

# Die Aktivität der Therapeut\*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Manuela Maiworm, Klaus Riedel, Hildegard Steinhauser

**Zusammenfassung:** Seit der Publikation der non-direktiven Spieltherapie nach Axline (1947) hat sich die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im deutschsprachigen Raum deutlich weiter entwickelt: Auf der Grundlage eines Beziehungsangebots, das von bedingungsloser Akzeptanz und Wertschätzung, von Empathie und Kongruenz geprägt ist, werden zunehmend Interventionen in den therapeutischen Prozess integriert, die passgenau am Kind/Jugendlichen und seinen spezifischen Entwicklungsbedürfnissen integriert werden. Der vorliegende Beitrag gibt dem aktiv(er)en Handeln der Therapeut\*in einen Rahmen und ein Konzept. Dies wird mit Fallvignetten verdeutlicht.

*Schlüsselworte: Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; therapeutische Interventionen; Therapieprozess*

## 1. Einleitung

Kinder und Therapeut\*innen agieren miteinander in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – unabhängig von der theoretischen Grundorientierung. Ein Spezifikum des Personzentrierten Ansatzes ist die Achtung der individuellen Entwicklungswege, die Orientierung an den Selbstentfaltungskräften und der „Aktualisierungstendenz“ des Gegenübers. Aus diesem grundlegenden Paradigma entwickelte Axline (1947) für die Kinderpsychotherapie das Prinzip der „Non-Direktivität“, das über viele Jahre als Kernbestandteil der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (PTKJ) Gültigkeit hatte – und das für viele Kinder und Jugendlichen nach wie vor ein hilfreiches Begegnungskonzept darstellt.

Die Fortentwicklungen der PTKJ – der stärkere Blick auf das Beziehungsgeschehen, die Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse, die Integration sowie die Entwicklung störungsbezogener Handlungsleitlinien – stellen zumindest im deutschsprachigen Raum dieses Prinzip einer puristischen Non-Direktivität sehr infrage; es kommt zu Diskussionen darüber in der PTKJ-Community, ein Beispiel ist die Tagung des Verbandes Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (VPKJ) 2018 in Freiburg (Fröhlich-Gildhoff, 2018). Zudem wächst eine interaktionelle Betrachtung des therapeutischen Geschehens: PKJT ist viel mehr als „dem Kind folgen“ – Therapeut\*innen treffen ständig, in jeder Minute des Therapieprozesses, Entscheidungen, ob und wie sehr sie aktiv handeln, eine Äußerung machen oder nicht, eine Spielhandlung aufnehmen oder nicht, ob sie dem Kind auf

Spielebene antworten oder das Wahrgenommene mit Worten spiegeln etc.

Allerdings ist die Aktivität der Therapeut\*in jenseits der Non-direktivität bisher nur selten – wie z.B. in Behrs (2012) Konzept der „Interaktionsresonanz“ oder in den „Interaktionskompetenzen“ von Hockel (2011) – systematisch betrachtet worden. Es erscheint sinnvoll, theoretisch wie empirisch klar abgeleitete Kriterien zu entwickeln, wann, warum und wie aktiv(er)e, prozessaktualisierende Interventionen der Therapeut\*in in der je spezifischen Person-zu-Person-Begegnung erfolgen soll(t)en.

Der vorliegende Beitrag greift diese Thematik auf und versucht, einige praxisorientierende Hinweise zu geben. Dazu wird zunächst kurz noch einmal die Entwicklung der PTKJ – v.a. im deutschsprachigen Raum – dargestellt, bevor grundlegend die verschiedenen Interventionsebenen und die damit verbundenen Entscheidungsmöglichkeiten in der (personzentrierten) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dargelegt werden. Darauf aufbauend werden Kriterien zum aktive(re)n, prozessaktualisierenden Handeln der Therapeut\*in vorgestellt, die auf Erkenntnissen aus dem Praxisforschungsprojekt „Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ basieren.

## 2. „Geschichte“ der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (im deutschsprachigen Raum)

Die Wurzeln des Therapieverfahrens gehen bekanntermaßen auf Axline (1947), eine Schülerin von Carl Rogers, zurück, die das Konzept der „Nondirektiven Spieltherapie“ begründete und praktisch beschrieb. Das Grundprinzip beruhte darauf, dass die Therapeut\*in dem Kind einen möglichst weiten, anregenden Entwicklungsraum zur Verfügung stellen soll, indem es seine Selbstaktualisierungskräfte freisetzen kann. Das Spiel wird schon sehr früh als „Sprache des Kindes“ (Zulliger, 1979) verstanden (vgl. auch: Mogel, 2002) und die Aufgabe der Therapeut\*in besteht nach Axline im Wesentlichen darin, dass Kind empathisch zu begleiten und ihm zu folgen.

Behr & Hölldampf (2014, S. 48) weisen zu Recht daraufhin, dass sich international noch einmal starke Unterschiede des Ansatzes beobachten lassen; so ist bspw. der gut untersuchte Ansatz von Landreth (2002) „eine orthodoxe Weiterführung des Modells von Axline“ (Behr & Hölldampf, 2014, S. 50) zu nennen. Insbesondere in den USA, wo die „Child-Centered Play Therapy“ (Cochran, Nordling & Cochran, 2010) eine weite Verbreitung hat, erfolgen bspw. keine Differenzierungen des strikt

non-direktiven Ansatzes nach Symptomen oder spezifischen Verhaltensweisen des Kindes: „The child-centered play therapist does not assume he or she knows about and should, therefore, direct the therapeutic process. The content and direction of the child's play is determined by the child. (Sweeney & Landreth, 2009; S. 123). Auf diese internationalen Differenzierungen kann allerdings an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden (Überblick z.B. Behr & Cornelius-White, 2008).

Das Konzept der „nichtdirektiven Spieltherapie“ wurde in Deutschland zunächst von Tausch & Tausch (1956) aufgegriffen und dann in den 1970er Jahren und zu Beginn der 1980er Jahre theoretisch weiterentwickelt (vgl. z.B. Goetze & Jaede, 1974), wobei ein Schwerpunkt darin bestand, empirische Erkenntnisse aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie – und hier insbesondere die Realisierung der Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz – auf die Kindertherapie zu übertragen. Die theoretische Diskussion wurde in den 1990er Jahren auf breiterer Ebene belebt. Die wesentlichen Weiterentwicklungen lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:

- Es werden Bezüge hergestellt zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere der empirischen Säuglingsforschung und auch zur Bindungsforschung (vgl. z.B. Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015; Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002; Behr, 2012).
- Die therapeutische Beziehung wird klar als wesentliche Wirkvariable beschrieben. Das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und Therapeut\*in wird allerdings wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen hinausgehend betrachtet (vgl. z.B. Behrs Konzept der „Interaktionsresonanz“ [2012]; das Prinzip der „prozessleitenden Hilfen“ nach Schmidtchen, [2001]; die Unterscheidung von verschiedenen Therapiephasen [Goetze, 2002; Jaede, 2002; Riedel, 2002]).
- Spezielle Aspekte der Diagnostik im Rahmen Personzentrierter Arbeit werden differenziert beschrieben (vgl. Jürgens-Jahnert, 1997; Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015).
- Das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird in der Therapie berücksichtigt und einbezogen (Konzeptionen finden sich z.B. bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001; Jaede, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003).
- Die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapie wird nicht mehr nur als Breitbandverfahren angesehen, sondern es existieren Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns (vgl. die Darstellungen bei Schmidtchen, 2001; Weinberger 2015 sowie Goetze 2002). Ausführlichere Beschreibungen eines störungsspezifischen Vorgehens finden sich dann in den Bänden von Boeck-Singelmann et al. (2002a, 2002b, 2003); später wurden „Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ auf personzentriertem Hintergrund (Behr, Hölldampf und Steiger, 2014, S. 56) für verschiedene Störungsbilder formuliert (Füßner et al., 2012 zu „Angststörungen“; Jürgens-Jahnert et al., 2012, zu „Depression“; Hüsson, Döring & Riedel, 2012, zu „Traumafolgestörungen“; Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012, zu „Störungen des Sozialverhaltens“; Jürgens-Jahnert, Hollick & Fröhlich-Gildhoff, 2015, zu „Kindern mit ADHS-Symptomen“).

- Es werden Bezüge hergestellt zu Ansätzen, die eine therapie-schulenübergreifende „Allgemeine Psychotherapie“ (Graue, 1994, 1998) konzipieren (etwa von Schmidtchen, 2001, oder Fröhlich-Gildhoff et al., 2004). Ebenso wurden Verknüpfungen zu anderen empirischen Ansätzen, z.B. zur Resilienzforschung (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015) oder zum entwicklungspsychologisch fundierten Konzept der Mentalisierung (Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2017) geschaffen.

Allen diesen verschiedenen Entwicklungen bzw. Ausdifferenzierungen ist allerdings gemeinsam, dass die Beziehung zwischen Kind und Therapeut\*in als die entscheidende Variable im therapeutischen Prozess angesehen wird. Exemplarisch seien hier vier – leicht unterschiedliche – Positionen aus dem Spektrum der PTKJ-Therapeut\*innen aufgeführt:

- Reisel (2014) hat einen frühen Aufsatz von Rogers (1939) übersetzt und interpretiert, in dem der Begründer des PZA erste Überlegungen zu einer Kinderpsychotherapie in Abgrenzung zum damals allein vorherrschenden psychoanalytischen Ansatz machte. Reisel (2014, S. 46) stellt zusammenfassend fest, dass Rogers „erstmal ... öffentlich [formuliert], was seiner Erfahrung nach das Wesentliche in der therapeutischen Arbeit zu sein scheint: Die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut, eine ganz besondere Art von Beziehungsgestaltung, bei der es darum geht, dem Kind maximale Freiheit zur Wahrnehmung seiner selbst und zum eigenen Wachstum zu geben, mit dem Ziel, es dadurch so bald wie möglich in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst lösen zu und die therapeutische Beziehung nicht mehr zu benötigen“. In dieser Beschreibung wird die große Bedeutung der Selbstaktualisierung deutlich – und die Wurzeln für die eher zurückhaltende, non-direktive Haltung der Therapeut\*in.
- Nach Behr (2012, S. 13) werden „dem Kind zwei Entwicklungsmöglichkeiten angeboten: Es kann im selbstgesteuerten Spiel seine Erfahrungen organisieren und es kann neue Beziehungserfahrungen mit der Therapeutenperson erleben“. Diese neuen Beziehungserfahrungen sind einerseits durch die wertschätzende, empathische Begleitung des Kindes durch die Therapeut\*in gekennzeichnet; dabei „weist [das Kind] den Weg“ (ebd., S. 20). Die Therapeut\*in „facilitiert“ (ebd.) die inneren Prozesse des Kindes, sie können so symbolisiert und der Bearbeitung bzw. Integration zugänglich gemacht werden. Zum anderen zeigt die Therapeut\*in „Interaktionsresonanz“: Diese Interaktionsresonanz „lenkt

das Spiel nicht, macht aber die Therapeutenperson als voll präsente, konturierte und reale Person für das Kind erfahrbar“ (ebd., S. 17). Dadurch erlebt „der junge Klient ... in der Beziehung zur interaktionellen Therapeutenperson eine Beziehung in einer noch nie erlebten Qualität... Die Erfahrung einer solchen anderen Beziehungsqualität verändert die Interaktionsschemata, welche die Herkunftsfamilie im jungen Menschen aufgebaut hat“ (ebd.). Behr ist damit sehr nahe am Konzept der „korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung“, die Cremerius (1979) als Kern der psychotherapeutischen Behandlung bezeichnet hat. Die Gestaltung neuer Beziehungserfahrungen für das Kind erfordert eine hochreflexive Haltung – und bewusst steuerndes Handeln – der Therapeut\*in.

- Auch Weinberger (2014, S. 261) beschreibt, dass „in der Personzentrierten Kinderpsychotherapie ... das Kind tiefgreifende neue Erfahrungen [macht] und zwar sowohl auf der Ebene der Beziehung... als auch auf der Handlungsebene“. „Zusätzlich“ wird eine Erweiterung beschrieben (Weinberger 2015, S. 43): „Im Kontext des personzentrierten Beziehungsangebots können auch differenzielle Vorgehensweisen zur Anwendung kommen, z.B. ein eingeschränktes Spielangebot ... oder die Einbeziehung prozessaktivierender Medien, wie Sandspiel, Märchen und Geschichten, körperbezogene Arbeit, die den Selbstexplorationsprozess des Kindes anregen“. Weinberger (2015) arbeitet in Anlehnung an Höger (2006) sehr präzise „Differenzierungsebenen im Personzentrierten Konzept“ (Weinberger, 2015, S. 81) heraus, in denen explizit aktive Handlungsweisen und Interventionen der Therapeut\*in – wie: „Nähe und Distanz regulieren, Entwicklungsschritte aufzeigen, Loben und Anerkennen ... Selbsteinbringen“ (S. 82) – sowie das Anbieten „differentieller Spielangebote“ benannt und systematisiert sind (ebd.).
- Hockel (2011, S. 13) versteht das „Therapeutenverhalten als Partitur“: Jede Äußerung der Therapeut\*in entspricht einer „Interventionskompetenz“, die sich vor allem darin ausdrückt, dass die Therapeut\*in „in jedem Moment sich fallbezogen Rechenschaft darüber ablegt, welche ‚Taste des Interventionsklaviers‘ sie anschlägt“ (ebd.). Aus der Analyse von videografierten personzentrierten Kinderpsychotherapien extrahiert Hockel eine Vielzahl von – fallbezogen sinnhaften – Handlungsmöglichkeiten, die durchaus prozessaktivierenden oder –aktualisierenden Charakter haben, wie „Insistieren“, „Entscheidungen anregen“, „Wiedergabe von Verhalten“, „Fragen stellen“, „Anregen zum Differenzieren“, „Loben“, „Gestaltung von Nähe“ oder auch „Konfrontieren“ (S. 16ff).

Die Zusammenstellung verdeutlicht zum einen, dass es im therapeutischen Prozess zunächst primär um die reflektierte Gestaltung bzw. Ermöglichung neuer, (selbst)entwicklungsförderlicher Beziehungserfahrungen geht. Zum anderen wird deutlich, dass

das Beziehungsangebot über die ursprünglichen Kernvariablen des PZA hinaus differentielle, von der Therapeut\*in aktiv gestaltete Interventions-Elemente beinhaltet/beinhalten sollte. Offen bleibt allerdings, wann, in welchem „Ausmaß“ das aktive oder prozessaktualisierende Handeln der Therapeut\*in angemessen und notwendig ist. Diese Thematik wurde im nun vorgestellten Praxisforschungsprojekt untersucht.

### 3. Empirischer Ansatz des Projekts „Wirkfaktoren in der (personzentrierten) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Im Rahmen eines Praxisforschungsprojekts zu „Wirkfaktoren in der (personzentrierten) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ treffen sich seit 18 Jahren regelmäßig zweimal im Jahr acht bis zehn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen mit PTKJ-Ausbildung und darüber hinaus weiteren Therapieaus-/Weiterbildungen. Ausgangspunkt war die Frage, ob und wie sich die von Grawe (1994, 1998, Grawe, Donati & Bernauer, 2001) extrahierten „Therapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie“ auch in Personzentrierten Kinderpsychotherapien identifizieren lassen.

Methodisch wurde dabei bewusst ein zunächst hermeneutisches Herangehen realisiert, also nicht bedingungsvariierend vorzugehen, um den Therapieprozess ganzheitlich zu betrachten und nicht experimentell zu zerlegen. Insgesamt wurden dabei bisher ca. 2000 Therapiestunden einer (Video)Analyse – mit später dann variierenden Fragestellungen – unterzogen. Dieser Prozess war und ist für die Beteiligten einerseits anregend, aber auch sehr anstrengend, weil es für ein solches Vorgehen nur wenige Vorbilder gibt, es ein hohes Maß an Konzentration erfordert, im Prozess immer wieder neue Forschungsfragen auftauchen, die dann systematisch weiter bearbeitet werden müssen – manchmal dauert die Analyse einer fünfminütigen Sequenz in der Gruppe bis zu drei Stunden. Zentraler Kern des empirischen Vorgehens sind also Analysen von Videobändern aus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien. In dem hermeneutischen, hypothesenbildenden Analyseprozess werden zunächst die Beobachtungen ausgetauscht und erste Hypothesen über das Beobachtete und die damit verbundenen bzw. „dahinter liegenden“ Prozesse gebildet. In einem zweiten Schritt werden Bezüge zu theoretischen Konzepten hergestellt, bevor dann eine systematische, kategoriengeleitete Analyse erfolgt (analog dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse z.B. nach Mayring, 2015). In dieser Analyse wird immer wieder darauf geachtet, eine Interraterreliabilität herzustellen. Auf der Basis der vorgenommenen Operationalisierungen kann das Material dann einer quantitativen statistischen Analyse unterzogen werden. Bei diesem Vorgehen ergeben sich wiederum neue Fragen und im Sinne eines Kreislaufprozesses wird die Arbeit fortgesetzt. Die Methode ist im folgenden Schaubild dargestellt.

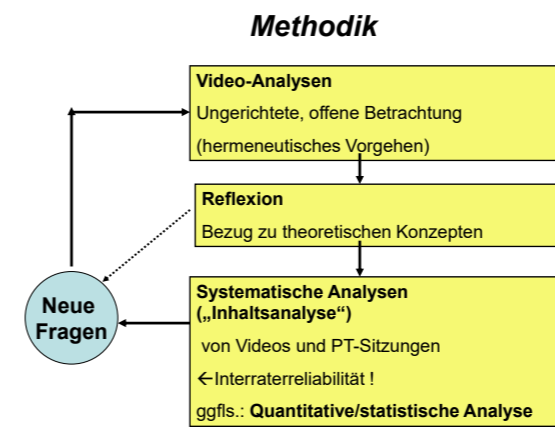


Abbildung 1: Methodik des Praxisforschungsprojekts „Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Die Ergebnisse wurden zur ersten Validierung auf verschiedenen Fachtagungen, Kongressen und Fortbildungen erfahrenen Psychotherapeut\*innen vorgestellt. Diese Fachpersonen wurden in die Denkweise des Konzeptes der jeweiligen Fragestellungen – also bspw. die „Allgemeinen Wirkfaktoren“ nach Grawe (1994) oder das Resilienzkonzept – eingeführt und hatten dann die Aufgabe, prototypische Videoausschnitte ihrerseits einzuschätzen. Es ergab sich jeweils eine hohe Übereinstimmung der Einschätzungen dieser externen Psychotherapeut\*innen mit den Operationalisierungen und Konstrukten des Konzeptes, wie sie die Projektgruppe vorgenommen hatte. Aus dieser Arbeit resultierten verschiedene Publikationen, so zu den „Allgemeinen Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (Fröhlich-Gildhoff, Hufnagel & Jürgens-Jahnert, 2004; Fröhlich-Gildhoff, 2007), zur Verbindung von Resilienzkonzept und (personzentrierter) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015) sowie zur Verbindung des Mentalisierungskonzeptes mit dem Personzentrierten Ansatz (Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2017).

Das gleiche empirische Vorgehen wurde zur Untersuchung der Fragestellungen verwandt,

- wann Aktivität(en) der Therapeut\*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Therapieprozess sichtbar werden?
- warum/auf welchem Hintergrund diese von der Therapeut\*in realisiert werden?
- welche Kriterien zur aktiven Interventionsentscheidung genutzt werden?
- wann aktives Handeln besonders notwendig ist?
- und welche „Risiken“ mit der Aktivität der Therapeut\*in verbunden sind?

Zur Untersuchung dieser Fragestellungen reichte allein das Betrachten der Videoaufzeichnungen von Therapiesequenzen nicht aus – es war gleichfalls nötig, die beteiligten Therapeut\*innen zu

befragen, warum sie in der spezifischen Sequenz in spezifischer Weise aus sich heraus aktiv geworden sind (oder eben nicht). Dadurch konnten immer detailliertere Zusammenhänge zwischen den Momenten einer aktiven Interaktionsgestaltung im therapeutischen Prozess und deren Hintergründen – auf Therapeut\*in und auf Kind-Ebene – herausgearbeitet werden. Dies geschah zunächst auf Einzelfallebene; durch das systematische Zusammenführen der Einzelfälle – über das Herausfiltern von Gemeinsamkeiten und Kontrastierungen – konnten dann allgemeinere Schlussfolgerungen gezogen werden.

Im vorliegenden Beitrag werden die Erkenntnisse der inhaltsanalytischen Auswertung referiert; eine weitere quantitative Analyse steht noch aus.

## 4. Hintergründe / Bezugspunkte der konkreten Intervention der Therapeut\*in

### 4.1. Allgemeiner Bezugspunkt: Interventionsebenen

Die konkrete Intervention der Therapeut\*in – die auch durch Nicht-Handeln bzw. Nichtaktivität oder -Direktivität gekennzeichnet sein kann – hat verschiedene Bezugspunkte, die in der jeweiligen Situation handlungsleitend sind und bei der Interventionsplanung oder zumindest bei der Reflexion im Nachhinein berücksichtigt werden sollten (Fröhlich-Gildhoff, 2006; 2007): Dies ist zum einen die jeweilige aktuelle Situation („Hier und Jetzt“) und zum anderen die Lebensthematik (die Inkongruenzen bzw. intrapsychischen Konflikte, die bisherigen zentralen Beziehungserfahrungen, die Ressourcen und Bewältigungsformen usw.) des Kindes. Die Therapeut\*in hat die Möglichkeit, auf vier Ebenen zu intervenieren – die folgende Differenzierung hat analytischen Charakter; nicht in jeder Intervention sind diese Ebenen trennscharf zu unterscheiden:

- Auf der Handlungsebene wird das Beobachtete von der Therapeut\*in verbal beschrieben – hier gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, Akzente zu setzen (und z.B. spezifisch ressourcenorientiert zu intervenieren). Die Verbalisierungen des aktuellen Geschehens auf der Handlungsebene machen einen großen Teil der Interventionen aus. Sie sind für die Kinder hilfreich, weil sie erleben, dass ein Erwachsener sich für sie interessiert und sie begleitet. Sie stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und werden gespiegelt; damit wird an frühe positive Interaktionserfahrungen angeknüpft oder es werden neue Beziehungserfahrungen ermöglicht. Außer den Verbalisierungen ist auf dieser Ebene auch das körperliche Mitgehen, Mitschwingen als Ausdruck der unbedingten Präsenz für das Kind – auch im Sinne der Interaktionsresonanz – wesentlich. So setzt sich der Therapeut mit auf den Boden, wenn sich das Kind setzt, bleibt in seiner Nähe, wenn es den Raum exploriert etc.
- Auf der Emotionalen Ebene werden die – vielleicht auch nur latent – gezeigten Emotionen verbalisiert (hier wird auf die klassische klientenzentrierte Methode des „Verbalisierens

emotionaler Erlebnisinhalte“ zurückgegriffen). Auch auf dieser Ebene hat das Spiegeln an sich eine große Bedeutung. Ebenso wichtig ist, dass durch die Verbalisierung die Emotionen auf einer bewussten Ebene verdeutlicht werden; das Kind kann sich jetzt damit auseinandersetzen.

- Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur: Hier kann – wenn die Therapeut\*in dazu klare Hypothesen hat – der Bezug zum Lebensthema bzw. den „handlungsleitenden Kognitionen“ (Kognitive Verhaltenstherapie) oder dem „internal working model“ (Bindungstheorie) – hergestellt werden. Es kann „Klärung“ i.S. des Grawe’schen Wirkfaktors (Grawe 1994, 1998) stattfinden. Solche Interventionen setzen präzise Kenntnisse der Biografie des Kindes und seiner Lebensbewegungen voraus. Kinder gehen zumeist auf ein derartiges Angebot nicht direkt ein, aber auch auf dieser Ebene kann bisher Unbewusstes auf die Bewusstseins Ebene gehoben werden.
- Beziehungsebene: Interventionen auf dieser Ebene setzen gewachsenes Vertrauen zwischen Therapeut\*in und Kind voraus. Es wäre auf der Ebene der Realbeziehung bspw. möglich, einem Kind vorsichtig Hilfe anzubieten („Du hast das bisher ganz alleine gemacht und es klappt nicht. Wenn Du möchtest, kann ich Dir ein wenig helfen“). – das Kind könnte Erfolge erzielen, seine Selbstwirksamkeit erhöhen und zugleich die Beziehungs-Erfahrung der hilfreichen Unterstützung durch einen Erwachsenen machen.
- Möglicherweise reproduziert das Kind zugleich eine „alte“ Beziehungserfahrung („Ich muss allein da durch, es gibt niemand, der mir hilft – und: ich scheitere sowieso“). Diese Erfahrung wird in der therapeutischen Situation reinszeniert; die Wiederholung kann angesprochen werden („Du willst das ganz alleine machen, weil Du die Erfahrung gemacht hast, dass immer keiner da ist, der Dir hilft“).

therapeutische Prozess zu berücksichtigen: Zu Beginn der Therapie, wenn sich Therapeut\*in und Kind noch nicht gut kennen und Vertrauen wachsen muss, werden Interventionen auf der Handlungs- und der Emotionsebene häufiger sein. Unabhängig davon werden in den Interventionen immer die bisherigen Erfahrungen im wechselseitigen Prozess Berücksichtigung finden.

Die hier differenzierten oder ähnliche Interventionsebenen lassen sich überwiegend auch in der Jugendlichen - und Erwachsenentherapie beschreiben – in der Kindertherapie werden sie jedoch nicht nur auf verbaler, sondern ebenso auf symbolischer, also auf der Spielebene realisiert. Hierdurch ergibt sich zugleich die Möglichkeit – und Notwendigkeit – zu entscheiden, ob dem Kind eine Antwort auf verbaler und/oder Spielebene gegeben wird.

Eine weitere Entscheidung muss getroffen werden, ob und wie deutlich die Therapeut\*in dem Kind in seinen ‚Bewegungen‘ folgt, sich also eher klassisch non-direktiv verhält – oder ob sie gut begründet und reflektiert aktive, strukturierende Impulse gibt, also direktiv(er) handelt. Bereits Weinberger (2014, S. 10) macht deutlich: „Auch wenn das Kind die Spielführung innehat, kann die Therapeutenperson differenzielle Spielangebote machen, um dem Kind weitere Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten und/oder ein bestimmtes Thema zu vertiefen.“

Es wird insgesamt deutlich, dass es die richtige bzw. in ihrer Absolutheit perfekte Intervention nicht gibt. Das Handeln der Therapeut\*in ist immer auf das jeweilige Kind bezogen, eben auf die Person zentriert. Auf welcher Ebene die Intervention erfolgt, ist vor allem vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes und vom Stand des therapeutischen Prozesses abhängig. Dabei ist grundlegend noch einmal darauf hinzuweisen, dass alle Interventionen auf der Basis der personenzentrierten Grundhaltung, der auf bedingungsloser Akzeptanz und Wertschätzung beruhenden, von Empathie und Kongruenz getragenen Begegnung erfolgen. Die in allen folgenden Fallbeispielen beschriebenen Interventionen fokussieren in besonderer Weise das aktiv(er)e Handeln der Therapeut\*in, weil dieses im vorliegenden Beitrag genauer untersucht wird.

Im folgenden Beispiel eines bei Behandlungsbeginn 9-jährigen Jungen mit massiven Trennungängsten bei wochenlang verweigerndem Schulbesuch sollen die verschiedenen Interventionsebenen noch einmal verdeutlicht werden:

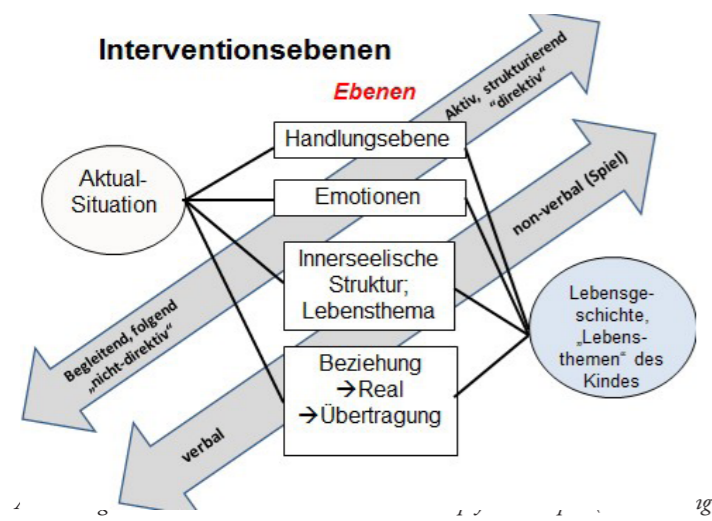
*K. sei, so die Angaben aus der Vorgeschichte, „immer schon trennungängstlich gewesen“, habe im Kindergarten und in der erstbesuchten Grundschule Erfahrungen mit Mobbing und Ausgrenzung gemacht. Zugespitzt hätten sich die Ängste nach sehr schwieriger Trennung der Eltern und „dekompensiert“ sei er nach der Diagnostik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz. Dort seien ihm in der ersten Stunde Fragen nach Ängsten bzgl. Tod von Mutter und Vater gestellt worden, auch sei er gefragt worden, ob er Drogen nehme oder Selbstmord machen wolle. Diese Fragen hätten solche zu-*

*sätzlichen Ängste in ihm ausgelöst, dass er eine Weile nicht mehr zur Schule hätte gehen können, bei Behandlungsbeginn nur an manchen Tagen gemeinsam mit der Mutter über die gesamte schulische Anwesenheit. Wenn er von der Mutter zum Vater solle, aber auch umgekehrt, gerade er „in ein stundenlanges Hin-und-Her, wo er nun sein will, teils auch mit Drohungen, weg zu laufen, wenn er nicht sofort wieder zum verlassenen Elternteil zurückgefahren wird“. Zudem habe K. oft massive psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, die er auch als Grund anführt, nicht zur Schule gehen zu können.*

- Auf der Handlungsebene ergeben sich Interventionsmöglichkeiten bzgl. des Spielverhaltens des Jungen: er exploriert anfangs kaum den Raum, findet ein Spiel („Bohnsackwerfen“), an dem er sich dann stundenlang „festhält“, Auf- und Abbau überlässt er der Therapeutin (Th.). Die Th. verbalisiert das Handeln: „Du beschäftigst Dich erst einmal immer mit dem selben Spiel“. Erste Veränderungen zeigt er nach einigen Stunden zum Ende: er beginnt von sich aus, die Einzelteile in den Karton zu packen – was die Th. mit Sätzen wie „Du sorgst mit dafür, dass eingeräumt ist“ kommentiert. Auch in den kommenden Stunden greift er zwischendurch auf das erstgewählte Spiel zurück, erfindet aber hierbei „sportlichere Varianten“ wie das „unter den Beinen durchwerfen“, was mit „du bist jetzt ganz einfallsreich – darauf ist hier noch niemand gekommen“ rückgemeldet wird, worauf er sehr freudig und stolz reagiert. Parallel dazu berichtet die Mutter, dass er zuhause wieder mehr Freude an Bewegung zeige, gerne wieder Rad fahre, raus möchte. Zum anderen erfolgen auf dieser Ebene auch in der Therapiestunde erste Anregungen zum Einüben „mutigeren Verhaltens“ bzgl. Schulbesuch, erste gemeinsame Überlegungen, wie ein Aufenthalt ohne Mutter im Klassenraum aussehen könnte („Welche Zeit kann ich mir vorstellen, die meine Mutter nicht mit mir im Klassenraum sein muss?“, „Wie schaffe ich es, mich bei zunehmender Abwesenheit der Mutter nicht zwischendurch immer ihrer Anwesenheit in der Schulbibliothek zu versichern?“) und anschließender Durchführung desselben (Die Mutter ging anfangs eine Schulstunde aus dem Klassenraum, er konnte sie danach kurz sehen – dann traute er sich, die Abwesenheit der Mutter immer weiter auszudehnen bis es ihm möglich war, über mehrere Schulstunden hinweg ohne Anwesenheit der Mutter zu bleiben, ohne sich zwischendurch rückversichern zu müssen).
- Auf der Emotionalen Ebene verbalisiert die Th. in den zu jedem Stundenbeginn kurz stattfindenden Auseinandersetzungen mit den Ängsten (z.B. auf die Trennungängste bezogen: die Mama könnte nach Trennungen von ihr nicht wiederkommen, wenn sie das Schulgebäude verlässt, könnte ihr etwas passieren) und erfragt Veränderungen, geht auf die mit den Ängsten verbundene Hilflosigkeit und Verzweiflung ausführlich ein und zeigt ihre Wertschätzung bzgl. jeden kleinen Veränderungsschrittes, auf den der Junge sich einlässt und stärkt seine Ressourcen (Bsp.: „trotz aller Schwierigkeiten gehst du eigentlich noch gerne in die Schule, der Unterricht selbst macht dir Spaß, wenn du dort

bist“). Die Verbalisierung von Emotionen bezieht sich auch auf die konkreten Spielsituationen. So spiegelt die Th. z.B., als er sein Spielrepertoire erweitert: „Du bist jetzt hier mit allem vertrauter, das macht dir Mut, mehr auszuprobieren“.

- Auf der Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur ist der Focus der Th. auf die Klärung der hinter den Ängsten stehenden Motivationen, Schemata, Kognitionen etc. gerichtet. So werden dem Kind z.B. Hypothesen zu der gezeigten Zerrissenheit zwischen den Eltern mit Sätzen wie: „Du wünschst dir nach wie vor, dass ihr wieder eine Familie seid“, „Du hast irgendwie die Idee, dass deine Eltern sich miteinander um dich sorgen müssen, wenn du so dolles Bauchweh hast oder nicht in die Schule kannst – evt. denkst du, dass sie die Sorge um dich wieder zusammenschweißt“, „Du denkst auch, dass du alles tun musst, sie wieder zusammen zu bringen“, „Du machst dir auch vielleicht manchmal Sorgen, dass Papa oder Mama traurig sind, wenn du bei dem anderen bist? Dass er oder sie sich dann ganz alleine fühlt?“. K kann dieses hypothesengeleitete, eher fragende und doch „wissende“ Vorgehen annehmen, zeigt sich erleichtert darüber, so gut verstanden zu werden. Zugleich kann er die Stellungnahmen der Th. dazu (in Sätzen wie „Kinder sind nicht verantwortlich für ihre Eltern“, „Es ist nicht dein Job, dafür zu sorgen, dass sich Papa und Mama gut fühlen“ etc.) als entlastend und hilfreich empfinden, was durch seine verbalen und nonverbalen Rückmeldungen deutlich wird.
  - Beziehungsebene: Auf dieser Ebene ist es für K. sehr wichtig, in der Th. eine mit seinen enormen Ängsten erfahrene Vertrauensperson zu haben, die nicht betroffen auf die mit seiner Symptomatik einhergehenden Erschwernisse, Anforderungen etc. reagiert. Für K. ist es äußerst wichtig, dass beide Eltern zur Th. ebenfalls Vertrauen haben, er macht die Erfahrung, dass sie eine Art „Vermittlerin“ zwischen ihnen ist, damit sie die Elternschaft für K in einem konstruktiven Miteinander gestalten können – gleichzeitig kann er bei der Th. seine Traurigkeit über das Scheitern der Familie ausdrücken und annehmen, dass er das Ende der Beziehung der Eltern akzeptieren lernen muss. Das zur Th. gewonnene Vertrauen führt auch dazu, dass er seit einigen Stunden von sich aus über die für ihn so prägenden und entwicklungshemmenden Ausgrenzungserfahrungen im Kindergarten berichtet – die damals empfundene Verletzung und Hilflosigkeit hat ihn tief geprägt, zugleich erkennt er jedoch zunehmend, dass er heute nicht mehr ein hilfloser kleiner Junge ist und durchaus über soziale Kompetenzen verfügt. So berichtet er, dass er sich nun Gemeinheiten nicht mehr gefallen lässt, sich nicht ausnutzen lassen möchte, sich seine Freunde selber aussucht etc..
- Die auf den vier Ebenen geschilderten Interventionen sind in dem Fallbeispiel strukturierender und lenkender als in anderen Fällen – dies ist auf dem Hintergrund zu sehen, dass der Junge von sich aus wenig explorativ ist und seine Spielauswahl auf Regelspiele richtet. Es kommt nicht zu Rollenspielen, in denen er von sich aus mehr erlebnisnahe Inhalte wie Ängste, Konflikte etc. symbolisieren könnte und somit ähnliche durch die stattfindenden Interventionen ermöglich-



des Modells von Fröhlich-Gildhoff, 2006)

Bei der ‚Auswahl‘ einer Interventionsebene ist auch der bisherige

te Prozedur eher auf der Metaebene oder Ebene der 2. Realität an der „Grenze der Gewährwehndung“ erfolgen könnten.

Die diese Ebenen berücksichtigenden verschiedenen Interventionen haben dazu geführt, dass Bauch- und Kopfschmerzen deutlich reduziert sind, K. insgesamt selbständiger geworden ist, seine Freundschaften aktiver gestaltet, nun ohne Schwierigkeiten bei jeweils einem Elternteil sein kann, den Großteil des Morgens alleine im Klassenraum ist und in der letzten Stunde von sich aus sagte: „Ach, ich bin jetzt doch auch mal bald aus dem Alter raus, immer die Mama zu brauchen. Mit 9 war das was anderes – aber jetzt bin ich 10. Und weißt du was? Diese Woche versuche ich, morgens alleine in die Schule zu gehen – die Mama soll mal ruhig im Auto bleiben“. Hier zeigen sich sowohl die Aktivierung seiner Aktualisierungstendenz, als auch eine Veränderung seines Selbstbildes als hilfloser, schwacher Junge und seines Selbstkonzeptes bzgl. neu erworbener Kompetenzen.

#### 4.2 Bedeutung des aktiv(er)en Handelns im Prozess der therapeutischen Beziehungsgestaltung

Ein aktive(re)s Handeln der Therapeut\*in – so zeigen die Projektergebnisse – ist in der therapeutischen Beziehungsgestaltung vor allem unter drei Gesichtspunkten besonders bedeutsam:

##### (1) Bei der Gestaltung korrigierender (feinfühlig) Beziehungserfahrungen:

Bei Kindern, die sehr schüchtern oder unsicher sind oder im Kontakt mit anderen Menschen Ohnmachtserfahrungen gemacht haben kann eine sehr große Vorsicht oder ein erlebter Stillstand in der Interaktion erfolgen. Diese Kinder dürfen nicht allein gelassen werden und benötigen klare Anzeichen der Therapeut\*in, dass diese auf das Kind und seine innere Situation bezogen ist.

Die achtjährige L., ein Kind mit elektivem Mutismus, verweigerte in den ersten Stunden der Therapie jegliche sprachliche und auch mimische Kommunikation. Sie kam zwar mit in das Spieltherapiezimmer, blieb dort jedoch wie angewurzelt stehen. Anamnestic war dem Th. bekannt, dass sie als Säugling ein „Schreibaby“ gewesen sei, der Vater die Woche über im Außendienst tätig war und die Mutter phasenweise mit ihr überfordert gewesen sei. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse von ihrer primären Bezugsperson nicht wahrgenommen wurden. Weder durch nonverbale Signale (Mimik, Gestik, Körperhaltung) noch durch verbales auf sich aufmerksam machen, bis hin zu lautem Schreien, gelang es ihr, eine frühe Bindung zu ihrer Mutter aufzubauen, geschweige denn diese zu halten. Die Mutter ihrerseits hat aus der erlebten Überforderung heraus selbst laut und unbeherrscht reagiert, um ihre Tochter zur Ruhe zu bringen. Sozialkontakte hätten aufgrund der zurückgezogenen Lebensweise der Familie kaum stattgefunden, erst ein Jahr vor der Einschulung besuchte L. einen Kindergarten, in dem sie sich

ebenfalls sozial zurückgezogen und sowohl mit Kindern als auch Erwachsenen Kontakte und Interaktionen vermieden hätte. Die meisten Kinder im Kindergarten hätten sie in Ruhe gelassen, einige wenige hätten sie bedrängt und bisweilen aggressiv „attackiert“. Durch die lange aufrecht erhaltene pathologische Bindung innerhalb der Kernfamilie und den späten Kontakt L.'s zu anderen Kindern manifestierten sich ihre symbolisierten Erfahrungen sowie ihr rigides Selbstkonzept dahin gehend, dass sie auch hier stumm blieb und an ihrer Erstarrung festhielt. Die entwicklungspsychologisch notwendigen und gleichsam fehlenden Interaktionserfahrungen mit Gleichaltrigen Kindern verunsicherten und verängstigten sie zusätzlich, sodass sie auch hier keine neuen Erfahrungen am Rande der Gewährwehndung zulassen konnte.

Aktuell besucht L. als Integrationskind mit sonderpädagogischer Förderung die zweite Klasse einer Regelschule. Auch dort würde sie oftmals wie versteinert wirken, weder mit Kindern noch mit Erwachsenen sprechen.

Der Beginn der Therapie gestaltete sich ähnlich. Auf anfängliche Versuche, ihr im Spieltherapiezimmer klassisch „non-direktiv“ zu begegnen, reagierte sie in keinsten Weise. Der Th. hatte vielmehr den Eindruck, dass ihre innere Anspannung zunahm und sie zunehmend weiter erstarrte (versteinerte). Auch hier war die vermeintliche Sicherheit der (non-)verbalen Erstarrung größer als die Bereitschaft, sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Selbst behutsame Verbalisierungen oder nonverbale Spiegelungen des Th. blieben ohne sichtbare Reaktionen. So entschied sich der Th., zu den Handpuppen zu gehen, einen Hund zu nehmen (er wusste von der Mutter, dass sie Kuscheltiere und Hunde mag) und mit dem Hund einen Dialog über die aktuelle Situation zu beginnen. Der Th. sprach mit dem Hund: „Weißt du noch, wie es war, als du das erste Mal zu mir gekommen bist?“ „Da warst du doch auch ein wenig unsicher und ängstlich, was man hier darf, was nicht und was du hier überhaupt sollst, oder?“ Er ließ den Hund nicken. Nach einer Zeit des Dialoges zwischen dem Hund und dem Th. (mit der Intention, dem Kind Sicherheit zu vermitteln und Ängste zu reduzieren) fragte er den Hund, ob er sich vorstellen könne, dass L. auch Hunde mag. Er ließ den Hund in Richtung L. blicken und wartete gespannt, ob L. reagieren würde. Erleichtert und mit Freude nahm der Th. wahr, dass sie leicht mit dem Kopf nickte und damit erstmals im Spieltherapiezimmer eine eigenständige mimische Reaktion zeigte.

Es dauerte noch etliche Stunden, bis sie sich weiter aus ihrer Erstarrung (versteinerten Haltung) löste und mimische Reaktionen zeigte. Die Rigidität ihres Selbstkonzeptes wurde deutlich und es brauchte weitere prozessaktivierende Anregungen und Impulse seitens des Th., um ihre Entwicklung und Entfaltung anzuregen. Der Th. hat seine aktivere therapeutische Haltung als Angebot an das Kind verstanden, welches es ebenso hätte ablehnen oder verweigern können. In der eigenen Resonanz des Th. hat sich aber der deutliche Eindruck abgebildet, dass L. diese aktiveren Anteile als sehr wohlwollend und unterstützend empfunden hat. Ohne diese Anregungen und Impulse wäre der therapeutische Prozess längst nicht da, wo er sich aktuell befindet. Im Rahmen korrigierender Beziehungserfahrungen

ist es ihr gelungen, sowohl ihre Erstarrung als auch Inkongruenzen zu lösen sowie ihr Selbstkonzept etwas flexibler werden zu lassen.

Kinder mit verunsichernden Beziehungserfahrungen benötigen die Erfahrung eines realen und sehr präsenten Gegenübers, das auch eigene Gefühle offenbart – um dem Kind in der realen Begegnung neue Erfahrungen im Miteinander zu ermöglichen und ‚bekannte‘ Erfahrungen von Beziehungsabbruch zu vermeiden:

F., ein siebenjähriger, wenig emotional schwingungsfähiger und intellektualisierender Erstklässler hatte sich schon sehr auf seine Einschulung gefreut und auf neue Freundschaften gehofft, zumal er im Kindergarten durch seine besserwisserische Art und Weise nur wenige und nicht von Dauer geprägte Freunde finden konnte. Seine Therapie begann während der letzten Monate seiner Kindergartenzeit. Nach einigen Monaten Grundschule beklagte er sich, dass die anderen Jungen aus seiner Klasse gemein seien und keiner etwas mit ihm zu tun haben wolle.

Bereits während des ersten halben Jahres der Therapie hatte der Th. oft das Gefühl, dass es schwer fiel, mit F. in einen authentischen (emotional spürbaren / verbindenden) Kontakt zu kommen, wenn er zu Beginn der Therapiestunde berichtete, was er die Woche seit der letzten Therapiesitzung erlebt hatte. Seine Erzählungen waren von permanenten Tendenzen, Faktenwissen zu präsentieren, sich selbst aufzuwerten und zu überhöhen geprägt. So erzählte er von dem größten Bulldozer, den es in Deutschland gibt, der neben seinem Zuhause ein anderes Haus in weniger als vier Stunden dem Erdboden gleichmachte. Er ergänzte die genaue PS-Stärke des Bulldozers und beschrieb, wie hoch die Temperatur des Straßenbelages der Teermaschine war. Ähnliche Angaben folgten über den grandiosen Ausbau des Bullis des Großvaters oder die Lichtstärke der Videokamera des Patienten.

Während der Therapiestunden setzte sich dieses Verhalten fort – ‚ewig‘ wusste er alles besser, korrigierte den Th. und ließ nicht locker, bis er aufgab und F. das ‚letzte Wort‘ hatte. Nach einigen Stunden mit gleichbleibenden Themen und wenig Veränderungen in seinem Verhalten sagte der Th., dass wir ja schon des Öfteren in unseren Stunden thematisiert hätten, dass er ab und zu die Lust zum Weiterspielen verlieren würde und auch manchmal genervt sei, wenn F. darauf beharren würde, das ‚letzte Wort‘ zu haben und Recht zu behalten. Der Th. ergänzte, dass F. dann zwar von sich behaupten könne, „den Kampf habe ich gewonnen“, andererseits aber auch sehen müsse, dass er den Kontakt zum Th. dessen Interesse am gemeinsamen Spielen, verloren hätte. Der Th. denkt laut nach / mentalisiert: „Ich überlege mir, ob es vielleicht sein kann, dass es deinen Mitschülern ähnlich geht. Sie würden vielleicht auch gerne mehr mit dir spielen, erleben aber, dass du alles besser zu wissen scheinst, immer das letzte Wort haben willst und gehen erst einmal auf Abstand zu dir. Was würde wohl geschehen, wenn du beim nächsten Mal auf dem Schulhof etwas weniger an deiner Überzeugung festhalten und den anderen etwas mehr Raum geben würdest?“ F. sah den Th. nachdenklich an, es wirkte, als hätte dieser den Jungen in dessen Thema erreicht.

Im darauffolgenden Elterngespräch berichtete seine Mutter, dass F. freudiger von der Schule käme, weniger von Auseinandersetzungen berichten würde und er seit kurzem auch neue Schulfreunde nach Hause einladen würde. Während dieser Spielnachmittage mit seinen Freunden würde es deutlich ruhiger und einvernehmlicher zugehen als früher. F. beginnt scheinbar, die in der Therapie erlebte und reflektierte Erfahrung (und Anregung), die er mit dem Th. in der dyadischen Beziehung gemacht hat, auf seine Peergruppe zu übertragen und einen wichtigen Entwicklungsschritt zu machen.

Bei Kindern, die oft Grenzen überschreiten, die z.B. Probleme mit der Setzung des Stundenendes oder auf der ersten Realitätsebene (Analogebene) haben, d.h. gegenüber dem Therapeuten aggressives Verhalten zeigen, kann es nötig sein, sehr aktiv Grenzen zu setzen – dies ermöglicht dem Kind die Erfahrung von Sicherheit und Halt; die Grenze kann aber auch nötig sein zum Schutz des Kindes und der therapeutischen Beziehung.

So zeigen einige Kinder „automatisierte“ Kampfhandlungen, z.B. in Form von Schwertfechten oder Boxen, weil ihr Selbstbild durch Kämpfen-Müssen, Stark-Sein-Müssen geprägt ist und dadurch ihr Handlungsrepertoire ‚engeengt‘ ist. Hier müssen zum einen Regeln zum Schutz der Beteiligten vereinbart werden – und deren Überschreitung muss deutlich angesprochen und begrenzt werden, ohne die grundlegende Beziehung infrage zu stellen („Du hast mich jetzt getroffen, das hat mir wehgetan. Ich möchte, dass Du vorsichtiger bist. Wenn es noch einmal vorkommt, müssen wir dieses Spiel beenden und wir können dann ein anderes beginnen“). Zum anderen kann es auch sinnvoll sein, zeitliche Begrenzungen für die Kampfhandlungen einzuführen („Wir machen das immer 10 Minuten und schauen dann, was wir danach machen könnten“), um weitere Explorations- und Handlungsalternativen zu ermöglichen.

##### (2) Beim Ermöglichen neuer Erfahrungen mit sich, Ermöglichen der Veränderung des Selbstkonzeptes

Es gibt Situationen, da kann es hilfreich sein, dem Kind „Anstöße“ zur Selbstexploration zu geben, es zu ermutigen, im sicheren therapeutischen Rahmen neue Erfahrungen zu machen und besonders sein Selbstwirksamkeitserleben positiv zu stärken. Dazu gehört bspw., dass die Therapeut\*in sehr einfühlsam in der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotsky, 1987) des Kindes diesem gezielte Anregungen zum Handeln gibt.

Die bei Behandlungsbeginn 17-jährige S. kommt nach einer mit Chemo- und Erhaltungs-therapie behandelten Krebserkrankung aufgrund ihrer Ängste vor Neuerkrankung und Depressionen und aufgrund von Ängsten um ihre Mutter in Behandlung. Letztere basierten auf einem vor einigen Monaten bestehenden Krebsverdacht bei der Mutter, der sich drei Wochen nach geäußelter Diagnose als nicht zutreffend erwies. Seit dem Diagnoseverdacht bei der Mutter sei S. in einer „sehr schlechten psychischen Verfassung“ (nach Aussage

der Mutter und selbst berichtet). Sie käme zwar noch ihrer Tätigkeit als FSJ-Kraft in einer medizinischen Einrichtung nach, falle jedoch abends nach Dienstschluss immer in eine „tiefe Traurigkeit“, ihre Gedanken würden permanent um die eigene Erkrankung, eine mögliche Neuerkrankung, ihre Selbstwertproblematik („ich mag meinen Körper nicht“; „ich traue mir nichts zu“) sowie um den Krebsverdacht bei der Mutter kreisen, sie höre dann oft auch traurige Musik, um noch länger weinen zu können, da sie das Weinen als erleichternd erlebe. Zudem brauche sie jeden Abend lange Gespräche mit der Mutter über ihre Sorgen und Ängste, die diesem Bedürfnis auch nachkäme. S habe kein Interesse an Gleichaltrigen, keine Freundschaften. Sie mache keinen Sport, gehe nicht ohne ein Familienmitglied irgendwohin. Zu ihrer FSJ-Tätigkeit werde sie gefahren bzw. vom auch dort arbeitenden Vater mit genommen. Vor der Leukämieerkrankung habe S. Freunde und auch Freude an Bewegung gehabt, insbesondere am Tanzen. Sie sei jedoch von einer Freundin in der Erkrankung sehr alleine gelassen worden, auch die Mitschüler hätten sie nicht unterstützt. Sie hätte dann auch nicht mehr zur Schule gehen wollen, sei bis zum Realschulabschluss zuhause unterrichtet worden. Sie wolle zum einen nicht wieder enttäuscht werden, zum anderen empfinde sie sich als ernsthafter als Gleichaltrige, habe andere Themen als diese und brauche aber auch keine anderen Menschen außerhalb der Familie.

Die massive Verunsicherung des Mädchens durch die existenzielle eigene Erkrankung, die Sorge um die Krebserkrankung der Mutter und die damit verbundenen Hilflosigkeits- und Ohnmachtserfahrungen standen im ersten Behandlungsabschnitt im Focus der personenzentrierten Interventionen: S wurde deutlich vermittelt, dass ihre Reaktionen keine „unnormalen“ sind, sondern absolut nachvollziehbare, normale auf ein für ihr Alter ungewöhnliches Erleben von Bedrohung an Leib und Seele. Sie konnte durch die gemeinsame Betrachtung ihrer Erfahrungen verstehen, dass die Krankheit ihr unerwartet ihre kindliche Unbefangenheit und die Selbstverständlichkeit zu sein genommen hat und ihr dieses einschneidende Lebensereignis und die dann durchlebte Angst um die Mutter ihre grundsätzliche Zuversicht, ihr Urvertrauen in das Leben genommen hat und sie seither Schwierigkeiten hat, sich dem Leben mit allen Risiken wieder zuzuwenden. S äußerte den Wunsch nach Unterstützung, um wieder lebensfroher, fröhlicher werden zu können – die Th. spürte, dass S sich jedoch noch nicht wagte, „in die Zone der nächsten Entwicklung“, die auch mit mehr Unabhängigkeit von der Familie, eigenen Interessen etc. verbunden wäre, einzutreten. Orientiert an dem Wunsch von S nach mehr Bewegung, aber auch Entspannung und „Loslassen können von den mich niederziehenden Gedanken, Ängsten und Sorgen“ bot die Th. dem Mädchen konkrete Vorschläge zum Einüben „neuer Schritte“ an und verhalf ihm so zu mehr Mut in die eigene Entwicklung. S sagte, dass sie sich gerne auf die Angebote der gezielten kognitiven Auseinandersetzung mit ihren Grübeleien einlassen wolle.

So ergänzte die Th. das personenzentrierte Arbeiten durch direktere Anleitung zur Erarbeitung hilfreicher Gedanken; diese werden auf Karteikarten notiert, die S. abends für sich zuhause nochmals durchlesen kann. Zudem erhielt sie die Aufgabe, jeden Abend

vor dem Einschlafen zu überlegen, was ihr an dem Tag gut gelungen ist bzw. welche schöne Erfahrung sie gemacht hat und für jedes dieser beiden ggf. eine Murmel in ein Glas zu tun und dieses mit in die Sitzungen zu bringen – diese Interventionen waren bereits hilfreich, jedoch nahm die Th. wahr, dass S. weiterhin sehr gedankenfokussiert und angespannt wirkte.

Da die Th. das regelmäßige Durchführen von Yogaübungen als sehr stressreduzierend und bereichernd erlebt und empirische Befunde auf die Möglichkeit, Depressionen und Ängste durch Yoga zu lindern, hinweisen (z. B. Mander et al., 2018; Plinz, 2009; Streeter, 2017), bietet sie S an, jeweils zum Stundenende speziell für die Reduktion von Ängsten und Depressionen geeignete Yogaübungen zu machen. Diese werden jeweils mit dem Verankern eines „inneren sicheren Ortes“ abgeschlossen.

Diese Interventionen sollen S. zum einen neue Erfahrungen mit ihrem Körper ermöglichen und zu einer verbesserten Körperwahrnehmung verhelfen, zum anderen ihren Fokus mehr auf die Gegenwart lenken und ihr einen Weg zeigen, auch alleine aus den angstbezogenen Grübelschleifen zu kommen. S. berichtet, dass sie erstmals seit der Erkrankung wieder einen besseren Bezug zu ihrem Körper bekommt und auch Entspannung erlebt („mir tut das sehr gut“, „ich freue mich, zu merken, dass ich doch gelenkig bin“ etc.). Bereits nach den ersten gemeinsam durchgeführten Übungen wiederholte sie diese alleine abends vor dem Einschlafen und berichtete der Th. die wohltuenden Effekte.

Bzgl. des stundenlangen Weinens und dem allabendlichen langen Berichten ihrer Sorgen bei der Mutter validierte die Th. die Bedürfnisse des Mädchens, regte S. jedoch dazu an, einmal auszuprobieren, ob es für sie hilfreich sein kann, nach ca. einer halben Stunde zu versuchen, etwas anderes zu tun als Weinen und Sprechen und diese „Begrenzung“ auch mit der Mutter zu besprechen – beide berichteten dann, dass dies gut funktioniert habe. Sie hätten sich darauf geeinigt, nach einer ca. halben Stunde miteinander ein Spiel zu machen, zu kochen etc.... Wichtig war auch hierbei, dass S selber ja nach einer Begrenzung ihres Weinens und Sprechens mit der Mutter suchte und die Dauer des Ausprobierens mit einem anderen Umgang selbst bestimmte und so durchaus selbstwirksame Erfahrungen machte.

Die Anregungen zum Einüben hilfreicher Gedanken und zur körperlichen Aktivierung auf der einen Seite und zur Begrenzung des exzessiven Weinens und Sorgen-und-Ängste-Besprechens andererseits haben für S. eine wohltuende Wirkung und ermöglichen ihr einen neuen, konstruktiveren Umgang mit ihrer Problematik und auch eine erste Selbstwertstärkung. Ihr Selbstkonzept hat sich aktuell dahingehend verändert, dass es weniger durch Hilflosigkeits- und Ohnmachtserleben als durch Zutrauen in eigene Fähigkeiten und Zuversicht bestimmt wird. Inzwischen hat S ihre theoretische Führerscheinprüfung gemacht und eine Ausbildung zur Krankenschwester begonnen – auch dies gibt ihr Selbstvertrauen und Zukunftsperspektive. Auf der Grundlage des bisher Erreichten wird für die weitere psychotherapeutische Arbeit mit S. auch die Veränderung ihres sozialen Rückzugs, die weitere Autonomieentwicklung sowie vor allem die Weiterentwicklung des grundsätzlichen Zutrauens in den eigenen Lebensweg des Mädchens erwartet. Wichtig ist dabei ein sehr

behutsames, stets auf die besonderen Erfahrungen des Mädchens und an ihrem eigenen Entwicklungstempo orientiertem bedachtes Vorgehen – ihre Lebensgeschichte ist immer bzgl. allem weiteren Vorgehen einzubeziehen. Insbesondere ist auch ihre große Tapferkeit während der Chemo- und Strahlenbehandlungen zu würdigen und als Ressource zurückzumelden und auch ihr Recht auf besondere Vorsicht im Umgang mit anderen Menschen, um sich vor Verletzungen, von denen sie auf allen Ebenen schon mehr als genug hatte, zu berücksichtigen.

### (3) Im Zeigen von Bezogenheit und Präsenz – als Gegenüber

Das Kind braucht für seine Entwicklung die Therapeut\*in als hoch präsente Beziehungsperson. Dies bedeutet generell eine hohe Aufmerksamkeit, aber auch das Spiegeln und ‚Markieren‘ von Gefühlen, das Ansprechen von Mentalisierungsprozessen, von Ressourcen, aber auch zunehmend dierlter der „Lebensthemen“ des Kindes oder Jugendlichen.

Der 7½-jährige N. wächst seit seinem 4. Lebensmonat mit kurzen Unterbrechungen, während derer er wiederholt bei seinen leiblichen Eltern lebte, bei seinen Großeltern mütterlicherseits auf. In den kurzen Phasen bei seinen Eltern erlebte er massive gewalttätige Übergriffe seines Vaters auf seine Mutter sowie die Inhaftierung seines Vaters wegen Gewalttätigkeit, Besitz und Handel von Drogen. Seine Mutter fühlte sich nicht in der Lage, ihren Sohn zu versorgen und übergab ihn ihren Eltern, die ihren Enkel seither im Status einer Pflegefamilie aufgenommen und ihren Alltag entsprechend organisiert haben. Seiner Mutter gelingt es nur selten, ihre versprochenen Besuche wahrzumachen und sich ihm dann auch zuzuwenden und mit ihm Zeit zu verbringen. Der Junge freut sich nach wie vor sehr auf die angekündigten Besuche und ist dann sehr enttäuscht, wenn seine Mutter ohne Nachricht nicht kommt. Tage später meldet sie sich, entschuldigt sich manchmal, dass sie so müde gewesen sei oder noch arbeiten müssen. Der Junge zeigt dann Verständnis und nimmt seine Mutter gegenüber seinen auch ärgerlichen und enttäuschten Großeltern in Schutz. Er kotet nach einer kurzen Phase der gelungenen Sauberkeitserziehung und einer 1-jährigen Pause nach einer zwischen seinem 5. und 6. Lebensjahr erfolgten Spieltherapie erneut mehrmals täglich ein. Die wiederholt gründliche kinderärztliche und gastrologische Abklärung ergab keinen Befund.

Der motorisch sehr geschickte Junge genießt es, während der Spieltherapiestunde mit Hilfe des großen Gymnastikballes, dem Trampolin und den Federballschlägern verschiedene Kunststücke auszuprobieren und einen immer ausgeklügelteren Parcours zu erfinden. Ganz wichtig ist ihm dabei, dass die Th. jedes Kunststück genau beobachtet und er fordert die Th. auf, dass sie etwa wie ein Sportreporter genau formuliere, was sie sieht. Die Th. beschreibt einerseits seine herausragende Fähigkeit, über seinen Körper bestimmen zu können und mit dem vorher geplanten Salto mit Absprung vom Trampolin genau auf der Mitte des Polsters zu landen, andererseits formuliert sie, wie sehr er sich über seinen Sprung freut und stolz ist auf seine punkt-

genaue Landung. So vermittelt ihm die Th. als präsenze Parcours- und Spielbegleiterin, wie gut er über seinen Körper bestimmen kann, welche neue Fähigkeiten er entdeckt und welche emotionalen Qualitäten er dabei erlebt. So erwähnt sie auch wie nebenbei, dass er, so wie er immer neue Kunststücke mit seinem Körper ausprobiert, er sicher auch bald wieder über seinen Schließmuskel bestimmen können wird. Erleichtert und offen nimmt er kurz Blickkontakt zur Th. auf, nickt ein klein wenig mit seinem Kopf, äußert „mh“. Sogleich verändert er sein Spiel und lädt die Th. zu einem Rollenspiel über den Parcours hinweg ein, in dem er der Hase ist, der erfolgreich vor ihr (sie sollte der Fuchs sein, der ihn fressen will) davonläuft. Es wird ersichtlich, dass die Th. als Fuchs den Hasen auf keinen Fall erwischen sollte; dies kommentiert die Th. entsprechend – dass der Hase so geschickt ist und dem alten Fuchs mit Leichtigkeit davonlaufen und sich retten kann. Wieder formuliert die Th. die körperliche Geschicklichkeit und die Schnelligkeit des Hasen, auf die er sich verlassen kann. Nach der ersten Runde verändert N. die Rollen, der Hase wird zum Babyhasen, der Fuchs zum Mutterhasen. Der Th. wird deutlich, dass sich N. im Spiel sein immer wieder kehrendes Erleben des aussichtslosen „Nachlaufens“ nach seiner Mutter anschaut, die er nie erwischen kann, die keine Zeit für ihn hat. Dabei vertauscht er die Rollen, indem er der Th. die Rolle der „Nachläuferin“, der Sehnsüchtigen“, der „Ohnmächtigen“ zuweist und als Babyhase das Weglaufen übernimmt. Nachdem die Th. als Mutterhase nach seinen Anweisungen einige Minuten hinter dem Babyhasen herraste und die Enttäuschung, die Ohnmacht, die Sehnsucht nach Kontakt in Worte fasste, wagt sie sein Empfinden in seiner vielen Jahren bestehenden Lebenswirklichkeit anzusprechen: „Ich vermute, so wie ich jetzt als Mama-Hase hinter dem Baby-Hasen herrenne, damit ich ihn endlich in meine Arme schließen kann, so wünschst du dir, dass du deine Mama in die Arme schließen kannst, sie für dich haben kannst, ihr miteinander Zeit habt und miteinander spielen könnt“.

## 5. Kriterien für das aktive Handeln der Therapeut\*in

Die Entscheidung für ein aktive(re)s Handeln der Therapeut\*in darf nicht willkürlich erfolgen, sondern sollte kriteriengeleitet sein. Aus den Analysen im Projekt „Wirkfaktoren...“ (s.o.) ließen sich folgende Kriterien fallübergreifend identifizieren:

### Momentane Lebenssituation/-themen des Kindes

Kinder zeigen – oft indirekt oder symbolisiert im Spiel – aktuelle Konflikte in der Familie oder Schule, mit Freunden oder in der Freizeit. Dies können beispielsweise Erfahrungen des Ausgrenzt-Werdens sein, das Erleben der Geburt von Geschwistern oder vom Tod des Haustieres oder wichtiger Menschen, aber auch eigenes „Fehl“verhalten (Stehlen), natürlich gleichfalls positive Erlebnisse. Oft können Kinder diese Themen und inneren Konflikte nicht direkt ansprechen, im Besonderen nicht die damit verbundenen tiefergehenden Gefühle – z.B. die Wut darüber, dass

das neue Geschwisterkind Zuwendung der Eltern „raubt“. Es ist sinnvoll, diese Themen und wahrgenommenen Gefühle direkt(er) anzusprechen, ihnen damit Gültigkeit zu geben und dem Kind einen Raum für Gewährwerdung und Klarifizierung zu geben.

### Lebensgeschichte des Kindes/ Jugendlichen; biografisch bedingte Themen (Lebensthemen)

Besondere Themen/Erlebnisse (Verlust, Abwertung, Versagen ...) oder Grunderfahrungen (Unzuverlässigkeit, Nicht-Gehaltenwerden...) oder existentielle Bedürfnisse (z.B. nach [Bindungs-] Sicherheit) und Erfahrungen (bspw. Vernachlässigung oder Verlassensein) aus der eigenen Lebensgeschichte werden durch das Kind/ die Jugendliche gezeigt oder im Spiel re-inszeniert, manchmal in Wiederholungsschleifen. Weinberger (2014, S. 260) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese „Wiederholungen“ Anzeichen für „posttraumatisches Spiel [sein können], bei dem sich die Inszenierungen immer wiederholen, ohne dass etwas durchgearbeitet und bewältigt werden kann - es entsteht nichts Neues“. Dann können „strukturbildende Maßnahmen nötig sein, um Retraumatisierungen zu vermeiden und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Kinder über die Symbolisierung im Spiel gute innere Instanzen aufbauen können. Dazu gehört, dass ich [die Th.] ausgewählte Angebote mache...“ (ebd., S. 263). Es kann sinnvoll sein, diese Aspekte – angemessen zum Alter und Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen – direkt anzusprechen.

### Der bisherige therapeutische Prozess

Ein weiteres Kriterium ist der Verlauf des Therapieprozesses und der damit einhergehenden Beziehungsentwicklung; dabei sind folgende Faktoren relevant:

- Das Interaktionsgeschehen
- Der Beziehungsprozess (Vertrauen, erlebte Sicherheit, Halt, Zumutbarkeit)
- Das Wiederholen/Festhängen in Themen („Stillstand“)
- Die Notwendigkeit, Chaos aufzulösen; Ohnmachtserleben zu stoppen; haltgebende Grenzen zu setzen ...

### Das Generelle Störungsverständnis

Beim Abwägen einer aktive(re)n Intervention müssen wissenschaftliche Erkenntnisse zu den jeweiligen Störungsbildern und Symptomkomplexen Berücksichtigung finden, wie sie z.B. in Handlungs-Leitlinien (s. Abschnitt 2) oder wissenschaftlich fundierten Lehrbüchern – auch außerhalb des Personenzentrierten Ansatzes (z.B. Petermann, 2015; Hopf & Windaus, 2007) – formuliert sind. Dies betrifft beispielweise die therapeutische Begegnung mit Kindern, die unter Traumafolgestörungen leiden oder Symptome von Ess-Störungen zeigen.

### Risiken

Das aktiv(er)e Handeln der Therapeut\*in kann allerdings auch mit Risiken verbunden sein: So besteht die Gefahr, über den Stand des Kindes/Jugendlichen hinauszugehen, z.B. das Kind zu einem Entwicklungsschritt pushen, für den es noch nicht bereit ist. Diese Gefahr ist besonders dann sehr stark, wenn ein hoher Druck von außen, z.B. durch Eltern oder Schule besteht (s.o., K., der die Abwesenheit der Mutter in der Schule in seinem Tempo eintrainieren muss und lernen soll, Impulse zu mehr Autonomie wahrzunehmen und damit vorwärts zu kommen – in diesem Fall gibt es viel Unterstützung durch Mutter und Lehrpersonal, nicht immer reagiert die Schule so geduldig auf protrahierte Autonomieprozesse) – oder wenn die Therapeut\*in eine neue Behandlungstechnik erlernt hat, die sie gerne anwenden möchte.

Eine andere Gefahr besteht darin, dass die Therapeut\*in ihre Bedürfnisse – z.B. aus einem Gefühl von Langeweile heraus – zum Kriterium für die Intervention macht (s.obiges Beispiel „nicht endender Kampfhandlungen“ – hier sollte die Therapeut\*in genau prüfen, ob ihr das zu langweilig, zu anstrengend wird, es tatsächlich keine neue Entwicklungsmöglichkeit in der Kampfhandlung gibt, sie alle Aspekte dessen, was das Kind zeigen möchte, wie z.B. die Demonstration innerer Ohnmacht/Hilflosigkeit, auch tatsächlich hinreichend wahrgenommen hat. Es ist manchmal sehr schwer, ein Kind/Jugendlichen wirklich präsent zu begleiten, wenn die Entwicklungsschritte klein sind und vielleicht nicht dem Tempo der Therapeut\*in entsprechen. Hier ist – neben der selbstverständlichen kontinuierlichen Reflexion – darauf zu achten, dass der Anstoß zur Aktivität jeweils von der differenzierten Betrachtung des Therapieprozesses unter Berücksichtigung der Lebenssituation und der Lebensthemen des Kindes/Jugendlichen) ausgehen muss. Das Kriterium für die Sinnhaftigkeit einer Intervention ist die Reaktion des Kindes/Jugendlichen. Wenn es sich weigert, sich wehrt, zurückzieht o.ä. ist es unbedingt notwendig, diesen Schutzversuch des Kindes/Jugendlichen gegen die Aktivität der Therapeut\*in zu achten und ggfls. einen Schritt zurück zu machen.

### 6. Fazit

Die lange Zeit im Feld der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie heiß diskutierte Frage, ob und wie therapeutisches Handeln „jenseits der Non-Direktivität“ zulässig und kompatibel mit dem Ansatz ist, scheint zumindest im deutschsprachigen Raum beantwortet werden zu können: Aktives, direktives, strukturierendes, prozessaktualisierendes Handeln der Therapeut\*in ist im Rahmen personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie möglich, manchmal sogar nötig. Allerdings bedarf dies einer hohen Reflexionsfähigkeit und Präsenz der Therapeut\*in; hilfreich ist sicherlich auch hier die Reflexion im Rahmen von Supervision. Auf empirischer Ebene konnten erste Kriterien – aber auch mögliche Risiken – herausgear-

beitet werden, wann aktiv(er)e Interventionen sinnvoll sind; die wichtigsten seien nochmals zusammengefasst: Der Impuls zum aktiven Handeln muss sich aus dem Therapieprozess unter Beachtung der momentanen Lebenssituation und der Lebensgeschichte des Kindes sowie einem fundierten Störungsverständnis ergeben und muss jeweils bewusst reflektiert werden. Besonders wichtig ist, den „Widerstand“ des Kindes gegen die Intervention unbedingt zu akzeptieren und entsprechend zu integrieren. Die empirischen Analysen haben erste Orientierungen gegeben – die Erkenntnisse müssen weiter verifiziert und auf Fachkongressen und in anderen Foren vertiefend diskutiert werden.

### Literatur:

- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2014). Die Geschichte der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 48-55). Wien: facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (2014). Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogene Verfahren. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 56-63). Wien: facultas.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Cornelius-White, J.H.D. (2008). Relationship an Development: Concept, practice and research in person-centred work with children, adolescents and parents. In M. Behr & J.H.D. White (Ed.), *Facilitating Young Peoples Development. International Perspectives on person-centred theory and practice* (S. 1-24). Ross-on-Wyke: PCCS Books.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2002a). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2002b). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2003). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Cochran, N.H., Nordling, W.J. & Cochran, J.L. (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. New York: Wiley.
- Cremerius J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2018). „Aktiv, direktiv, strukturierend – (wie) geht das in der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“. Bericht über die 7. Internationale Tagung für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 49(4), 224-225.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2017). Mentalisieren und Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen? *PERSON*, 1/2017, 23-33.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* (16), 1, 46-58.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychotherapie - Darstellung eines langfristigen Forschungsprojekts. In: J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg.): *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur*. Bonn: Dt. Psychologen Verlag, S. 219-231.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, H 1, 7. Jg. S. 42 – 49.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu

- einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In : Dittrich, R. & Michels P. (Hrsg.): *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag., S. 161-194.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt, (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 239-326.
- Füßner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & von Zülow, C. (2012). Angststörungen - Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 13-31.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen - von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26, (3), 357-370.
- Hockel, C.M. (2011). *Personenzentrierte Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Hopf, E & Windaus, E. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 16 (1), 59-70.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1*; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 35-80.
- Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S: 123-150.
- Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 19 (2), 81- 103.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2012). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 16(1), S. 32-45.
- Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F.Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2* (S.225-252). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd Edition). New York: Brunner-Routledge.
- Mander, J., Gschwendt, M., Schildmann, T., Blanck,P., Vonderlin, E. & Bents, H. (2018). Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2/2018, 10-113.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mogel, H. (2002). Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; S. 237-258.
- Petermann, F. (Hrsg.)(2015). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Plinz, N. (2009). *Yoga bei Erschöpfung, Burnout und Depression*. Köln: Balance.
- Reisel, B. (2014). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 35-47). Wien: facultas.
- Riedel, K. (2002). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Mißhandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.),

*Personenzierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2* (S. 185-209). Göttinge: Hogrefe.

Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Resilienz fokussierte Kinderpsychotherapie. *PERSON* 19 (2), 104-116.

Rogers, C.R. (1939). *The Clinical Treatment of the Problem Child*. Boston: Houghton Mifflin.

Schmidchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.

Streeter, C., Gerbarg, P.L., Whitfield, T., Owen, L. (2017). Treatment of Major Depressive Disorder with Iyengar Yoga and Coherent Breathing: A Randomized Controlled Dosing Study. *The Journal of alternative and complementary Medicine*, Volume 23, Number 3, 2017, pp. 201-207

Sweeney, D. S., & Landreth, G. L. (2009). Child-centered play therapy. In K. J. O'Connor & L. D. Braverman, *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (pp. 123-162). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.

Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen- Einführung in die Personenzierte Spielpsychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Weinberger, S. (2014). Kindern spielend helfen – spielend leicht? Der Therapeut mit der Pappnase. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 258-265). Wien: facultas.

Wygotski, L. S. (1987). *Ausgewählte Schriften. Band 2: Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit*. Köln: Pahl-Rugenstein.

Zulliger, H. (1979). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Danksagung:** Ein Dank geht an die Kolleg\*innen im Praxisforschungsprojekt „Wirkfaktoren in der (Personenzierten) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“: Georg Derx, Katharina Heinen, Jutta Hoßfeld, Gerhard Hufnagel, Stephan Jürgens-Jahnert, Manuela Maiworm, Sandra Mielau, Klaus Riedel, Wolfgang Seidenbiedel, Hildegard Steinhauser.

Der Artikel ist eine Zweitveröffentlichung: Er wurde bereits 2020 in der Zeitschrift *PERSON* (Nr. 24, S. 46-59) publiziert und wird hier mit freundlicher Genehmigung des Facultas Verlags abgedruckt. Vielen Dank!



Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Professor für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Ev. Hochschule Freiburg, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personenzierteter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG).  
**Kontakt:**  
[fröhlich-gildhoff@eh-freiburg.de](mailto:fröhlich-gildhoff@eh-freiburg.de)



Manuela Maiworm, arbeitet in freier Praxis in Wetter b. Marburg, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, u.a. Ausbildung in Personenzierteter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG).



Dr. Klaus Riedel, arbeitet in freier Praxis in Bielefeld, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personenzierteter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG).



Hildegard Steinhauser, arbeitet in freier Praxis in Augsburg, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzierteter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG).

## „Blick ins Therapiezimmer“ Ein Gespräch über die ZDF-Serie „Safe“

Die Personenzierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Sabine Schlippe-Weinberger und Curd Michael Hockel waren als fachliche BeraterInnen an der ZDF-Serie „Safe“ der renommierten Regisseurin Caroline Link beteiligt. Die Serie, die noch bis November 2023 in der ZDF-Mediathek abrufbar ist, gibt einen gefühlvollen, intensiven Einblick in den Praxisalltag zweier Personenzierteter Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Interview sprechen Sabine Schlippe-Weinberger und Curd Michael Hockel über ihre Erfahrungen als FachberaterInnen und über ihre Erwartungen an die Serie.



**Wie ist die Resonanz, die Sie bisher auf die Serie erhalten haben?**

**Schlippe-Weinberger:** Die Resonanz ist unglaublich positiv. Eine Kollegin schrieb mir: „Jetzt kann ich einfach nicht aufhören und muss immer weitersehen, mit kleinen Pausen in der Mediathek. Ich bin fasziniert, gebannt, sauge es auf, denke oft: Genau so ist es, genau das kenne ich auch, so wäre es bei mir auch, das würde

ich auch sagen.“ Kolleginnen, die in einem VT-Ausbildungsinstitut „Spieltherapie“ vermitteln, haben die Serie bereits als Hausaufgabe aufgegeben, um dann in den Seminaren anschaulicher als bisher über das Thema „Beziehung“ reden zu können.

**Wie ist der Kontakt zu Caroline Link entstanden? Was war der Anlass für sie, sich mit dem Personenzierten Ansatz auseinanderzusetzen?**

**Schlippe-Weinberger:** Caroline Link hatte nach eigenen Angaben schon vor vielen Jahren das Buch „Dibs“ von Virginia Axline gelesen, das sie sehr fasziniert hat. Über eine Kindertherapeutin, die bei mir die Spieltherapieausbildung gemacht hat und mit der Produzentin befreundet ist, kam der Kontakt zustande.

**Hockel:** Ich denke, Caroline Link hat eine tiefsitzende Neigung zu Kindern und eine besondere intuitive Kompetenz, das Spielen von Kindern gelten zu lassen und es als Regisseurin zu begleiten und zu steuern.



**Wie kann man sich die Zusammenarbeit vorstellen? Und wie haben Sie diese erlebt?**

**Hockel:** Die Zusammenarbeit war langfristig und von Anfang an sehr persönlich und erfreulich. Es ist acht Jahre her, dass Caroline Link mit dem Projekt begann! Erst 2020 begann die Erarbeitung der Drehbücher, da gab es dann Phasen mit wöchentlichen Sitzungen unter vier



Foto: ZDF / Bella Halben

Augen – mit durchgearbeiteten Textentwürfen und Annäherungen. Die Auswahl der Schauspielerinnen und Schauspieler und das Casting sind ein Spezialgebiet, an dem ich nicht mitgewirkt habe. Als der Darsteller des männlichen Therapeuten feststand, kam dieser aus Hamburg angereist, um in meiner Praxis einmal die Arbeitsatmosphäre kennenzulernen und dann gemeinsam mit Caroline Link und mir an der Verlebung und Weiterentwicklung des Drehbuches mitzuwirken. Wir haben Texte besprochen und sind in Rollenspielen Verständigungen zwischen Kind bzw. Jugendlichen und Therapeut sowie einzelne Methoden durchgegangen.

**Inwiefern halten Sie fiktionale Formate wie eine TV-Serie für gut geeignet, um auch einem breiteren Publikum die Besonderheiten des Personenzierten Ansatzes nahezubringen?**

**Schlippe-Weinberger:** Ich halte dieses Format für sehr geeignet, um sowohl Kolleginnen und Kollegen anderer Fachrichtungen als auch einem breiten Publikum die Haltung des Personenzierten Ansatzes näherzubringen. Es ist ein genuiner Blick ins Therapiezimmer. Hierfür wurden auch ganz exemplarische Konstellationen ausgewählt, die wohl jede Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin kennt. Die Art und Weise, wie in der Serie unter der Regie von Caroline Link Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und einführendes Verstehen in der Begegnung mit den Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden, das finde ich für alle – ob Kolleginnen und Kollegen oder „normale“ Zuschauer – beispielhaft und lehrreich.

**Was erhoffen Sie sich weiterhin von der Serie?**

**Hockel:** Ich hoffe vor allem, dass eine gesundheitspolitische Diskussion über Kassenpsychotherapie und die fragwürdige Rolle der Manipulation in der Begutachtung von Therapieverfahren voranschreitet. Und dass der versorgungspolitische Skandal bereinigt wird, dass man solche Kinderpsychotherapie nicht bei Kassentherapeutinnen und -therapeuten bekommen kann. Da hilft auch nicht der tröstende Hinweis, dass im Netz der Familien- und Erziehungsberatungsstellen eine große Zahl sehr kompetenter personenziert arbeitender Berater und Therapeuten entsprechende Spieltherapie erbringen. ew