



Michael Behr

Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen



HOGREFE



Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

von

Michael Behr

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. Michael Behr, geb. 1954, Studium des Lehramtes, der Erziehungswissenschaft und Psychologie in Essen, Bielefeld und Bochum, 1981 Promotion, 1985 Habilitation. Seit 1993 Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Seit 1984 praktische Tätigkeit als Psychotherapeut für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche in Essen und Stuttgart. Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Kursleiter (GwG, IGB) für Psychotherapie mit Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und an verschiedenen Universitäten und Instituten im europäischen Ausland.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: © Marzanna Syncerz – Fotolia.com
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2248-0

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Vorwort

Vielleicht ist es ein Vorteil, dass ich die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern sowohl aus einer pädagogischen als auch aus einer psychotherapeutischen Perspektive praktizieren durfte. Heimerziehung, Schule, Sozialpädagogik, klinisch-psychiatrische Arbeit, Psychotherapie sind Quellen meiner Praxis. Die Weiterbildung von Fachkräften sowie Forschung und Lehre an der Hochschule helfen mir, meine Praxis mit Theorie zu verbinden. In Diskussionen mit Kollegen formten sich meine eigenen Konzepte.

Kernstücke dieses Buches sind dadurch Materialien und Texte, die sich in mehreren Jahrzehnten der Aus- und Weiterbildung entwickeln konnten. Natürlich habe ich für dieses Buch alles zu einem neuen Ganzen geformt. Ich empfinde Dank für die vielen Hilfen und Anregungen, die ich auf diese Weise so lange empfang. In der Arbeit mit Kursteilnehmern wurde mir immer wieder neu und schärfer klar, wie ich die Praxis der Beziehungsgestaltung mit Klienten zu einem Konzept formen und sie besser lernbar machen kann. Meine Studierenden und Weiterbildungsteilnehmer stellen mir immer so gute Fragen, bereichern mit ihren praktischen Beispielen und probieren so viel Kreatives aus – es ist mir jedes Mal eine Freude, die Verbindung von Konzepten und Praxis mit ihnen zu erarbeiten.

Meinen jungen und alten Klienten danke ich für ihr Vertrauen. Sie geben mir unschätzbare Erfahrungen, die meiner Professionalität stets weiterhelfen. Dies gilt auch für meine Supervisorinnen, mit denen ich so oft einen beidseitigen Lernprozess erlebe.

Ein Buch wie dieses kann nicht ohne die Unterstützung von vielen Freunden und Kollegen entstehen. Der Austausch mit ihnen über all die Themen dieses Buches hat mein Denken oft weitergeführt. Ich fühlte mich oft inspiriert und bestätigt. Namentlich nennen und tiefen Dank ausdrücken möchte ich gegenüber Elisabeth Herr, Dagmar Hölldampf, Dorothea Hüsson, Stephan Jürgens-Jahnert, Germain Lietaer, Heinz Rupp, Jan Roelff Takens. Sie halfen mir zudem mit konstruktiver Kritik an Teilen des Manuskriptes, die mir sehr wertvoll war.

Besonders viel Unterstützung und bereichernden fachlichen Austausch verdanke ich meinen Ausbilder-Kollegen am Institut für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung in Stuttgart: Elisabeth Herr, Dorothea Hüsson, Hans-Jürgen Luderer, Bettina Neininger, Heidrun Rust, Sigrid Schaich, Reinhard Tausch und Susanne Vahrenkamp.

Ohne Dagmar Hölldampf und Dorothea Hüsson hätte sich mein Denken in den letzten Jahren nicht so entfalten können, wie es sich in diesem Buch zeigt. Ihre Hilfe, Ermutigung, Kritik, ihre eigene Professionalität, Entwicklungen und Forschungen haben meine Arbeit in einer Weise befördert, für die ich tiefen Dank empfinde. Es ist für mich ein großes Geschenk, mich mit diesen Menschen verbunden fühlen zu dürfen.

Meiner Lektorin Susanne Weidinger vom Hogrefe Verlag verdanke ich ein übergroßes Maß an Geduld, Vertrauen und fachlichem Beistand, mit dem ich mich jederzeit voll unterstützt gefühlt habe. Meine Frau Naomi hat mich über so lange Zeit stets kompromisslos bestärkt, mich abgeschirmt und auf vieles verzichtet; ihrem unendlichen solidarischen Zuspruch verdankt dieses Buch Unschätzbbares.

Stuttgart, im Juni 2012

Michael Behr

Inhalt

1 Kapitelwegweiser und Einleitung: Grundideen und Ziele einer interaktionellen Psychotherapie mit Kindern, Eltern, Jugendlichen und Familien	11
1.1 Grundideen und Ziele der Behandlung	13
1.2 Erstkontakte	14
1.3 Die Kinder oder die Eltern behandeln?	15
1.4 Spiel und Sprache: Die Organisation von Erfahrung in der Klientenperson	15
1.5 Warum wirkt das Spiel therapeutisch? Organisation von Erfahrung und Gefühlen im Spiel	16
1.6 Warum wirkt die Beziehung therapeutisch? Interaktionsschemata und Interaktionsresonanz aktivieren neue Beziehungserfahrungen	17
1.7 Wachstum: Das Axiom der Aktualisierungstendenz	18
1.8 Die Konstruktion der eigenen Realität	19
1.9 Client Agency: Das Kind weist den Weg	20
1.10 Psychotherapeutisches und erzieherisches Vorgehen	21
1.11 Die Therapeutenperson	21
2 Erstkontakte und Beginn einer Therapie	23
2.1 Der telefonische Erstkontakt	23
2.2 Das Erstgespräch	25
2.2.1 Ziele beim interaktionellen Erstkontakt	26
2.2.2 Vorgehen und Setting	27
2.2.3 Das Konzept für den interaktionellen Erstkontakt	28
2.2.4 Die Prozesselemente im Gesprächsverlauf	30
2.2.5 Die Bedeutung interaktionellen Vorgehens	35
2.3 Diagnostik	36
2.3.1 Praktisches diagnostisches Vorgehen in der Kinder- und Jugendpsychotherapie	38
2.3.2 Gesamtbild und psychostrukturelle Hypothesen	41
2.3.3 Therapieende, Abschlussdiagnostik und Katamnese	43
2.4 Das Therapie-Vereinbarungsgespräch	43
2.4.1 Gesprächsteilnehmer	43
2.4.2 Prozesselemente im Therapie-Vereinbarungsgespräch	44
3 Elternberatung und Familientherapie	48
3.1 Konzepte der Arbeit mit Eltern und Familien im Überblick	48
3.1.1 Therapeutische Trainings	48
3.1.2 Interaktive Familiensitzungen	51
3.2 Therapiebegleitende Elternberatung	53
3.2.1 Ziele der therapiebegleitenden Elternberatung	53

3.2.2	Voraussetzungen bei den Bezugspersonen	55
3.2.3	Gesprächsablauf und Interventionen bei Eltern von Kindern	55
3.2.4	Fehler-Fallen	64
3.2.5	Arbeit mit Eltern von Jugendlichen	65
3.3	Interaktionelle Familientherapie	67
3.3.1	Ziele einer interaktionellen Familientherapie	67
3.3.2	Therapiepraxis	70
3.3.3	Prozessmodell für eine interaktionelle Familientherapie	73
3.3.4	Bedeutung und Probleme	79
4	Facilitativer und interaktioneller Modus in der Therapie: Erfahrungen organisieren und Beziehungsmuster ändern	82
4.1	Therapiepraxis: Der facilitative Modus	82
4.1.1	Das klassische Konzept nach Virginia Axline	83
4.1.2	Das Wirkungsmodell der facilitativen Beziehung	84
4.1.3	Die facilitative Beziehung in der therapeutischen Praxis	86
4.1.4	Vier basale Prinzipien zur Stiftung einer facilitativen Beziehung	87
4.1.5	Facilitative Interventionen je nach Spielmedium	90
4.1.6	Prozessaktivierende Interventionen im facilitativen Modus	91
4.2	Therapiepraxis: Der interaktionelle Modus	94
4.2.1	Das interaktionelle Verständnis des Selbst: Selbsterleben gleich Beziehungserfahrung	95
4.2.2	Das Wirkungsmodell der interaktionellen Beziehung	97
4.2.3	Die interaktionelle Beziehung in der therapeutischen Praxis	100
4.2.4	Das Konzept Interaktionsresonanz	103
4.2.5	Der Übergang vom facilitativen Begleiten zur Interaktions- resonanz	104
5	Kindertherapie	107
5.1	Das Spiel als Medium des Kindes: Spiel und Spielzimmer	107
5.1.1	Bedeutungen des Spiels	107
5.1.2	Einrichtung des Spielzimmers	109
5.2	Sprache	113
5.2.1	Die Bedeutung der Sprache für Kinder und Jugendliche	114
5.2.2	Sprache im facilitativen Modus: Einfühlen und Mitschwingen	117
5.2.3	Sprache im interaktionellen Modus	131
5.3	Regelspiele	133
5.3.1	Die Bedeutung von Regelspielen für Kinder und Jugendliche	134
5.3.2	Die Bedeutung von Regelspielen für die Therapeutenperson	135
5.3.3	Das Regelspiel im facilitativen Modus	136
5.3.4	Das Regelspiel im interaktionellen Modus	138
5.3.5	Das Regelspiel im Distanz-Regulierungs-Modus	140
5.4	Kampfspiele und Grenzen setzen	142

5.4.1	Die Bedeutung des Kämpfens für Kinder und Jugendliche	144
5.4.2	Die Bedeutung von Kampfspielen und des Grenzensetzens für die Therapeutenperson	145
5.4.3	Kampfspiele und Grenzen setzen im facilitativen Modus	146
5.4.4	Kampfspiele und Grenzen setzen im interaktionellen Modus	149
5.4.5	Vorgehen bei Kampfspielen	150
5.5	Gestalten mit Konstruktionsspielen und kreativen Medien	154
5.5.1	Die Bedeutung des Gestaltens für Kinder und Jugendliche	155
5.5.2	Die Bedeutung des Gestaltens für Therapeutenpersonen	156
5.5.3	Gestaltungsprozesse im facilitativen Modus	158
5.5.4	Gestaltungsprozesse im interaktionellen Modus	160
5.6	Dramatisches Spiel: Puppen- und Rollenspiel	163
5.6.1	Die Bedeutung des dramatischen Spiels für Kinder und Jugendliche	165
5.6.2	Die Bedeutung des dramatischen Spiels für Therapeuten- personen	166
5.6.3	Dramatisches Spiel im facilitativen Modus	168
5.6.4	Dramatisches Spiel im interaktionellen Modus	170
5.6.5	Eingriffe in das dramatische Spiel bei Kindern mit Traumaerfahrungen	172
5.7	Sensation-Seeking	176
5.7.1	Die Bedeutung des Sensation-Seeking für das Kind	177
5.7.2	Die Bedeutung des Sensation-Seeking für die Therapeuten- person	178
5.7.3	Sensation-Seeking im facilitativen Modus	178
5.7.4	Sensation-Seeking im interaktionellen Modus	178
6	Jugendtherapie	181
6.1	Jugendliche und ihre Probleme	181
6.2	Raum- und Materialangebot	184
6.3	Beziehungsangebot und Erstgespräch mit Jugendlichen	185
6.4	Facilitativer und interaktioneller Modus bei den Kernbedingungen für eine helfende Beziehung	191
6.5	Facilitativer Modus: Selbstexploration fördern	194
6.5.1	Empathie – Gefühle der Jugendlichen in Worte fassen	195
6.5.2	Fragen stellen	200
6.5.3	Arbeit mit Selbstanteilen	203
6.5.4	Gestalten	207
6.6	Interaktioneller Modus: Beziehungserfahrungen aktivieren	213
6.6.1	Die Bedeutung interaktioneller Erfahrungen für Jugendliche	213
6.6.2	Die Bedeutung des interaktionellen Modus für die Therapeuten- person	214
6.6.3	Praktische Umsetzung auf dem Boden von Authentizitäts- Konzepten	215
6.6.3.1	Selbsteinbringung (self-disclosure)	217

6.6.3.2 Unmittelbarkeit (immediacy)	220
6.6.3.3 Konfrontation	221
6.6.3.4 Fordern	223
Literatur	228
Sachregister	241

1 Kapitelwegweiser und Einleitung: Grundideen und Ziele einer interaktionellen Psychotherapie mit Kindern, Eltern, Jugendlichen und Familien

Dieses Buch stellt praktische Konzepte zur Beziehungsgestaltung mit Kindern, Eltern, Jugendlichen und Familien anwendungsbezogen vor. Bezüge zu Theorien erfolgen an den Stellen, wo sie die Konzepte für das therapeutische Handeln besonders gut verständlich machen. Auch Forschungsergebnisse werden dort eingestreut, wo sie Konzepte klären. Die Kapitelreihung orientiert sich am Ablauf von Beratungen, Fördermaßnahmen und Therapien:

- Der Beginn von Maßnahmen,
- die Arbeit mit Eltern und Familien,
- Modalitäten der Beziehungsgestaltung: Interaktionelles Arbeiten als zentrales Anliegen dieses Buches,
- das Umsetzen in der Kindertherapie,
- das Umsetzen in der Jugendtherapie.

Es wendet sich an lernende und erfahrene Fachkräfte jeglicher Profession, die mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien psychosozial arbeiten. Es möchte sehr konkret vermitteln, wie man Interaktionstechniken und Beziehungsaufbau in die eigene Herangehensweise integrieren kann. Dieses Buch versucht so, ein interaktionelles Therapiekonzept auf dem Boden einer Allgemeinen Psychotherapie zu entfalten (Grawe, 1994, 1998; Schmidtchen, 2001). Mit seinem Fokus auf dem Wirkfaktor therapeutische Beziehung nimmt es dazu häufig Perspektiven der humanistischen Psychologie ein. Es folgt der Hypothese, dass die Interaktion mit der Therapeutenperson so nachhaltige Erfahrungen vermittelt, dass sie zu tiefen Veränderungen im Erleben von Beziehungen führen – diese gehen mit Umstrukturierungen im Selbstbild einher. Dem therapeutischen Beziehungsangebot kommt so eine überragende Bedeutung zu. Seine Abstimmung auf die Klientensituation will Beziehungserfahrungen in einer von der Klientenperson noch nie erlebten Qualität ermöglichen. In dieser Beziehung erlebt sie zugleich so mächtige Selbsterfahrungen, dass Neubewertungen im Erleben ihres Selbst möglich werden.

Die Überlegung, eine besondere Beziehungserfahrung anzubieten, ist grundsätzlich nicht neu. Dieses Buch möchte dazu praktische Konzepte geben, die das Vorgehen der Therapeutenperson kleinschrittig zeigt. Die Interventionen werden auf der Mikroebene beschrieben, auch die Implikationen für die Therapeutenperson und die Bedeutung für Kinder und Jugendlichen. Die Entwicklung des interaktionellen Therapiekonzeptes wird in Kapitel 4.2 dargestellt. Die konkrete Umsetzung gestaltet sich in jedem Spielmedium anders. Sie wird in den Kapitel 5.2 bis 5.7 für die Spieltherapie praktisch erläutert; in Kapitel 6.4 bis 6.6 für die Jugendtherapie. Auch die Kapitel zu den Erstkontakten, der Elternberatung und der Familientherapie beschreiben das interaktionelle Vorgehen detailliert für die Praxis.

Eine ganze Reihe von psychotherapeutischen und entwicklungspsychologischen Theorien fundieren diese Praxis; im Sinne einer Metatheorie vor allem drei große Denkrichtungen:

- die *Schematheorie nach Piaget und Barlett* mit ihren Überlegungen zur Assimilation und Akkomodation von Schemata,

- die *Entwicklungspsychologie der Bindungstheorie* und des *interaktionellen Selbst nach D. Stern* mit ihren Konzepten zur Responsivität von Bindungspersonen,
- das *personzentrierte Konzept nach Rogers und Axline* mit den Konzepten der nicht direktiven Beziehungsgestaltung und der Organisation von Erfahrung durch die Entfaltung von Erlebensprozessen.

Zugleich lässt sich für viele Psychotherapieverfahren interaktionelles Arbeiten weiterdenken:

- Die Psychodynamische Therapie mit ihren Konzepten des Übertragungsgeschehens, des Agierens und der Übertragungsdeutung.
- Die Personzentriert-Experientielle Therapie mit ihren Konzepten zur Organisation von Erfahrung und Kognition.
- Die Verhaltenstherapie mit ihren Verfahren der Angstreduktion, des Verhaltensaufbaus und des Verstärkungsprinzips.
- Die Systemische Therapie mit ihren Konzepten lösungsorientierten Arbeitens und ihrem konstruktivistischen Ansatz.
- Die Kognitive und Systemische Therapie mit ihrer Methode des kognitiven Umstrukturierens.

So versuche ich hier, schulenübergreifend Methoden zur Gestaltung von Beziehung zu konkretisieren, die verfahrensunabhängig in die Praxis integriert werden können. Sie lassen sich im Rahmen jeder therapeutischen Grundorientierung anwenden. Neben dem Kombinieren des Beziehungsangebotes mit weiteren Maßnahmen vertreten sie auch, eigenständig zu wirken: Die Klientenperson erlebt sich in einer qualitativ neuen Beziehung, darin erlebt sie sich selbst anders, ihre Selbststruktur verändert sich. Psychostrukturell gedacht werden die Symptome so nicht mehr aufrechterhalten, die Symptome heilen nachhaltig.

Aus der Forschung: Die Beziehung mit der Therapeutenperson als Wirkfaktor

Schon 1978 hatten Bergin und Lambert (S. 180) die damalige Wirksamkeitsforschung so auf den Punkt gebracht: „The largest variation in therapy outcome is accounted for by pre-existing client factors, such as motivation for change, and the like. Therapist personal factors account for the second largest proportion of change, with technique variables coming in a distant third.“ Die aktuellere Psychotherapieforschung bestätigt dies. Reviews und Metaanalysen zeigen, dass nur 5 bis 15 Prozent der Outcome-Varianz auf spezifische Techniken zurückzuführen sind. Vielmehr ist die Beziehung entscheidend (Norcross, 2002, S. 5; Lambert, 2005). Lambert und Barley (2002) fassen ihren Review zur Wirkung der therapeutischen Beziehung so zusammen:

1. Psychotherapy is successful in general, and the average treated client is better off than 80% of untreated subject.
2. Comparative studies of psychotherapy techniques consistently report the relative equivalence of therapies in promoting client change.
3. Measures of therapeutic relationship variables consistently correlate more highly with client outcome than specialized therapy techniques. Associations between the therapeutic relationship and client outcome are strongest when measured by client ratings of both constructs.

4. Some therapists are better than others at contributing to positive client outcome. Clients characterize such therapists as more understanding and accepting, empathic, warm, and supportive. They engage in fewer negative behaviors such as blaming, ignoring, or rejecting. (S. 26)

Aktuellere Beispiele für die unter Punkt 2 angesprochenen Studien sind die Forschungen von Stiles et al. (2006, 2007).

Im deutschen Sprachraum unterstützt die Wirkfaktorenforschung von Grawe (1994, 1998) und für die Kinder- und Jugendtherapie von Fröhlich-Gildhoff (2008) diese Zusammenhänge: Ressourcenaktivierung durch die therapeutische Beziehungserfahrung wird als ein grundlegender Wirkfaktoren gesehen.

1.1 Grundideen und Ziele der Behandlung

In einer interaktionellen Behandlung sollen Kinder/Jugendliche ihre Beziehungserfahrungen verarbeiten, klären, erweitern und neu bewerten. Sie sollen sich selbst besser kennenlernen, etwa indem sie klären, wie sie ihre soziale Umwelt erleben. Sie können dafür prägnante Spielszenarien und sprachliche Symbole finden. Wenn dies gelingt, werden sich Spannungen im Erleben mindern und das Verhalten prosozial entwickeln. Symptome stellen eine Folge „inkongruenten“, d. h. unklaren, in sich widersprüchlichen Erlebens dar, und sie verringern sich im Zuge dieser Klärungsprozesse. Psychostrukturelle Veränderungen sichern die Symptomreduktion nachhaltig; sie werden durch interaktionelle Therapie bewirkt. Verbunden mit interaktionellem Vorgehen können manifeste Symptome auch unmittelbar mit spezifischen Methoden angegangen werden, zum Beispiel mit denen der Verhaltenstherapie.

Spieltherapie

Bei einem nicht direktiven Setting spielt das Kind im Spielzimmer,

- entweder alleine während die Therapeutenperson das Geschehen einfühlsam und wertschätzend kommentiert ohne die Richtung des kindlichen Spiels zu beeinflussen,
- oder beide spielen gemeinsam, indem die Therapeutenperson den Ideen und Aktionen des Kindes folgt, gleichfalls ohne deren Richtung zu beeinflussen.

Dem Kind sollen zwei Entwicklungsmöglichkeiten angeboten werden: Es kann im selbstgesteuerten Spiel seine Erfahrung organisieren und es kann neue Beziehungserfahrungen mit der Therapeutenperson erleben. Das Spiel- und Sprachverhalten der Therapeutenperson folgt in beiden Fällen differenzierten Leitlinien; diese zu beherrschen erfordert Training und Erfahrungsbildung. Sie schaffen für das Kind ein einzigartiges Beziehungsangebot, welches die Grundlage für neue Selbsterfahrungen bildet. Details zu einem solchen Therapeutenverhalten beim Spiel vermittelt Kapitel 5.

Jugendtherapie

Mit Jugendlichen wird eher geredet, parallel zu Brettspielen bzw. Kicker, Billard usw., oder konzentriert im Sinne der Gesprächspsychotherapie. Dabei werden bedeutende Themen auf der Basis einfühlsamen und wertschätzenden Therapeutenverhaltens direkt

besprochen. Jugendliche, die zugleich noch spielen, können dabei die Intensität des Gesprächs durch Manipulation der Spielintensität selbst regulieren. Auch bieten die Spiele zugleich eine zusätzliche Ebene des Beziehungsgeschehens an. Im Gespräch wird vor allem die Authentizität der Therapeutenperson deutlich intensiver angefragt als etwa bei der gesprächstherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen. Jugendtherapie verlangt eine aktivere, interaktionelle Therapeutenperson. Jugendliche können nur schwer über längere Zeit einen selbstexplorativen Prozess aufrechterhalten, sie benötigen auch Fragen, Diskussion, Meinungen, ein sich Reiben, Grenzen. Details zum Therapeutenverhalten in der Arbeit mit Jugendlichen vermittelt Kapitel 6.

Elternberatung

Parallel zur Behandlung der Kinder findet eine Beratung der Bezugspersonen statt. Das Vorgehen variiert stark einzelfallabhängig. Grundsätzlich bestehen vier mögliche Zielrichtungen:

1. Das Vertrauen der Bezugspersonen in die Therapeutenperson aufzubauen. Dies gilt natürlich bei jedweder Therapie, ist hier aber zentral, weil die Therapie selbst von den Bezugspersonen nicht erlebt wird und weil das, was sie mitbekommen, Fragen aufwerfen kann.
2. Auf der Grundlage des Vertrauens sollen realistische Möglichkeiten entworfen werden, das Umfeld des jungen Menschen entwicklungsförderlicher zu gestalten.
3. Die Interaktion der Bezugspersonen mit dem jungen Menschen soll optimiert werden, etwa in Hinblick auf Empathie, Responsivität, Grenzsetzungen durch die Bezugspersonen.
4. Die Erfahrungsfähigkeit der Bezugspersonen soll erweitert werden, etwa dass sie ihre Gefühle, Motive und Gedanken genauer wahrnehmen und miteinander in Einklang bringen. Die mentalen Möglichkeiten der Bezugspersonen variieren stark. So verlangt die Beratungsarbeit eine sehr individuelle Ausdifferenzierung der Zielsetzungen. Details zur Elternberatung vermittelt Kapitel 3.2.

Bei Jugendlichen spielt die Bezugspersonenarbeit eine andere Rolle. Treffen finden eher als Familiensitzungen, jedenfalls aber zusammen mit den Jugendlichen statt. Der Erstkontakt vollzieht sich, anders als bei Kindern, in aller Regel alleine mit dem oder der Jugendlichen aufgrund der überragenden Bedeutung des Beziehungsaufbaus. Die Jugendlichen werden im Wesentlichen alleine behandelt, manchmal im Kontext einer Familientherapie. Details zur interaktionellen Familientherapie vermittelt Kapitel 3.3, zur Elternberatung bei der Therapie mit Jugendlichen Kapitel 3.2.5.

1.2 Erstkontakte

Schon bei den ersten Kontakten zum Beispiel am Telefon und dann im Erstgespräch und bei der Diagnostik soll eine möglichst gute Beziehung zu den Mitgliedern der Klientenfamilie aufgebaut werden. Die Qualität des Beziehungsaufbaus begünstigt nicht nur die Vollständigkeit der diagnostischen Informationen. Je eher Eltern von der menschlichen

und fachlichen Kompetenz der Therapeutenperson überzeugt sind, desto mehr werden sie ihr vertrauen, das Kind regelmäßig zu den Therapiesitzungen bringen und Maßnahmen umsetzen. Kinder benötigen gleichfalls Vertrauen, sonst nutzen sie das Spielzimmer nicht in der Tiefe der Möglichkeiten. Jugendliche nehmen die Therapie nicht auf oder brechen sie bald ab, wenn ihr Vertrauen in die Loyalität der Therapeutenperson irritiert ist. Kapitel 2 vermittelt praktisch, wie das Vertrauen der Familie im Rahmen der nötigen Startprozeduren aufgebaut werden kann.

1.3 Die Kinder oder die Eltern behandeln?

Das soziale Umfeld des Kindes oder Jugendlichen, insbesondere seine Abhängigkeit von den Bezugspersonen, kompliziert die Behandlung. „Man möge nicht das Kind, sondern die Eltern behandeln“, oder „Man arbeite nur mit der ganzen Familie“, solche oft aus Betroffenheit geborene Ursachentheorien fordern zu Recht den Einbezug von Eltern in die Behandlung. Sie vernachlässigen jedoch, dass fast immer eine eigene Therapie des jungen Klienten erforderlich ist. Wenn Hilfe bei einer Therapeutenperson gesucht wird, zeigt die junge Klientenperson fast immer deutliche, von den Bezugspersonen nicht mehr zu ertragene oder zutiefst besorgniserregende Symptome. Selbst wenn es gelänge, das familiäre Umfeld des jungen Klienten substanziell zu verändern, bedürfen die bereits eingetretenen Inkongruenzen im Erleben, Bewerten und im Selbstbild der Person einer Behandlung.

Darüber hinaus sollten die Möglichkeiten für Veränderungen im familiären Umfeld realistisch gesehen werden. Sie hängen stark vom Einzelfall ab und reichen von veränderungsbereiten Bezugspersonen bis hin zu Eltern, die in ihrer emotionalen Flexibilität, Intellektualität und Veränderungsmotivation stark eingeschränkt sind. Auch können sie durch eigene Probleme wie zum Beispiel Sucht, psychische Krankheit, Traumatisierung, Bindungsstörungen usw. so belastet sein, dass Behandler schon froh sein können, wenn die Eltern es nur schaffen, einen Kontakt aufrechtzuerhalten und das Kind einigermaßen regelmäßig zur Therapie zu bringen. So logisch die Behandlungsidee ist, das krankmachende Umfeld des Kindes verändern zu wollen, so sind nachhaltige Veränderungen nur zu erreichen, wenn therapeutische Interventionen auf die Möglichkeiten der Bezugspersonen zentriert werden.

1.4 Spiel und Sprache: Die Organisation von Erfahrung in der Klientenperson

Erwachsene reden, Kinder spielen. Wer je versucht hat, mit Kindern komplexere Sachverhalte zu besprechen, kennt die begrenzten Möglichkeiten. Insbesondere wenn mittels Sprache eine Metaposition gegenüber Gefühlen, Verhalten und dem Erleben von Beziehungen konturiert werden soll, können Kinder selten mehr als einen Satz dazu äußern. Kindern fällt es schwer, über den manifesten Sinn hinaus weitere Bedeutungsebenen zu reflektieren. Details zur Verwendung von Sprache in der Kindertherapie vermittelt Kapitel 5.2, zum Reden mit Jugendlichen Kapitel 6.5.1 und 6.5.2 sowie 6.6.3.

Aus der Forschung:

Schmidtchen, Wörmann und Hobrücker (1977) zeigten, dass 10- bis 13-jährige Kinder während der 45-minütigen Therapiestunde im Durchschnitt 43 Minuten spielen, jedoch im Durchschnitt nur 9½ Minuten reden.

Wenn Kinder spielen, werden wir häufig Zeuge von differenzierten Inszenierungen und Prozessverläufen, die uns in diesem anderen Medium ungleich mehr über das kindliche Erleben berichten als sprachliche Äußerungen.

Beispiel: Barbiepuppen

Die 5-jährige Anne inszeniert mit ihren Barbiepuppen oft recht komplexe Alltagsszenarien. Ihr Vater hatte häufig Affären, jetzt lebt die Mutter getrennt von ihm und der Vater lebt in einer neuen Beziehung. In Annes Barbiespielen hat jeder Barbiemann stets zwei Frauen.

Kinder inszenieren im Spiel, was sie seelisch beschäftigt; indem sie spielen, organisieren sie ihre Erfahrung: sie durchleben ein Problem, eine Bedrohung, einen Aspekt ihres Selbst, eine Beziehungserfahrung, einen Wunsch, eine Emotion. Diese Hypothese ist unter Kindertherapeuten nicht strittig. Sie erzeugt allerdings oft einen impliziten Druck, die Bedeutung des kindlichen Spielverhaltens in der Therapiestunde entschlüsseln zu sollen. Dies ist aber nicht immer so geradlinig möglich, wie in den Beispielen, die in diesem Buch genannt werden. Im Spiel kommt auch nur ein Teilaspekt des Erlebens zum Ausdruck, eine Seite einer Ambivalenz, oder eine Mischung aus früheren Prägungen und einem ganz aktuellen Erlebnis, welches vielleicht nicht so grundlegend bedeutsam ist aber im Moment das Spielverhalten überlagert. Viele, insbesondere weniger erfahrene Kindertherapeuten kommen so manchmal etwas ratlos aus einer Spielstunde. Sie zweifeln gar an ihren Kompetenzen, weil sie glauben das Spiel nicht verstanden zu haben. In einer analogen Situation der Erwachsenenberatung könnte zum Beispiel eine Klientenperson ausgiebig ihre Wut auf den Partner schildert, nicht jedoch die auch dazu gehörenden Gefühle der Liebe oder der Angst vor Einsamkeit. Die Beraterperson kann die Äußerungen der Klientenperson dann gleichfalls nur begrenzt verstehen.

1.5 Warum wirkt das Spiel therapeutisch? Organisation von Erfahrung und Gefühlen im Spiel

Trotz der überragenden Rolle des Spiels als ein Ausdrucksmedium des kindlichen Erlebens ist die Deutung des Spiels durch die Therapeutenperson nicht immer so wichtig. Entscheidend sind die im Kind ablaufenden Prozesse der Symbolbildung und die Parallelführung dieser Symbolbildungsprozesse mit sprachlichen Kommentierungen der Therapeutenperson. Axline (1947) hatte zum Teil aus diesen Gründen ihre Variante der Spieltherapie auch explizit als „deutungsfrei“ benannt. Spielpsychotherapeuten aller Orientierungen erleben es immer wieder als evident, dass die entscheidenden Wachstumsschübe des Kindes aus Spielprozessen heraus entstehen – und aus den Interaktionserfahrungen, die das Kind mit der Therapeutenperson macht. Das Kind stellt eine Szene hin oder es inszeniert einen Prozess oder beides. Diese beschreiben einen Aspekt des kindlichen Erlebens. Das Kind kreiert diese Prozesse und nimmt sie gleichzeitig wahr.

Dabei hilft die Therapeutenperson, wenn sie den Prozess einfühlsam sprachlich begleitet, auch indem sie mitspielt, wenn sie sich dazu eingeladen fühlt. Auf diese Weise schafft das Kind Symbole für seine Erfahrungen: Es *symbolisiert* die Erfahrung, so der Fachbegriff. Jede Person verwendet Symbole, um ihre Erfahrungen zu ordnen. Bei Erwachsenen ist das häufig die Sprache, zum Beispiel Gefühlswörter, Metaphern, sprachliche Bilder oder Vergleiche. Bei Kindern sind es die Bilder, Szenen und Prozesse im Spielzimmer. Wie bei Erwachsenen die sprachlichen Begriffe stehen bei Kindern die Spielereignisse als Stellvertreter, als Symbol für die emotionalen Erfahrungen. Der Begriff *Symbolisierung* wird in Kapitel 5.2.1 näher erläutert.

Beispiel Krankenhaus: Das Spiel als Medium des Kindes

Ein Erwachsener redet vor einem bedrohlichen Krankenhausaufenthalt immer wieder mit nahe stehenden Personen über seine Gefühle und Überlegungen. Ein Kind in dieser Situation spielt zum Beispiel mit den Play Mobil-Figuren immer wieder Krankenhaus, und wie dabei operiert, verbunden, gepflegt usw. wird.

1.6 Warum wirkt die Beziehung therapeutisch? Interaktionsschemata und Interaktionsresonanz aktivieren neue Beziehungserfahrungen

Der junge Klient erfährt in der Beziehung zur interaktionellen Therapeutenperson eine Beziehung in einer noch nie erlebten Qualität. Diese gründet auf den drei Kernbedingungen für eine helfende Beziehung nach Rogers (1957) sowie auf Konzepte der Bindungstheorie (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974) und der Säuglingsforschung (Stern, 1986). Die Erfahrung einer solchen anderen Beziehungsqualität verändert die Interaktionsschemata, welche die Herkunftsfamilie im jungen Menschen aufgebaut hat. Diese Schemata sind zum Beispiel verantwortlich für die Erwartungen der Person, wie andere auf ihr Verhalten reagieren. Sie programmieren gleichsam die Grundstrukturen, nach denen die Person im Alltag ihre Beziehungen gestaltet. Vor allem in belastenden Beziehungssituationen reagiert die Person oft ähnlich: Gefühle, Selbstwert, Deutungsmuster. Die Auseinandersetzung mit anderen folgt dann meist den immer gleichen Mustern. Diese Schemata können sich modifizieren, wenn die Person in der Beziehung mit der Therapeutenperson häufiger andere Prozesse durchlebt. Sie erlebt in der Interaktion ihr Selbst anders. Dadurch verändert sich dann auch das Selbstwertgefühl.

Vor allem in der Spieltherapie erreicht die Therapeutenperson dies, indem sie beim gemeinsamen Spiel auf das Interaktionsverhalten des Kindes mit eigenen Spielhandlungen Resonanz gibt. Diese *Interaktionsresonanz* lenkt das Spiel nicht, macht aber die Therapeutenperson als voll präsente, konturierte und reale Person für das Kind erfahrbar (Behr, 2003; Wakolbinger, 2009).

Beispiel Turmbau: Wetteifern als lustvolle Interaktion

Jens baut einen Turm aus Legosteinen, die Therapeutenperson auch. Es entwickelt sich ein Wettkampf, wer den höheren Turm baut einschließlich eines trickreichen Kampfes um das Baumaterial. Möglicherweise erlebt Jens in der Therapie erstmalig, dass eine solche Auseinandersetzung trotz eines gewissen Ernstcharakters zugleich lustvoll sein kann und dass er dabei nicht Gefahr läuft, entwertet und vernichtet zu werden.

Wenn die Therapeutenperson Interaktionsresonanz realisiert, verhält sie sich ähnlich aber nie gleich wie das Kind. Sie gibt mit ihrem eigenen Verhalten Resonanz, d. h. es gibt eine Veränderung der Tönung, aber das Spielthema und die Energie, mit der das Kind sie umsetzt, werden aufgenommen. Die Therapeutenperson gibt nicht etwas anderes hinzu. Sie gerät nicht vor das Kind, aber das Kind erlebt sie als lebendigen Spielpartner.

Das Konzept der Interaktionsresonanz ist ein Kernelement des hier vertretenen interaktionellen Psychotherapiekonzeptes. Es wird in Kapitel 4.2 dargestellt. Die konkrete Umsetzung gestaltet sich in jedem Spielmedium anders. Sie wird in den Kapitel 5.2 bis 5.7 praktisch erläutert.

Aus der Forschung: Die Wirksamkeit von Spieltherapie

Höldampf und Behr (2009) untersuchten sieben große Metaanalysen zur Kinder- und Jugendpsychotherapie. Insgesamt zeigten sich mittlere Effektstärken von Cohens $d = .54$ bis $.88$. Dies gilt als guter Wert: Anschaulich umgerechnet bedeutet es, dass zwischen 70 % und 80 % aller Kinder- und Jugendlichen von einer Therapie mehr profitieren als wenn sie keine erhielten.

Die große Metaanalyse von Bratton, Ray, Rhine, und Jones (2005) fand bei 73 Primärstudien zur Spieltherapie sogar eine mittlere Effektstärke von $d = .92$; d. h. 82 % der jungen Patienten profitieren von der Spieltherapie. Der Review von Höldampf, Behr und Crawford (2010) differenzierten 83 Primärstudien je nach Störungsbild; bei 34 dieser Studien handelt es sich um sogenannte RCT-Studien: Die Wirksamkeit wird bei einer Versuchsgruppe gegenüber einer Kontrollgruppe nachgewiesen, wobei die Zuweisung der Patienten durch Zufallsauswahl erfolgte. Weitere 31 Studien wiesen eine Kontrollgruppe auf, jedoch ohne randomisierte Patientenzuweisung.

1.7 Wachstum: Das Axiom der Aktualisierungstendenz

Im Prozess der Symbolisierungen ordnet das Kind seine Erfahrungen. Auf der Basis einer sicheren Bindung vermag das Kind so frei, ungestört und unbeeinflusst wie sonst nie zu agieren. Im Prozess des Spiels konstruieren Kräfte in der Person, die nicht direkt beobachtbar sind, diese Symbole. Sie treiben den Spielprozess immer weiter voran. Der Fachbegriff der humanistischen Psychologie für diese Kräfte lautet „Aktualisierungstendenz“. Damit ist die Tendenz von allem Lebendigen in Richtung auf Wachstum und Ausschöpfung von Potenzialen gemeint: Die Person entwickelt sich positiv, allerdings nur sofern die Bedingungen, sprich die Beziehungen in denen die Person lebt, gut sind.

Fachlicher Hintergrund: Konzepte zur Dynamik des Lebensprozesses – Triebkonzept und Aktualisierungstendenz

Rogers (1951, 1959) hatte das Axiom der Aktualisierungstendenz dem psychoanalytischen Triebkonzept an die Seite gestellt. Was ist für die Dynamik des Lebens verantwortlich? Hier das Freudsche Konzept des Sexual-, bzw. Lebenstriebes und beim späteren Freud zusätzlich des Aggressions- bzw. Todestriebes; mächtige Kräfte, denen das gleichfalls mächtige Über-Ich (das Gewissen, soziale Normen und Werte)

gegenübersteht und zwischen denen das menschliche Ich einen Ausgleich schaffen muss. Mit dem Axiom der Aktualisierungstendenz umschreibt Rogers einen ressourcenorientierten Aspekt der menschlichen Natur, der die Entwicklungspotenziale der Person betont (vgl. auch Finke, 2002; Kriz, 2008).

Eine Hypothese des Axioms der Aktualisierungstendenz lautet, dass die Person sich in der Spieltherapie günstig entwickeln wird, wenn die Therapeutenperson auf dem Boden einer sicheren Bindung den Spielprozess nicht lenkt. Spieltherapiekinder erfuhren in der Regel eine unsichere oder desorganisierte Bindung. Sie wurden vernachlässigt, traumatisiert, unterdrückt, verlassen usw. oder waren, ohne dass man jedes Mal von einem Versagen der Bezugspersonen sprechen müsste, in eine Situation gekommen, die schwere innere Spannungen, Verzweiflung oder Ängste provozierte. In der Therapie erhalten sie ein Beziehungsangebot der Therapeutenperson, das ihnen die Entfaltung ihrer Ressourcen und den Aufbau einer sicheren Bindung ermöglicht. Und davon machen sie auch in aller Regel nachhaltig Gebrauch, eine Erfahrung die das Axiom der Aktualisierungstendenz eindrücklich stützt.

Fachlicher Hintergrund: Das Axiom der Aktualisierungstendenz und die erziehungswissenschaftliche Strömung der Reformpädagogik

Das Kind wächst aus sich selbst heraus. Man kann dem Prozess vertrauen. Günstige Bedingungen, wie sie etwa die Petersen-, Freinet- oder Montessoripädagogik konzipiert, reichen aus, und mehr als das: Eine nicht manipulierende Förderung des kindlichen Wachstums ermögliche geradezu optimale Prozesse des Lernens und der Entwicklung, so die einhellige Meinung des reformpädagogischen Gedankengebäudes (Key, 1905). Es ist überliefert, dass der junge Student Carl Rogers Vorlesungen von Kilpatrick hörte, dem charismatischen Kommunikator der amerikanischen Reformpädagogik. Auf die Reformpädagogik nahm er gleichwohl später nie explizit Bezug, etwa in seinen Schriften zu Schule, Lernen und Erziehung. Eine Verortung seines Denkens erfolgte klar innerhalb der humanistischen Psychologie, was im Rahmen seines Hauptwerkes mit erwachsenen Psychotherapieklienten nur logisch erscheint. Doch die Parallelen zur Reformpädagogik sind unverkennbar. Rogers gelang es dabei, ein psychologisches Konstrukt zu umschreiben, das auf anthropologischer Ebene eigentlich die Prämisse für das reformpädagogische Menschenbild und seine komplexen Handlungskonzepte darstellt. Darauf wiederum nahmen die Reformpädagogen nie Bezug.

1.8 Die Konstruktion der eigenen Realität

Daneben vertritt das personenzentrierte und ähnlich das systemische Konzept eine *konstruktivistische* Position in Hinblick auf das Erleben der Wirklichkeit (Rogers & Rosenzweig, 1980). Jede Person konstruiert aus ihren Wahrnehmungen ihre persönliche Realität. Es gibt dabei keine objektive Wahrheit. Die Ereignisse des Alltages werden von verschiedenen Personen zumeist sehr unterschiedlich erlebt; es ist ein jeweils vollständig subjektiver Prozess, es gibt dazwischen nicht das, wie es „wirklich“ ist, es gibt nur die verschiedenen subjektiven Perspektiven, Deutungen, Erlebnisse.

Dies gilt auch für die Begegnung von Therapeut und Klient. Sie begegnen sich insofern auf gleicher Augenhöhe. In einer interaktionellen und personzentrierten Therapie geht es um die Berechtigung, die Anerkennung und die Wertschätzung der jeweils anderen Wirklichkeit. Auch Therapeut und Klient leben in ihrer jeweiligen Realität. Hieraus ergibt sich der tiefere Sinn empathischen Therapeutenverhaltens: Die Therapeutenperson versucht, die Klientenperson in ihrer Erfahrungswelt zu verstehen und damit zur Organisation ihrer Erfahrungen zu verhelfen. Die Therapeutenperson beansprucht dabei nicht, die Klientenperson möge diese andere Perspektive übernehmen. Insofern ist die Realität der Therapeutenperson ist nicht gültiger als die der Klientenperson (vgl. auch Kapitel 6.5).

1.9 Client Agency: Das Kind weist den Weg

Im Axiom der Aktualisierungstendenz und in der konstruktivistischen Position gründet so der tiefere Sinn des Beziehungsprinzips Nicht-Direktivität (Axline, 1947; Bohart 2004, 2007). Die Therapeutenperson hilft der Klientenperson bei der Wahrnehmung, Ordnung und Verarbeitung ihrer Realität. Konkret in der Spieltherapie: das Kind zirkuliert im Spielzimmer und seine Spielhandlungen drücken seine inneren Themen aus. Im Spielprozess werden diese sichtbar, das Kind kann sie entfalten, erprobend variieren, emotional durchleben, Gedanken, Gefühle und Motive ordnen. Die Therapeutenperson ist Spezialistin dafür, diese Prozesse zu facilitieren. Sie ist mithin eine „Erleichterin“, Unterstützerin, eine Begleiterin bei diesem vom Kind selbstgesteuerten Prozess. Der Begriff *facilitieren* (to facilitate/facilitator) ist eine Lieblingsformulierung von Rogers. Er grenzt die Tätigkeit der Helferperson vom Belehren, Hinführen, Fürsorglichsein ab und betont ein manipulationsfreies Erleichtern, Ermöglichen und Unterstützen.

Dies hört sich leicht an, als wäre eine gleichsam bescheidene Therapeutenrolle skizziert. In Wahrheit gestaltet sich das Verhalten der Therapeutenperson hoch komplex. Es vollzieht sich auf dem Boden differenzierter Wahrnehmungen und genau abgestimmter Interventionen. Insbesondere bedient sich die Therapeutenperson der Realitätswahrnehmung des jungen Klienten als Ausgangspunkt für Veränderungen. Sie ordnet die Problemsicht von Kind und Familie nicht in ihr eigenes System der Realitätsdefinition ein. Ihr Therapieziel ist nicht, Kind und Familie zu einem Verständnis des Problemkomplexes zu bringen, den die Therapeutenperson für sich gefunden hätte. Damit würde sie *ihre* Wirklichkeit über die der Klienten setzen. Vielmehr versucht sie, die Realitätsdefinition von Kind und Familie anzuerkennen. Sie versucht, diese genauso bedingungslos zu wertschätzen wie ihre eigene. Von *dieser* Haltung aus versucht sie, den Klienten zu helfen, *deren* Wirklichkeits-erleben zu differenzieren, vertiefen und zu entgrenzen.

Die drei großen Pionierinnen der Spieltherapie waren Anna Freud, Melanie Klein und Virginia Axline. Axline erkannte schon damals, wie sehr es darauf ankommt, das Kind ohne Einflussnahme zu lenken, sein eigenes Szenario im Spielzimmer gestalten zu lassen und dies wertschätzend-einfühlsam zu begleiten. Sie verwarf es, dem Kind Deutungen seines Szenarios anzubieten, und hatte auch für sich selbst kaum nach Deutungen gesucht. Ihr Augenmerk galt vielmehr dem Konstruktionsprozess, in dem das Kind seine Erfahrung organisiert und über den es dann zu Symbolisierungen dieser Erfahrungen gelangt. Diesen Prozess hatte sie mit einer Konsequenz geschützt, der ihr Buch bis heute

zu einem der lesenswertesten Texte der Kinder- und Jugendpsychotherapie-Literatur überhaupt macht. Mit ihren vielen Beispielen verdeutlicht sie, was die Nicht-Manipulation des kindlichen Eigenweges auf der Ebene des Mikroverhaltens der Therapeutenperson bedeutet – und wie schnell es auch heute noch unterlaufen kann – mehr als ein halbes Jahrhundert später – als Therapeutenperson von diesen Grundsätzen abzuweichen.

Näheres zum klassischen, nicht direktiven, dem Szenario des Kindes Raum gebenden, hier „facilitativ“ genannten Prinzip erläutert Kapitel 4.1.

1.10 Psychotherapeutisches und erzieherisches Vorgehen

Beim kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeiten kommt es nicht darauf an, Normen und Werte zu vermitteln, was in der Regel als Aufgabe erzieherischen Einwirkens gesehen wird. Vielmehr ist der Grundsatz der bedingungslosen Wertschätzung gerade auch dann aufrechtzuerhalten, wenn besonders befremdliche Spielaktionen des Kindes aufscheinen. So kann es sein, dass das spielende Kind im Kaufladen betrügt, mit Kriegsspielzeug mordet oder Menschenpuppen foltert und vieles mehr. Therapeutisches Handlungsprinzip bleibt, dass dem Kind im Spielzimmer Gelegenheit gegeben werden soll, inneres Erleben im Spiel auszudrücken. Aus diesem Grund befinden sich auch Gegenstände, wie zum Beispiel Kriegsspielzeug, im Therapiezimmer, die als Bestandteil eines normalen Kinderzimmers durchaus infrage gestellt werden könnten. Auch wird vor diesem Hintergrund nicht vom Kind verlangt, am Ende der Spielstunde beim Aufräumen zu helfen. Näheres dazu in Kapitel 4.1.

Näheres zur Einrichtung und Ausstattung von Spieltherapiezimmern findet sich zudem in Kapitel 5.1.2 und bezüglich der Räumlichkeiten für die Jugendtherapie in Kapitel 6.2.

Es ist gegenüber den meisten Kindern therapeutisch sinnlos zu sagen, dass man Lebewesen nicht quält, nicht auf sie schießt, dass man im Leben ehrlich sein soll, usw. Die Kinder kennen solche Appelle und werden bei Verstößen oft bestraft. Die besondere Situation im Spielzimmer bietet gerade die einmalige Chance, dass Kinder alles ausspielen können, was sie bewegt. Alle, gerade auch befremdliche Inhalte sollen im psychischen Apparat eben nicht weiter ein verborgenes Eigenleben führen; Für sie sollen im Spielprozess Symbole kreierte werden, sodass sie sich zu vollständigeren Szenarien komponieren können. Es sollen Sinnzusammenhänge entstehen; diese geben dem Kind mehr Ordnung, mehr Ruhe, mehr Ausgeglichenheit. Es kann so seine Erfahrung mit besonderen Themen organisieren, sich sein Verhalten bewusst ansehen, Werte ausbilden und so mehr Selbststeuerung erlangen. So ist es eine evidente Beobachtung fast aller Spieltherapeuten, dass die Kinder die Stunde am Ende meist deutlich entspannter, gelassener, wie aufgeräumt verlassen.

1.11 Die Therapeutenperson

Behandlungen von Kindern und Jugendlichen wird von vielen Praktikern als in besonderer Weise faszinierend, berührend, ja auch zuweilen als beglückend erlebt. Ein Grund mag in der Nähe liegen, mit der bedeutende Entwicklungsschritte beim Kind erlebbar

sind. Wir können unmittelbar am Wachstum und an der Befreiung der jungen Klienten aus Beeinträchtigungen teilnehmen. Die Resilienz des Kindes zeigt sich in der Spielpsychotherapie in eindrücklichen Spiel-Inszenierungen und im intensiven Ausagieren der Beziehung zur Therapeutenperson. Dies macht den Veränderungsprozess der jungen Klienten auf einer Vielzahl von Ebenen erfahrbar.

Durch das Agieren sozial-emotionaler Schemata in der Beziehung zur Therapeutenperson wird diese intensiv in das Geschehen verstrickt. Sie wird damit stark gefordert, erlebt aber auch den Veränderungsprozess quasi im eigenen Erfahrungsraum mit. Ihre Berührbarkeit hilft den jungen Klienten, ihre Resonanz in der Interaktion macht die Beziehung erfahrbar. Ihre Klarheit in der Interaktion stärkt das Selbst. Am Ende einer Therapie erleben wir so Kinder oder Jugendliche, die ihre Erfahrung reorganisiert haben, die ein anderes Selbstgefühl besitzen und die sich in Beziehungen anders verhalten.