleitner • Heiko Hungerige

# Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

**BELTZ**

*Anschrift der Autor\_innen:*

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs  
FB Sozialwesen der Hochschule Niederrhein  
Richard-Wagner-Str. 101  
41 065 Mönchengladbach  
E-Mail: michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de

Prof. Dr. Silke Gahleitner  
Alice-Salomon-Hochschule  
University of Applied Sciences Professur für Klinische Psychologie und Sozialarbeit  
Alice-Salomon-Platz 5  
12 627 Berlin  
E-Mail: sb@gahleitner.net

Heiko Hungerige  
Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche  
Limbecker Straße 72/Gänsemarkt 47  
45 127 Essen  
E-Mail: Praxis.Hungerige@yahoo.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28 616-9 Print  
ISBN 978-3-621-28 617-6 E-Book (PDF)

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2018

© 2018 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69 469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden  
Bildnachweis: andrey gonchar/Fotolia  
Herstellung: Uta Euler  
Satz: Reemers Publishing Services GmbH  
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Einführung	7
<b>I Rechtliche Aspekte</b>	11
1 »Das sagen Sie aber nicht meinen Eltern, oder?« – Schweigepflicht in der KJP	12
2 »Einer Therapie wird mein Ex-Partner niemals zustimmen!« – Getrennt lebende oder geschiedene Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht	27
3 »Sie sind zur Kommunion herzlich eingeladen!« – Einladungen und Geschenke	34
<b>II Ungünstige Rahmenbedingungen</b>	45
4 »Aber wir haben doch keine Zeit!« – Mangelnde Struktur in der Familie	46
5 »Mit denen wollen wir aber nichts zu tun haben!« – Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe	54
6 »Die Lehrer beschwerten sich ständig bei uns!« – Zusammenarbeit mit Schule und Kinderbetreuung	61
7 »Mama ist manchmal so komisch!« – Kinder psychisch kranker Eltern	70
8 »Ich weiß nicht, ob ich Ihnen vertrauen kann!« – Kinder/Jugendliche mit Migrationshintergrund	77
9 »Bei uns machen wir das immer so!« – Ideologien als Therapiehindernis	85
<b>III Interaktion mit den Eltern</b>	103
10 »Wir haben schon alles ausprobiert – jetzt sind Sie dran!« – Mangelnde Mitarbeitsbereitschaft der Eltern	104
11 »Wenn das so weitergeht, gebe ich ihn ins Heim!« – Bagatellisieren und Dramatisieren	112
12 »Haben Sie eigentlich auch Kinder?« – Prüfendes Verhalten	121
13 »Wir können uns ruhig duzen, oder?« – Grenzüberschreitendes Verhalten und Streit	129
14 »Sie müssten mal sehen, wie er leidet, wenn er dahin muss« – Hochstrittige Elternschaft	137
15 »Dafür werde ich ihn doch nicht auch noch belohnen!« – Ideologische Bedenken gegen konsequentes Verhalten	147

<b>IV Interaktion mit dem Kind/Jugendlichen</b>	157
16 »Und die Mama ... kommt die nicht mit?« – Kind will nicht ohne die Eltern zur Therapie/Beratung	158
17 »Aber zuhause redet sie ... « – Kind/Jugendlicher spricht nicht in der Therapie/Beratung	163
18 »Hier will ich nicht hin!« – Kind/Jugendlicher kommt nicht freiwillig	170
19 »Wenn Sie mir blöd kommen, schlag' ich hier alles kurz und klein!« – Kind/Jugendlicher ist aggressiv gegenüber dem Therapeuten/Berater	175
20 »Sie haben mich zum Abschied gar nicht umarmt!« – Kind/Jugendlicher sucht Körperkontakt	183
21 »Ich fände es schön, wenn du mein Papa würest« – Kind sucht »neue« Eltern	189
22 »Das ist ja nur eines unserer Probleme!« – Umgang mit hoch belasteten Kindern/Jugendlichen	194
23 »Wie ist das denn für Sie?« – Selbstöffnung des Therapeuten/Beraters	201
<b>V Besondere Problemkonstellationen in der KJP</b>	209
24 »Was soll ich in dem Laden?« – Schulverweigerung	210
25 »Mir hilft das aber« – Selbstverletzendes Verhalten	218
26 »Das ist dann alles ganz weit weg« – Traumatisch belastete Kinder und dissoziatives Verhalten	228
27 »Die muss auch mal merken, wenn sie mir auf den Geist geht!« – Kindeswohlgefährdung	236
28 »Ich möchte lieber ein Mädchen sein!« – Unsicherheiten hinsichtlich der Geschlechtsidentität	243
29 »Ich habe mir das schon ganz konkret ausgemalt ... « – Suizidalität bei Kindern/Jugendlichen	249
30 »Die Gespräche mit Ihnen tun mir so gut!« – Therapieabschluss bei »anhänglichen« Klienten	259
<b>Anhang</b>	265
Danksagung zur ersten Auflage	266
Hinweise zum Arbeitsmaterial	267
Literatur	270
Sachwortverzeichnis	297

## Einführung

**Besonderheiten bei der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien.** Das vorliegende Buch wurde inspiriert durch ein zuerst 2009 publiziertes, ähnliches Werk von Alexander Noyon und Thomas Heidenreich, »Schwierige Situationen in Therapie und Beratung«. In diesem Buch wurden methodenübergreifend und pragmatisch 25 (in der 2. Auflage von 2013 sind es 30) schwierige Therapiesituationen beschrieben, von denen die meisten jeder aktiven Therapeutin bzw. jedem aktiven Berater schon einmal begegnet sein dürften (weibliche und männliche Bezeichnungen werden hier und im Folgenden abwechselnd verwendet; gemeint sind natürlich immer beide). Dieses Buch, so unser Empfinden, lässt sich hilfreich für die Unterstützung der eigenen Praxis einsetzen und ist auch eine gute Hilfe für die Ausbildung von Beraterinnen und Therapeuten.

Bei genauer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass Noyon und Heidenreich nur *einen Teil* der häufigen Probleme in ihrem Buch darstellen, denn gerade bei der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien tauchen aufgrund der entwicklungspsychologischen Besonderheiten, die bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden müssen, und der Komplexität der Arbeit in dem System Familie und mit weiteren Systemen (Schule, Jugendhilfe) viele schwierige Situationen auf, die es bei der Arbeit mit erwachsenen Klienten – und nur darauf beziehen sich Noyon und Heidenreich – so nicht gibt.

So sind die einzelnen Phasen des psychotherapeutischen Prozesses mit Kindern und Jugendlichen, also Beziehungs- und Motivationsaufbau, Diagnostik, Zielklärung, Interventionsdurchführung, Evaluation und Therapieabschluss mit Kindern, Jugendlichen und den sie umgebenden Systemen, deutlich anders zu gestalten als in der Erwachsenentherapie (Borg-Laufs & Hungerige, 2010a). Dies ergibt sich zum einen daraus, dass Kinder und Jugendliche, entsprechend ihrem jeweiligen Entwicklungsstand, anders mit Beziehungs- und mit methodischen Angeboten umgehen und auch andere Anforderungen an die Therapeutinnen stellen (vgl. Borg-Laufs & Trautner, 2007), zum anderen daraus, dass im Leben der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Lebens- bzw. Entwicklungsalter auch jeweils völlig andere Entwicklungsaufgaben im Vordergrund stehen (Mattejat, 2008a). Auf die Bedeutung der das Kind umgebenden Systeme müssen gerade Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Beraterinnen in Erziehungs-, Familien- und Jugendberatungsstellen sicher nicht gesondert hingewiesen werden; die grundlegende Literatur dazu ist reichhaltig und vielfältig (z. B. von Jänicke & Borg-Laufs, 2007; Rotthaus, 2002/2013). Tatsächlich geben Therapeuten an, dass gerade der Aufbau von Änderungsmotivation bei den Eltern die schwierigste Aufgabe innerhalb des therapeutischen Prozesses darstellt (Borg-Laufs, 1997).

Kinder und Jugendliche, die unter Beziehungsabbrüchen und Diskontinuitäten in ihrem Leben leiden, brauchen nicht nur verlässliche Bindungspersonen im Familien- und Hilfeumfeld, sondern auch verlässlich-strukturierende Hilfenetzwerke. Feste Einrichtungen, wie z. B. regelmäßige gemeinsame Fallkonferenzen an festgelegten Orten, auf die sich alle involvierten Fachstellen einigen müssen, klare Strukturen, Beschreibungen und Methoden des Vorgehens vermitteln Klientinnen und Klienten wie Professionellen Sicherheit und Halt. So können z. B. unterschiedliche Ansichten über Diagnostik und Intervention sowie andere fachbereichsspezifische Vorstellungen aus dem medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen sowie schulischen Bereich regelmäßig ausgetauscht werden. Die gemeinsamen Aushandlungsprozesse erfordern zwar zunächst ein Mehr an Einsatz bzw. Arbeitskapazitäten, langfristig jedoch wird die Arbeit erheblich effektiver.

**Schwierige Situationen und Persönlichkeitsfaktoren.** Ähnlich wie Noyon und Heidenreich wollen wir schwierige Situationen vorrangig auf der Situationsebene beschreiben. Für wenig hilfreich halten wir es, daraus Typologien schwieriger Klientinnen und Klienten abzuleiten. Sicher können überdauernde Faktoren wie Persönlichkeitszüge, bestimmte psychische Störungen usw. auf Klientenseite manche schwierigen Situationen eher begünstigen. Ähnliches gilt für bestimmte überdauernde Charakteristika und Eigenschaften der Helfer. Schließlich müssen wir nach dem augenblicklichen Erkenntnisstand durchaus davon ausgehen, dass die Therapeutenpersönlichkeit große Anteile am Gelingen oder Nicht-Gelingen eines therapeutischen oder beraterischen Prozesses hat (vgl. im Überblick Willutzki & Laireiter, 2005). Dem Prinzip der Äquifinalität (ein und derselbe Endzustand kann Ergebnis unterschiedlicher Ausgangszustände sein) folgend, gehen wir davon aus, dass bestimmte, auch häufig auftretende schwierige Situationen unterschiedlich bedingt sein können und dass eine vorschnelle Typisierung und Klassifizierung hier weniger hilfreich ist als eine genaue Analyse der situativen Bedingungen und der situationsangemessenen Handlungsmöglichkeiten der professionellen Helferinnen und Helfer.

**Methoden- und Schulenoffenheit.** Das vorliegende Buch betrachtet Psychotherapie und Beratung nicht aus der Perspektive einer bestimmten Therapieschule. Damit sollen die Unterschiede der verschiedenen Therapietraditionen nicht negiert werden. Wir gehen aber davon aus, dass die Integration der hilfreichen Bestandteile aus verschiedenen Therapieschulen (etwa die Beziehungsgestaltung aus der personenzentrierten Psychotherapie; die Betrachtung der therapeutischen Beziehung aus der Perspektive von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen analog dem Modell der tiefenpsychologischen Therapie; der Einbezug der relevanten Umwelt, wie sie in Systemischer Therapie und Verhaltenstherapie vorgesehen ist; die zurückhaltende Wirklichkeitskonstruktion, wie sie sich aus den Erkenntnissen der Kognitiven Therapie und der Systemischen Therapie ergibt; die Problemaktualisierung aus der Gestalttherapie; die Handlungsorientierung aus der Verhaltenstherapie; die Emotionsfokussierung, wie sie sich aus modernen Konzepten achtsamkeitsbasierter Therapie ergibt) bis hin zur Überwindung der Therapieschulen sensu Grawe (1998) die zukunftsträchtigste Entwicklungsaufgabe zeitgemäßer Psychotherapie sein sollte.

Bereits heute sind auf der konkreten Ebene der Fallbearbeitung zwischen erfahrenen Expertinnen und Experten unterschiedlicher Therapieschulen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie viele Gemeinsamkeiten im Vorgehen zu erkennen (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011; Gahleitner et al., 2011).

Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass die beschriebenen schwierigen Situationen mehr oder weniger unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung des Behandelnden auftreten können und dass auch die angemessenen Reaktionen darauf therapieschulenübergreifend hilfreich sind.

**Genereller Umgang mit schwierigen Situationen.** Schwierige Situationen in Therapie und Beratung kommen unweigerlich vor, bei jedem Therapeuten, bei jeder Beraterin, unabhängig von der persönlichen Kompetenz, sie kommen *zwingend* vor. Der therapeutische Prozess ist bei noch so guter Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten nicht steuer- und determinierbar. Es ist ein Prozess, an dem verschiedene Personen (Kinder, Eltern, Lehrerinnen, Berater ...) mit ihrer jeweils eigenen Geschichte und ihrer jeweils eigenen aktuellen Bedürfnislage (vgl. Borg-Laufs & Dittrich, 2010) innerhalb eines bestimmten institutionellen Kontextes mit ganz unterschiedlicher Motivationslage miteinander in Kontakt treten. All diese Faktoren lösen kaum linear vorhersagbare Wirkungen aus, sondern führen in komplexen Wechselwirkungsprozessen zu vielen verschiedenen, nicht vorhersagbaren therapeutischen Interaktionen, von denen einige von den beteiligten Psychotherapeutinnen und Beratern als schwierig erlebt werden. Bereits an anderer Stelle hatten wir dieses komplexe Wechselspiel der Beteiligten, unter Rückgriff auf eine Metapher von Mahoney und Patterson (1992), als einen spontanen Tanz beschrieben (Borg-Laufs & Hungerige, 2016), der eben nicht nur von den Verhaltensweisen einer Person abhängen kann.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir zunächst einmal Gelassenheit, Ruhe bewahren, sich zurücknehmen. Hektische Aufregung wird in kaum einem Fall zu einer konstruktiven Lösung führen. Also bleiben Sie gelassen, lehnen Sie sich (innerlich) zurück. Überlegen Sie dann, was Ihnen, dem Klienten, der Situation guttun könnte. Vielleicht erinnern Sie sich an ähnliche Situationen oder an etwas, was sie von Kolleginnen gehört haben oder worüber sie schon einmal in einem praxisorientierten Handbuch der Beratung und Therapie gelesen haben. Bleiben Sie in Kontakt mit sich selber, mit ihren Gefühlen und Impulsen, und bleiben Sie in Kontakt mit der Klientin.

Dies zu realisieren, wird ihnen umso leichter fallen,

- ▶ je mehr Sie die hier vorgetragene Überzeugung verinnerlicht haben, dass Sie nicht die alleinige Verantwortliche für das Gelingen des Prozesses sein können und dass Sie diesen nicht determinieren können,
- ▶ je eher Sie in der Lage sind, Ihr eigenes Verhalten und die Situation, in der Sie sich befinden, mit einer gewissen Distanz zu betrachten,
- ▶ je weniger Sie dazu neigen, durch Ihr berufliches Handeln Ihre psychischen Grundbedürfnisse nach Selbstwerterhöhung und Kontrolle zu befriedigen,
- ▶ je mehr Routine Sie haben, d. h., je berufserfahrener Sie sind,

- ▶ je mehr Sicherheit Sie durch eine gute Aus- und Weiterbildung haben,
- ▶ je mehr Sie es gewohnt sind, für sich selber zu sorgen und die eigene Befindlichkeit zu beachten.

Gerade der letzte Punkt verdient sicher besondere Aufmerksamkeit. Sorgen Sie für sich! Ein gelassener Therapeut oder eine mit sich und ihrer relevanten Umwelt zufriedene Beraterin kann auch in schwierigen Therapiesituationen viel mehr Ressourcen einbringen und diese Situationen dann sicherer bewältigen.

Konkrete Strategien für die schwierigen Situationen, die wir für besonders relevant halten, schlagen wir Ihnen nun in den folgenden Kapiteln dieses Buches vor. Dabei wird es in Teil I v. a. um Schwierigkeiten gehen, bei denen rechtliche Fragen eine besondere Rolle spielen (z. B. Schweigepflicht). In Teil II gehen wir auf schwierige Situationen ein, die v. a. durch ungünstige familiäre, strukturelle oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit beeinflusst werden (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern oder Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund). Konkrete Schwierigkeiten in der Interaktion mit den Eltern (z. B. mangelnde Mitarbeitsbereitschaft oder grenzüberschreitendes Verhalten) und mit den Kindern bzw. Jugendlichen selbst (z. B. Kind oder Jugendlicher kommt nicht freiwillig, spricht nicht, ist aggressiv u. Ä.) stehen in Teil III und IV im Vordergrund. Abschließend wenden wir uns in Teil V besonderen Problemkonstellationen (wie z. B. Schulverweigerung oder Kindeswohlgefährdung) zu, die für die Therapie und Beratung von Kindern und Jugendlichen charakteristisch sind.

Und schließlich: Bilden Sie sich fort, lesen Sie gute Fachliteratur, nehmen Sie Supervision oder beteiligen Sie sich an einer Intervisionsgruppe. Gerade in der Intervention/Supervision haben Sie die Chance, Rückmeldung dazu zu bekommen, warum bestimmte schwierige Situationen bei Ihnen vielleicht häufiger auftauchen als bei anderen und welche Strategien Sie anwenden können, um diese zukünftig besser zu lösen. Zunächst wünschen wir aber viel Spaß beim Schmökern im vorliegenden Buch, wobei wir hoffen, dass Sie die eine oder andere Situation aus Ihrem Arbeitsalltag wiedererkennen und dass wir Ihnen an dieser oder jener Stelle mit unseren Überlegungen helfen, neue Ideen für den Umgang mit schwierigen Situationen zu entwickeln.

## I Rechtliche Aspekte

- 1 »Das sagen Sie aber nicht meinen Eltern, oder?« –  
Schweigepflicht in der KJP
- 2 »Einer Therapie wird mein Ex-Partner niemals zustimmen!« –  
Getrennt lebende oder geschiedene Eltern mit gemeinsamem  
Sorgerecht
- 3 »Sie sind zur Kommunion herzlich eingeladen!« –  
Einladungen und Geschenke

# 1 »Das sagen Sie aber nicht meinen Eltern, oder?« – Schweigepflicht in der KJP

## Beispiel

Jonas ist ein 13-jähriger Junge, der wegen häufiger, eskalierender Konflikte zu Hause und wegen Schulschwierigkeiten in die Therapie kommt. Bereits in der zweiten Probatorikstunde, die ohne die Eltern stattfindet, gibt er offen zu, dass er seit seinem elften Lebensjahr raucht und seit ca. einem Jahr auch unregelmäßig mit Freunden kiffte. Entwaffnend fügt er hinzu: »Das sagen Sie aber nicht meinen Eltern, oder?«

Dass Kinder und Jugendliche mit zunehmendem Alter auch mehr Geheimnisse vor ihren Eltern haben, ist Teil ihrer Autonomieentwicklung und keine Seltenheit – und dass sie in der Therapie davon berichten, auch nicht. Wie aber ist aus therapeutischer Sicht damit umzugehen? Ab wann haben Jugendliche einen rechtlichen Anspruch auf Schweigepflicht der Therapeutin, so, wie er auch in der Erwachsenentherapie gilt? In welchen Situationen muss, kann oder sollte der Therapeut die Schweigepflicht brechen? Auf welche Informationen bzgl. ihrer Kinder haben Eltern einen Anspruch, z. B. im Rahmen ihrer gesetzlich vorgeschriebenen »elterlichen Sorge« (§ 1629 Abs. 1 BGB)? Und neben diesen rechtlichen Aspekten: Welche Auswirkungen hat es auf die therapeutische Beziehung zu den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern, wenn die Schweigepflicht eingehalten bzw. gebrochen wird? Auf diese Fragen versucht dieses Kapitel eine Antwort zu geben.

## Rechtliche Grundlagen der Schweigepflicht

Die Schweigepflicht ist sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an verschiedenen Stellen gesetzlich verankert: Hierzu gehören in erster Linie § 203 Strafgesetzbuch (StGB), § 8 der Musterberufsordnung (MBO) für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten<sup>1</sup> und § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches

<sup>1</sup> Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze von der Bundespsychotherapeutenkammer beschlossene »Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten« (MBO; vgl. BptK, 2014) besitzt keine Rechtsgültigkeit, sondern diente v. a. als »Impulsgeber« für die einzelnen Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern, die bis 2007 verabschiedet wurden. Da die Vorgabe der Bundespsychotherapeutenkammer von den Landespsychotherapeutenkammern im Wesentlichen übernommen wurde, orientieren wir uns in diesem und auch in weiteren Kapiteln an der MBO; die Nummerierung der einzelnen Paragraphen, aber auch ihre jeweilige Ausgestaltung, kann jedoch teilweise gegenüber den Berufsordnungen der einzelnen Länder deutlich abweichen (im Überblick dazu vgl. Stellpflug und Berns, 2015).

(BGB). Die verschiedenen (und teilweise komplizierten) Aspekte der therapeutischen Schweigepflicht können hier nur im Überblick dargestellt werden; Interessierte seien auf die angegebene Literatur verwiesen.

**Definition.** Was bedeutet nun »Schweigepflicht« – in aller Kürze – inhaltlich? Bezogen auf unsere Berufsgruppe zunächst: Wer unbefugt ein Geheimnis offenbart, also ohne Einwilligung des Klienten und ohne Recht bzw. Pflicht zur Mitteilung, kann »mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe« (§ 203 Abs. 1 StGB) sanktioniert werden. Dies gilt u. a. für alle heilberuflich Tätigen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater und Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, Mitglieder oder Beauftragte einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) sowie staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, unabhängig von der Art ihres Beschäftigungsverhältnisses.

Als »Geheimnis« gelten alle Tatsachen, an deren Geheimhaltung der Klient ein begründetes Interesse hat und die nur einem bestimmten Personenkreis bekannt sind. Darunter fallen u. a. gesundheitliche, familiäre oder finanzielle Tatsachen, aber auch Tatsachen, die dem Betroffenen evtl. selbst (noch) nicht unbedingt bekannt sein müssen (z. B. eine Erkrankung, von der die Therapeutin durch den Hausarzt erfährt). Auch die Tatsache, dass sich jemand überhaupt in eine psychotherapeutische (oder ärztliche) Behandlung begibt, unterliegt der Schweigepflicht. § 8 Abs. 1 der MBO präzisiert darüber hinaus:

»Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen oder Patienten oder Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt (...) auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus ...«

Über gesetzliche Ausnahmen von der Schweigepflicht (dazu weiter unten) ist der Klient zu Beginn der Behandlung zu informieren (§ 8 Abs. 3 MBO). Für die kollegiale Beratung, Supervision oder Intervision (z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln) müssen die Informationen über den Klienten und über Dritte anonymisiert werden, d. h., es dürfen keinerlei Rückschlüsse auf eine konkrete Person mehr möglich sein (§ 8 Abs. 6 MBO). (Ist diese Anonymisierung nicht zu gewährleisten, bedarf es einer Schweigepflichtentbindung durch den Klienten – auch dazu weiter unten mehr.) Sofern Ton- oder Videoaufzeichnungen von der Therapie gemacht werden sollen, z. B. für die kollegiale Supervision, ist dies selbstverständlich nur mit Einwilligung des Klienten erlaubt; zudem muss er über sein Recht informiert werden, jederzeit eine Löschung der Datenträger verlangen zu können (§ 8 Abs. 7 MBO, ausführlich dazu vgl. Paar & Schmidt, 2016). Es ist sehr zu empfehlen, jede Entbindungs- oder Einwilligungserklärung des Klienten schriftlich einzuholen. Psychotherapeutinnen in Ausbildung sind über diese Verpflichtungen »zu belehren« (§ 8 Abs. 5 MBO); dies muss schriftlich festgehalten werden. Eine geeignete Vorlage stellen wir Ihnen im E-Book inside und auf unserer Webseite zum Download zur Verfügung.

Die bisher kurz skizzierten Bestimmungen zur Schweigepflicht gelten für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

gleichermaßen. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen ergeben sich jedoch einige Besonderheiten, auf die im Folgenden weiter eingegangen werden soll. Sie betreffen einerseits die Frage, ab wann Kindern und Jugendlichen ein Recht auf Schweigepflicht in der Therapie zusteht, und andererseits verschiedene Aspekte, die mit den Ausnahmen von der Schweigepflicht in Zusammenhang stehen.

### **Ab wann haben Kinder und Jugendliche ein Recht auf Schweigepflicht in der Therapie?**

In § 12 der MBO wird der »Umgang mit minderjährigen Patienten« geregelt. Darin heißt es in Abs. 6:

»Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber den einsichtsfähigen Patientinnen und Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten anvertrauten Mitteilungen. Soweit Minderjährige über die Einsichtsfähigkeit nach Absatz 2 verfügen, bedarf eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die sie betreffende Patientenakte der Einwilligung der Minderjährigen. Es gelten die Ausnahmen entsprechend den Regelungen nach § 8.«

In der Fachliteratur scheint weitgehend Einigkeit darüber zu bestehen, dass die den Anspruch auf Schweigepflicht begründende »behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit« (so die Formulierung in § 12 Abs. 2 MBO) i. d. R. ab dem 14. Lebensjahr erreicht ist (Pulverich & Frederichs, 2011, S. 29; Schwarz, 2004, 2006, 2007). Hierbei ist unter »Einsichtsfähigkeit« im Wesentlichen die allgemeine intellektuelle Fähigkeit einer Person zu verstehen, die Tragweite und evtl. Gefährlichkeit ihres Handelns einschätzen zu können (ohne einen unbedingten Überblick über alle Konsequenzen haben zu müssen; Einsichtsfähigkeit ist nicht identisch mit Geschäftsfähigkeit). Zwar haben auch Eltern einen »Auskunftsanspruch hinsichtlich der Daten ihres Kindes« (Schwarz, 2004, S. 23), der aus dem Erziehungsrecht der Eltern abgeleitet werden kann (§§ 1626, 1631 BGB), dieser wird jedoch durch das Selbstbestimmungsrecht des Kindes (ab 14 Jahren) eingeschränkt (vgl. Gerlach, 2009, 2013; Rothärmel et al., 2006). Zu diesem Ergebnis kam sinngemäß auch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1982. Auch Stellpflug und Berns (2015) kommen in ihrem Kommentar zur MBO zu dem Schluss, »dass Sorgeberechtigten Inhalte aus den Mitteilungen der einsichtsfähigen Kinder nicht ohne Zustimmung der Kinder weitergegeben werden dürfen und vice versa«, und folgern daraus: »Nicht einsichtsfähige Kinder können einer Weitergabe weder zustimmen noch sie verweigern« (ebd., S. 200). Streng genommen besteht hier also keine (gesetzliche) Schweigepflicht. Dennoch aber ist der Therapeut gerade bei der Behandlung von nicht einsichtsfähigen Kindern mit einem ethischen Dilemma konfrontiert (vgl. dazu auch die Beispiele in Hungerige & Päßler-Abou El Khir, 2007): Denn einerseits müssen die Sorgeberechtigten alle Informationen erhalten, die sie in die Lage versetzen, die für ihr Kind vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen nachzuvollziehen, um eine Entscheidung im Interesse des Kindes treffen zu können. Andererseits sind aber auch Umstände denkbar, unter denen Informationen aus therapeutischen Gründen den Eltern vorenthalten werden sollten, um z. B. die therapeutische Beziehung zu dem Kind nicht zu gefährden.

Welche Konsequenzen ergeben sich nun konkret daraus für die therapeutische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern? Stellpflug und Berns (2015, S. 200) kommentieren § 12 Abs. 6 MBO mit dem Satz: »Die Verschwiegenheit des Therapeuten dient der Sicherung der Vertrauensbeziehung als therapeutischer Wirkfaktor und der Wahrung der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Person.« Damit wird neben dem rechtlichen Aspekt der Schweigepflicht auch der Beziehungsaspekt gleichermaßen betont. Nicht sofort nachvollziehbar ist dagegen ihre Schlussfolgerung: »Beide Faktoren sind für erwachsene und minderjährige einsichtsfähige Patienten gleichermaßen relevant« (ebd.) – und, so kann man fragen, für minderjährige, nicht einsichtsfähige Patienten, also Sechsjährige, Zehnjährige, Zwölfjährige, nicht? Diese Sichtweise mag für eine juristische Argumentation hilfreich sein, fachlich zu begründen ist sie nicht. Denken wir an Jonas, den kiffenden 13-Jährigen. Eine Weitergabe dieser Information an die (sicherlich daran interessierten) Eltern, ohne sein Einverständnis, würde die therapeutische Beziehung zu ihm mit hoher Wahrscheinlichkeit gefährden – ein denkbares »ethisches Dilemma«. Dementsprechend schlussfolgern auch Stellpflug und Berns (2015; hier konkret in Bezug auf die Einsichtnahme von Sorgeberechtigten in die Patientenakte):

»Unabhängig davon, ob der minderjährige Patient einsichtsfähig ist oder nicht, fordert die Einsichtnahme durch die Sorgeberechtigten und auch bereits das Begehren danach die Beachtung ihrer Implikationen unter therapeutischen Gesichtspunkten und ggf. psychotherapeutische Interventionen. (...) Es ist ja möglich, dass sich gerade in einem solchen Anliegen ein behandlungsrelevanter interpersoneller Konflikt manifestiert und zur psychotherapeutischen Bearbeitung auffordert.« (ebd., S. 200-201)

Die Autoren verweisen hier auf die allgemeine Berufspflicht der gewissenhaften Berufsausübung (§ 3 MBO). Was aber sind die Konsequenzen daraus?

**Therapeutische Beziehung.** Die erste Konsequenz ist, den Beziehungsaspekt der Schweigepflicht stets zu berücksichtigen, unabhängig vom Alter des Klienten. Dies betrifft insbesondere die minderjährigen, nicht einsichtsfähigen Klienten, also Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren, deren informationelle Selbstbestimmung in der Therapie nicht explizit durch ein Recht geschützt ist. Für eine gelingende Therapie brauchen jedoch auch sie einen geschützten Raum und damit die Gewissheit, dass nicht jede Information gleich »brühwarm« an die Eltern weitergegeben wird.

**Information der Eltern.** Die zweite Konsequenz daraus ist, die Eltern oder andere Sorgeberechtigte möglichst frühzeitig darüber zu informieren, dass eine Therapie mit Kindern und Jugendlichen nur möglich ist, wenn der Therapeut eben nicht als »Informant« der Eltern dient. Natürlich haben Eltern ein verständliches Interesse daran, bestimmte Informationen ihres Kindes zu erhalten (z. B., dass ihr Sohn von Zeit zu Zeit Cannabis konsumiert), sie machen sich Sorgen und wollen wissen, »was los ist«. Dennoch sollte hier möglichst früh von therapeutischer Seite der Hinweis kommen (mündlich und/oder schriftlich in Form einer Elterninformation), dass eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Kind (als notwendige Bedingung für jeden Therapieerfolg) nur möglich ist, wenn das Kind oder der Jugendliche die geschützte Gelegenheit hat, Dinge zu äußern, die »heikel« sind oder von Erwachsenen üblicher-

weise sanktioniert werden. Um den Eltern zu verdeutlichen, was konkret gemeint ist, kann durchaus ein »heikles« Beispiel genommen werden:

*»Um es nochmal deutlich zu machen: Auch wenn mir Ihr Sohn erzählen würde, dass er Hasch geraucht hat, würde ich es Ihnen nicht erzählen. Können Sie sich unter diesen Bedingungen eine Therapie bei mir vorstellen?«*

Unterlässt man es, diesen Beziehungsaspekt der therapeutischen Verschwiegenheit zu besprechen, läuft man früher oder später Gefahr, mit (zu Recht) erbosten Eltern konfrontiert zu werden, die einem den Vorwurf der Komplizenschaft, Nachlässigkeit oder fachlichen Inkompetenz machen (»Mein Sohn sagte uns, er hätte Ihnen erzählt, dass er kifft! Warum haben Sie uns nichts gesagt!?!«).

**Informationelle Loyalität.** Die dritte Konsequenz ergibt sich in Bezug auf die Art und Weise, wie Kindern und Jugendlichen ihr »Recht auf Schweigepflicht« (und das ist hier nicht im juristischen Sinn gemeint!) in der Therapie vermittelt wird. Gerade bei jüngeren Kindern ist ein Einbezug der Eltern in die Therapie oft unabdingbar: Informationen, die die Therapeutin von dem Kind und den Eltern erhält, werden oft von ihr wechselseitig genutzt (um z. B. genauer zu explorieren, Ziele zu vereinbaren, Angaben zu überprüfen usw.). Auch ist die Weitergabe bestimmter Informationen an die Eltern teilweise notwendig, um überhaupt vereinbarte Therapieziele erreichen zu können. Kindern und Jugendlichen eine »unbedingte Schweigepflicht ohne Wenn oder Aber« zu garantieren, ist daher nicht hilfreich und steht einem Therapieerfolg eventuell sogar im Wege. Ebenso blockierend kann es für den therapeutischen Prozess sein, wenn der Therapeut sich standardmäßig für jede Information, die er für das Gespräch mit den Eltern braucht, das Einverständnis des Kindes oder Jugendlichen einholt. Denn allzu schnell kann daraus, z. B. bei Kindern und Jugendlichen mit oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten, ein »Machtspiel« werden, bei dem das Kind für die entscheidenden Informationen eben das Einverständnis verweigert. Sich dann als Therapeut darüber hinwegzusetzen, fügt der therapeutischen Beziehung zumeist deutlichen Schaden zu. Die Lösung ist auch hier, möglichst frühzeitig die Beziehung zu dem Kind so zu gestalten, dass es einerseits sicher sein kann, dass nicht jede mitgeteilte Information, so heikel und prekär sie vielleicht auch ist, an die Eltern weitergereicht wird, dass dies aber nicht einen vollständigen Informationsstopp bedeutet, da der Austausch bestimmter Informationen für den Erfolg der Therapie notwendig sein kann. Die Kunst besteht also darin, das Vertrauen der Kinder und Jugendlichen (aber auch das Vertrauen der Eltern) für diese therapeutische Haltung zu gewinnen, eine Haltung, die sich vielleicht am ehesten als informationelle Loyalität bezeichnen lässt.

**Transparenz gewährleisten.** Diese Loyalität hat verschiedene Implikationen: Zunächst muss mit allen an der Therapie Beteiligten klar kommuniziert werden, unter welchen Bedingungen die Therapie stattfinden kann, d. h. in diesem Zusammenhang, welche Art von Informationen nicht an die Eltern weitergegeben werden (nämlich alle, die akut beziehungsgefährdend sind), und welche möglicherweise schon. Hierzu sollte nicht nur das Einverständnis der Beteiligten eingeholt werden, es muss auch das nötige