

Personzentrierte Spieltherapie – persönliche Rückblicke und Perspektiven

Herbert Goetze

Indiana University North West, (IN), Vereinigte Staaten von Amerika

Einleitung

Ich nehme die Einladung gern an, an dieser Stelle meine persönlichen Betrachtungen zum Personzentrierten Ansatz speziell zur Personzentrierten Spieltherapie darzulegen. Im Rückblick stellt sich meine Reise zur Spieltherapie als eine ziemlich steinige Wanderung durch Höhen und Tiefen dar, diese Reise war also nicht geradlinig und direkt.

Wenn ich mich recht erinnere, waren für mich die frühen siebziger Jahre eine Zeit der persönlichen Findung zur non-direktiven Spieltherapie, sie schien mir wie ein Geschenk des Himmels in einer Zeit des persönlichen, gesellschaftlichen und spirituellen Aufbruchs. Es folgten chaotische Jahre der inneren und äußeren Irritation, die auch mit meiner Begegnung mit dem Encounter-Gruppenansatz zusammenhingen, die Encountergruppen in La Jolla, Madrid, Paris etc. standen unter der Schirmherrschaft von Carl Rogers und wurden teilweise auch von Reinhard Tausch facilitiert. In den dann folgenden Jahren beschäftigte ich mich allgemein um die Übertragung des Personzentrierten Ansatzes auf die Pädagogik und speziell um den Erwerb von spieltherapeutischen Kompetenzen, um konzeptionelle Neuorientierungen, um das Publizieren meiner Erfahrungen und um Ausbildungsangebote. Meine „späteren“ Jahre brachten dann endlich etwas mehr Ruhe für mich und eine gewisse Festigung meiner Auffassungen zur Personzentrierten Spieltherapie; heute kann ich ein Ausbildungs-Curriculum anbieten, zu welchem ich vor vierzig Jahren noch nicht in der Lage gewesen wäre. Was mich von den Kollegen anderer Therapierichtungen jedoch nach wie vor unterscheidet, sind Phasen des Zweifels, der Neuorientierung und der Findung auf höherer Ebene. Ich werde wohl nie „angekommen“ sein, solange ich noch – hoffentlich noch ein wenig – zu leben habe.

Nach diesen einleitenden Gedanken (die vielleicht auf manchen Leser auch befremdlich wirken mögen) versuche ich auf den folgenden Seiten, meine persönlichen Entwicklungen bis zum heutigen Stand jahrzehnteweise nachzuvollziehen und zum Schluss offen gebliebene Fragen anzusprechen.

Die frühen Jahre 1972-74: Meine Findungsjahre zur non-direktiven Spieltherapie

Ich denke immer noch gern an meine erste Begegnung mit dem Ansatz der Non-Direktiven Spieltherapie zurück: Die ziemlich anstrengenden Diplomhauptprüfungen im Jahr 1970 ließen mich die Bibliothek des Marburger Psychologischen Instituts durchstreifen, wo ich durch Zufall auf die Kindertherapie-Veröffentlichung des Ehepaars Tausch aus dem Jahr 1956 stieß. Von meinem kargen Stipendium stellte ich eine teure Kopie dieses ziemlich zerfledderten Exemplars her, da es das Buch nicht mehr zu kaufen gab. Wie ein Hungriger verschlang ich die Seiten, auf denen mir eine Alternative zu den damals gängigen Interventionen für Kinder eröffnet wurde. Ich wollte das auch gern lernen und umsetzen, aber eine Ausbildung in nicht-direktiver Spieltherapie gab es nicht, und so begab ich mich nach meinem Dienstantritt als Wissenschaftlicher Assistent an der damaligen PH Reutlingen zur Städtischen Beratungsstelle, um meine ersten unsupervidierten Gehversuche in Sachen Spieltherapie zu starten. In dieser Zeit traf ich auf einen ebenfalls gerade diplomierten Tübinger Psychologen, Wolfgang Jaede, und wir beide richteten ein Spielzimmer in den Reutlinger PH-Räumen ein, spielten mit Kindern und supervidierten uns gegenseitig, bis wir uns dazu in der Lage sahen, unser Wissen an die Studierenden weiter zu geben und unser Skript zu verschriftlichen – denn zu jener Zeit gab es lediglich wenige Reader auf dem amerikanischen Buchmarkt. Heute scheint mir, als wäre der damalige Zeitgeist plötzlich für die Non-Direktiven Spieltherapie wie eine ausgewachsene Frucht reif geworden: In einem Zeitraum von wenigen Monaten erschienen drei Buchveröffentlichungen auf Deutsch: Im Reinhardt-Verlag kam die deutsche Übersetzung des „Klassikers“ von Virginia Axline aus 1947 heraus, und zeitgleich erschien 1974 im Beltz-Verlag die Dissertation von Stefan Schmidtchen unter dem Titel „Klientenzentrierte Spieltherapie“, und schließlich unser Skript als Buch mit dem Titel „Die nicht-direktive Spieltherapie“ beim Kindler-Verlag (bei dem auch die Rogers-Werke auf Deutsch erschienen waren, was uns zwei Autoren natürlich mit Stolz erfüllte), das übrigens anschließend mehrere Auflagen fand und später auch als Fischer-Taschenbuch herauskam. Zu jener Zeit diente uns unser Buch lange als nützliche Grundlage, den Ansatz an Studierende zu vermitteln. Aber für mich blieb doch ein Gefühl des nur halb vollen Glases erhalten, das irgendwie weiter aufgefüllt werden wollte.

Die Jahre 1976-79: Meine Begegnung mit dem Encounter-Ansatz

Da es noch immer keine offiziell anerkannte Ausbildung für Non-Direktive Spieltherapie gab, entschloss ich mich, zu Carl Rogers nach La Jolla in Kalifornien zu reisen, um in seinen Seminaren vertiefter in den Ansatz eingeführt und trainiert zu werden. Es sollte aber anders kommen. Die fast dreiwöchige Encounter-Erfahrung brachte mein Weltbild und mein Leben ins Wanken, auch durch die persönliche Begegnung mit Carl. Schmerzvoll erfuhr ich, wie tiefe Beziehungen zu anderen Menschen so ganz anders aussehen können, als ich es gewohnt war. Nach Überwindung eines gesundheitlichen Kollapses daheim machte ich mich an meine persönliche, ziemlich schmerzhaft aufbereitete, um die Dinge persönlich und fachlich neu zu regeln. Aber erst einmal wurde ich im Folgejahr in La Jolla zum geladenen Facilitator, dann nahm ich an den denkwürdigen Groß-Encounterveranstaltungen in Madrid, Paris und Princeton teil, an denen Rogers aktiv mitwirkte. Unmerklich geriet ich dabei auf eine falsche Bahn, denn mit messianischer Begeisterung versuchte ich, meine persönliche und fachliche Umgebung für das Encountern zu begeistern und durch das Encountern zu verändern. Encountergruppen wurden zu einem festen Bestandteil der Lehrerausbildung an der Dortmunder Hochschule. Ich unterstützte den Kauf eines hessischen Bauernhauses für Encounter-Wochenenden. Systematisch führte ich Encountergruppen auch an der Hamburger Universität ein (bis heute sind mir verlässliche Freundschaften aus jener Zeit des Aufbruchs verblieben). Aber zunehmend wurden dann auch die Grenzen spürbar. Meine Frau nahm an den Groß-encounters teil, kam sogar ausführlich im Madrider Encounterfilm des SWR zu Wort, aber sie konnte im Grunde damit nichts anfangen, so dass sich unsere Beziehung zunehmend entfremdete. An den Hochschulen fanden sich mitunter Studierende ein, die ihre psychiatrischen Auffälligkeiten durch wöchentlich zweistündige Gruppenencounters kostenfrei zu therapieren suchten. Gefühlsmäßig gab es dabei für mich Höhen und Tiefen, aber geliebt ist mir aus jener Zeit eine Partnerschaft, die nach einem Encounter entstanden war und bis heute, drei Jahrzehnte später, unbeschadet überstanden hat.

Die Folgejahre: Ausbildungen, Vertiefungen, Formalisierungen und Studien-(Kurs)Angebote

Meine immer wieder gestellte Frage an die Rogers-Gefolgsleute in La Jolla, wie sie den Ansatz auf Kinder übertragen sehen würden, wurde stets mit einer für mich unbefriedigenden Floskel beantwortet: „How do you feel about it?“ Da mein berufliches Arbeitsfeld die Pädagogik bei schulischen Verhaltensstörungen war, erkannte ich, dass neben dem gefühlsmäßigen Zugang zu Kindern auch die persönlichen Kompetenzen des schulischen Förderers eine wichtige Rolle spielen, um mit einem schulischen Chaos, das sich doch

so stark vom therapeutischen Einzelkontakt unterschied, fertig zu werden, ohne als Lehrkraft in ein Burnout zu geraten.

Einerseits machte ich als Spieltherapeut fortlaufend die schönsten Erfahrungen mit schwer belasteten und verstörten Kindern, andererseits blieb das Gefühl, mehr lernen zu wollen, und deshalb suchte ich gezielt Aus- und Fortbildungen innerhalb und außerhalb des Ansatzes auf. Zutiefst sind mir meine spieltherapeutischen Ausbildungen beim Family Psychological Service Center in Colorado in Erinnerung geblieben, aber ich war auch in die Ausbildung in Hypnotherapie, Rational-Emotiver Therapie, Realitätstherapie, Psychodrama eingebunden und zweimal Mitglied bei den gestalttherapeutischen Intensivkursen von Violet Oaklander in Hermosa Beach und später in Santa Barbara. Diese Erfahrungen festigten in mir die Überzeugung, dass Spieltherapie mehr ist als das Reflektieren der kindlichen Gefühle in der Sprache des Erwachsenen.

In diese Zeit fiel auch die Formalisierung der Kinder- und Jugendlichentherapie-Ausbildung der GwG. Ausbilder wurden gesucht. Ich bewarb mich darum, als solcher einbezogen und tätig zu werden, reichte die geforderten Unterlagen ein – und wurde zu meinem großen Erstaunen abgelehnt, vor allem deshalb, weil mir ein Zertifikat eines erfolgreich absolvierten Gordon-Trainings gefehlt habe. Dabei war ich in Dortmund damals bereits als Gordon-Trainer in der Lehrerausbildung tätig. Verständlicherweise geriet ich in eine gewisse Distanz zur GwG, die später noch dadurch vergrößert wurde, als mein eingeladener Beitrag für einen Hogrefe-Reader (Boeck-Singelmann et al., 1996) als unqualifiziert abgelehnt wurde. Es dauerte dann noch einige Jahre, bis die entstandenen Stiche durch herzlich gute GwG-Menschen gutartig vernarbt wurden. Ich wurde dann ehrenvoll in den Wissenschaftlichen Beirat aufgenommen, nahm an Kindertherapiekonferenzen teil und richtete selbst eine der regelmäßig stattfindenden internationalen Kindertherapietagen (2008) an der Universität Potsdam aus.

Nachdem ich bis hierher selbstbiographische Darstellungen meines Weges zur Personzentrierten Spieltherapie versucht habe, möchte ich im Folgenden meine derzeitigen Auffassungen über diese Intervention knapp darlegen, indem ich das von mir favorisierte Verfahren kurz vorstelle und etwas aus meiner Sicht über seine Vermittlung an Studierende berichte.

Meine derzeitigen Auffassungen und Beschreibung zur Personzentrierten Spieltherapie

Spieltherapie allgemein ist ein recht unspezifischer Terminus, mit welchem eine Reihe von therapeutischen Zugangsweisen beschrieben wird; sie ist im Grunde eine Alternative zu Therapien, bei denen vornehmlich Sprache eingesetzt wird. Bei der Spielthe-

rapie wird nun das natürlichste Ausdrucksmedium von Kindern, das Spiel, eingesetzt, womit Kinder unverarbeitete traumatische Erfahrungen, Ängste oder erlebten Stress mit ihrem ureigenen Medium zum Ausdruck bringen können.

Es gibt aber nicht nur den personenzentrierten Zugang zur Spieltherapie, sondern noch andere theoretische Zugänge, nämlich psychoanalytische, gestalttherapeutische, kognitive, entwicklungsbezogene. Allen diesen Spieltherapie-Orientierungen ist gemeinsam, dass das Spiel als Kommunikationsmedium im Mittelpunkt steht, um therapeutische Ziele zu erreichen. Den Kindern wird dazu eine Reihe von Spielmaterialien angeboten, die über die Spielsitzungen hinweg konstant bleiben. Man kann diese Therapien auch anders, in eher direktive und eher nicht direktive unterteilen, zu den direktiven gehören die mehr kognitiv und verhaltenstherapeutisch orientierten, zu den eher nicht-direktiven der von mir favorisierte Personzentrierte Ansatz der Spieltherapie. Damit ist nun ein kindertherapeutisches Verfahren gemeint, das auf dem Hintergrund des Ansatzes von Carl Rogers (1978) Kindern und Jugendlichen zu vermehrter Selbstanpassung unter Zuhilfenahme des Spiels verhelfen soll (s. dazu und zum Folgenden Goetze, 2002; Landreth, 2002; Moustakas, 1953; 1959; 1966; 1975; Weinberger, 2007). Dabei realisiert eine professionell trainierte Person in einer helfenden Beziehung zu einem Kind diese drei therapeutischen Grundhaltungen:

- Echtheit, Unverfälschtheit, Transparenz als „enge(r) Entsprechung oder Kongruenz zwischen dem körperlichen Erleben, den Bewusstseinsinhalten und den Mitteilungen an den Klienten“ durch den Helfer (Rogers, 1978, S. 20);
- Akzeptieren, Anteilnahme, Wertschätzung des Kindes;
- Empathisches, einführendes Verstehen des Kindes, d.h. dass die helfende Person die Gefühle und persönlichen Bedeutungsgehalte, die von dem Kind im Spiel erfahren werden, genau spürt und dieses Verständnis dem Kind gegenüber auf verbale, paraverbale oder aktionale Weise kommuniziert.

Im Gegensatz zur Psychotherapie mit erwachsenen Klienten sind diese drei Grundhaltungen zwar notwendig aber nicht hinreichend in der Arbeit mit Kindern. Sie sind durch weitere Kompetenzen zu ergänzen, wie die Bereitschaft zum Mitspielen, die Herstellung eines kindangemessenen Angebotes in Form von Spielmaterialien, das Sich-Einbringen des Helfers in das Spiel des Kindes und weitere, auf das Kind zugeschnittene Hilfen. Dieses Spieltherapiekonzept geht von der Annahme aus, dass es bei hinreichender, kontrollierter Verwirklichung dieser Haltungen und Kompetenzen der helfenden Person zu Erlebens- und Verhaltensänderungen des kindlichen Klienten kommen wird (Landreth, 2002). Diese Änderungen sollen teilweise äußerlich beobachtbar und damit registrierbar sein, sich vor allem in einer veränderten Wahrnehmung und Einstellung des Kindes manifestieren, die wiederum von der Ausgangslage und Lerngeschichte des Kindes abhängt. In der Sprache der Humanistischen Psychologie wird das Ziel angestrebt, neue Verhaltens- und Erlebensmöglichkeiten und damit Selbsterfah-

rungen aufzusuchen, zu erschließen und bewusst zu symbolisieren und damit das Kind zu vermehrter Anpassung an die eigenen Möglichkeiten im sozialen Kontext zu führen.

Der Weg einer Spieltherapie führt über definierbare Prozesse, über deren Verlauf und sprachliche Etikettierung in der Fachliteratur noch wenig Einigkeit erzielt worden ist. Ich habe den Versuch unternommen (Goetze, 2002), wichtige Prozessstadien der Spieltherapie im Einklang mit dem Ausgangsmodell zu beschreiben und in Ansätzen empirisch zu verifizieren, wobei es mir nicht auf die vielleicht strittigen Bezeichnungen ankommt, sondern darauf, dass während dieser Phasen neue Qualitäten des Spiels, der Symbolisierung und der Beziehung erkennbar werden. Danach lassen sich als Prozessstadien unterscheiden:

- ein *non-personales Stadium*,
- ein *non-direktives Stadium*,
- ein *klientenzentriertes Stadium* und
- ein *personenzentriertes Stadium*.

Ich habe an anderer Stelle diese Stadien detaillierter beschrieben (s. dazu Goetze, 2002) und an einem Fallbeispiel mit Hilfe einer faktorenanalytischen T-Analyse nachweisen können, dass sich das zweite und dritte Stadium empirisch auch verifizieren lassen (Goetze, 1989).

Von zentraler Bedeutung sind Spielraum und Spielmaterialien. Der Spielraum sollte so gestaltet sein, dass eine Verletzungsgefahr praktisch nicht besteht. Dies bezieht sich natürlich auch auf die eingebrachten Materialien. Die Materialien lassen sich fünf Kategorien zuordnen: familienbezogen, aggressionsbezogen, ausdrucksbezogen, mehrzweckbezogen, sozialbezogen. Es wird also eine große Variationsbreite an Spielsachen eingebracht, allerdings bleiben elektronische Spielsachen ausgeschlossen, denn es kommt auf den kreativen Ausdruck von Gefühlen an.

An dieser Stelle möchte ich es mir versagen, weitere Details zum Konzept und zur Umsetzung (wie Zielgruppenarbeit, Medienbeschreibung) aufzuführen, da diese hinreichend in der Fachliteratur beschrieben sind (Axline, 2002; Goetze, 2002; Landreth, 2002; Weinberger, 2007).

Ich möchte dennoch drei Aspekte gesondert herausstellen, die die therapeutische Arbeit mit Kindern so brisant machen und in der Literatur bisher eher marginal behandelt worden sind:

- *Grenzsetzungen*,
- *Aufdeckung der Spielthemen und Spielsymbolik*,
- *Einbeziehung von Bezugspersonen*

Zum Grenzsetzen

Das Grenzsetzen stellt sich als eine der entscheidenden Interventionen in einer Spieltherapie dar und ist in der Literatur bisher eher kontrovers diskutiert worden. Konzeptgemäß besteht offensichtlich eine Diskrepanz zwischen einerseits der Permissivität

und andererseits den zu ziehenden Grenzen. Grenzensetzen bedeutet nicht, dass das Kind als Person nicht akzeptiert würde, vielmehr wird die Akzeptanz des Therapeuten auch in kritischen Situationen vorhanden sein – auch wenn eigene Emotionen lebendig werden und Berufsanfänger Ängste entwickeln, die Situation möglicherweise nicht kontrollieren zu können. Tatsächlich geht es darum, dass das Kind Gefühle entwickelt und diese auf eine unproduktive Weise zum Ausdruck bringt. Der Dreh- und Angelpunkt ist also, dass alle Gefühle ausgedrückt werden dürfen wie auch Gedanken, Träume, Bedürfnisse, Wünsche, Haltungen, dass dies aber auf eher symbolische Weise umgesetzt werden soll. Man muss sich dabei vergegenwärtigen, dass die meisten Kinder deshalb einer Beratung vorgestellt werden, weil sie „draußen“ Probleme mit Regeln und Grenzen haben, die sie dauerhaft in Schwierigkeiten bringen. Die Situation, dass ein Kind eine Grenze verletzen möchte, ist therapeutisch also deshalb hoch willkommen, weil wir uns vermutlich einem Zentralthema des Kindes nähern.

Aber um welche Grenzsituationen geht es eigentlich? Grenzen lassen sich nach meiner Auffassung den folgenden fünf Kategorien zuordnen:

- Absolute Grenzen (gesundheitliche Gefährdungen)
- Klinische Grenzen (auf den Fall bezogen)
- Praktische Grenzen (auf die Ordnung und die Reinhaltung des Spielzimmers bezogen),
- Persönliche Grenzen (über das Toleranzniveau des Therapeuten hinausgehende Verhaltensweisen des Kindes),
- Verletzung sozialer Standards (zum Beispiel in das Spielzimmer urinieren).

Diese eben genannten Grenzen werden bekannt gemacht, wenn diese verletzt werden, oder drohen verletzt zu werden. Es gibt generell zwei Möglichkeiten der therapeutischen Bearbeitung einer Grenzverletzung:

- 1) *Hinweis auf die Begrenzung*
- 2) *Reflektieren des Wunsches nach bzw. der Tatsache einer Grenzverletzung*
- 3) *Alternativen benennen*
- 3) *Entscheidung des Kindes einfordern*
- 4) *Durchsetzen der vom Kind getroffenen Entscheidung*

oder

- 1) *Gefühle des Kindes akzeptieren*
- 2) *Grenze mitteilen*
- 3) *Alternativen benennen*
- 3) *Entscheidung des Kindes einfordern*
- 4) *Durchsetzen der vom Kind getroffenen Entscheidung*

Dabei möchte ich auf zwei Besonderheiten hinweisen, die für die Spieltherapie entscheidend sind:

- Was immer das Kind an unakzeptablen Verhaltensplänen umzusetzen gedenkt, sein dahinter stehendes Gefühl wird

voll akzeptiert. Dieser Aspekt setzt einen Gegenakzent zum üblichen Vorgehen bei Regelverletzungen durch viele Pädagogen, die ein Verbot aussprechen und an die Einsicht des Kindes appellieren – aber seine Gefühle völlig ignorieren. Das Spieltherapiekind macht bei mir eine manchmal neue Erfahrung, dass seine Gefühlsintention verstanden wird. In manchen Fällen führt das Verstandenwerden das Kind dazu, die Grenze nicht mehr verletzen zu wollen.

- In der Therapiesituation wird das Kind also nicht mit Verboten konfrontiert, sondern dazu aufgerufen, zwischen Alternativen zu entscheiden; anschließend wird es dazu veranlasst, seine Wahlentscheidung in die Tat umzusetzen. Auch hier spielt seine Erfahrung hinein, sonst bei seinen Regelübertretungen praktisch keine Wahl zu haben, sich vielmehr Anordnungen unterwerfen zu müssen, wenn es sich nicht auf einen Machtkampf einlassen sollte. Man könnte hier fragen, welche Ziele mit einem solchen Vorgehen verfolgt werden: Kommandos befolgen lernen? Fremdgesteuert zu handeln lernen? In der Spieltherapie dagegen verfolgen wir das Ziel, die Selbstbestimmung des Kindes auch in emotional aufgeladenen Situationen zu stärken, indem wir ihm Alternativen anbieten, aus denen es aussuchen kann; allerdings ist dann der nächste Schritt, der gewählten Alternative gemäß zu handeln. Nach meiner Erfahrung gibt es kaum Kinder, die sich dieser zwingenden Logik entziehen.

Mir ist der Aspekt des Grenzensetzens an dieser Stelle deshalb so wichtig, weil an dieser Stelle häufig der Grund der Vorstellung eines Kindes in einer Beratungsstelle die Bearbeitung fokussiert wird; unser spieltherapeutischer Umgang mit Grenzverletzungen birgt damit auch eine Menge an Generalisierungspotenzial.

Identifizierung der Spielsymbolik und Aufdeckung von Spielthemen

Ich meine, dass Spielsymbolik und Spielthemen des Therapiekindes in der bisherigen Diskussion und Vermittlung eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Dabei spricht das Kind durch die von ihm ausgewählten Spielmaterialien und Spielprozesse in seiner Sprache und kommuniziert in verschlüsselter Form seine bisher unverarbeiteten Erfahrungen, ohne sich dessen unbedingt bewusst zu sein.

Die Beschäftigung mit seiner Spielsymbolik wird spätestens dann notwendig, wenn es Sandbilder im trockenen bzw. feuchten Sandkasten hergestellt hat. Man würde wertvolles therapeutisches Material verschleudern, würde man sich ihm nicht gezielt zuwenden und mit dem Kind bearbeiten.

Symbole sind bekanntlich sichtbare Zeichen einer unsichtbaren Welt und verbinden Unbewusstes mit Bewusstem, sie haben demnach eine Brückenfunktion, sind in dem Sinn überdeterminiert, als sie mehrere Bedeutungen haben und immer auch meh-

rere Bedeutungsschichten enthalten; sie enthalten polare, oft paradoxe, positive/negative Aspekte, so dass es nicht leicht wird, stets auch die andere, versteckte Symbolseite zu betrachten. Kinder sind der Symbolsprache viel näher als Erwachsene, sie wählen für ihr Spiel spontan das Symbol aus, das ihrer Spielintention entspricht, woraus sich eine qualitativ variable größere Materialauswahl ergibt. Therapeutisch geht es mir nicht um eine Symboldeutung dem Kind gegenüber, während ich selbst intern nach ihnen suche, um mein Verstehen zu steigern; das Kind andererseits versteht selbst die Bedeutung, weshalb es auch nicht nötig ist, dass ich ihm dazu ver helfe. Mein Ziel ist es also, die individuelle Bedeutung zu verstehen und therapeutisch zu nutzen, wobei ich zugeben muss, dass ich nicht alle Symbole gleich verstehen kann. Ich werde im weiteren Spielverlauf jedoch auf die vom Kind verwendeten Symbole und Metaphern zurück kommen und damit dem Kind auf eine Weise begegnen, dass es den Eindruck bekommt: *Er weiß, was ich fühle und denke.*

Im Zusammenhang mit den Spielsymbolen steht die Erkenntnis der vom Kind während der Spieltherapie aktualisierten Spielthemen.

Zu definieren, ob ein Spielthema tangiert wird, ist deshalb nicht so einfach, weil bestimmte Kriterien erfüllt sein müssen. Eine Spielverhaltensweise stellt noch kein Spielthema dar, denn ein Spielverhalten kann sehr unterschiedliche Bedeutungen haben; ebenso wenig sind Spielthemen Persönlichkeitsmerkmale oder psychologische Konstrukte wie Aggressivität oder Ängstlichkeit.

Ein Spielthema ist hingegen eine kohärente Metapher, mit der das Kind seine Erfahrungen oder Probleme wiederholt kommuniziert, es betrifft interne Kommunikationen und Einstellungen des Kindes, die es auf verbal-bewusster Ebene nicht ausdrücken kann. Die vier Merkmale, die ein Spielthema ausmachen, sind:

- Repetition: Wiederholung von Spielhandlungen innerhalb einer Sitzung oder über mehrere Sitzungen hinweg,
- Intensität: größerer Energieaufwand des Kindes beim Spielen,
- Spielkontext: aktives Herstellen einer Spielumgebung durch das Kind,
- Außenkontext: Offenbarwerden einer Beziehung des Spiels zur Außenwelt des Kindes.

Spielthemen entwickeln sich eher langsam, als ob sich das Kind erst herantasten muss, um seine angemessenen Ausdrucksmöglichkeiten zu finden; ein Thema wird aktualisiert, tritt in den Hintergrund, um von einem anderen Thema überlagert zu werden, um anschließend wieder aktualisiert zu werden. Die Entwicklungen sind also keineswegs geradlinig.

Mit derart definierten Spielthemen umzugehen, erfordert eine fortgeschrittene Kompetenz, die von Berufsanfängern noch nicht zu erwarten ist. Es handelt sich schon deshalb um eine höhere Kompetenz, weil die eigene Analyse eines Themas als Selbstge-

spräch des Therapeuten nicht vom Spielgeschehen ablenken und möglicherweise die Beziehung zum Kind stören darf. Wenn man sich jedoch auf die Identifizierung von Themen eingelassen hat, bieten sich auf mindestens vier Ebenen Vorteile:

- Die subjektive Bedeutung der Spielhandlungen ist besser zu verstehen.
- Es kann anders reflektiert werden, indem Sprache und Bilder des Kindes integriert werden. Das Reflektieren findet damit auf tieferer Ebene statt, wodurch vertiefte Akzeptanz demonstriert wird. Das Kind fühlt sich besser verstanden.
- Entwicklungen der Spielthemen über die Spielsitzungen können klarer analysiert werden.
- Gespräche mit den Eltern können mit zentralen Inhalten gefüllt werden. Da wir nie konkrete Spielinhalte an die Eltern vermitteln werden (Konsequenz des Schweigebotes; obwohl sie entsprechende Bedürfnisse oft mit Nachdruck äußern), müssen wir eine relevante Gesprächsebene aufsuchen, die legitim ist: Spielthemen können in das Gespräch einfließen, so dass den Eltern hier eine Gelegenheit geboten wird, das eigene Kind besser zu verstehen. Man kann die Spielthemen-Entwicklung aufzeigen, die damit einher gegangenen Gefühle diskutieren und nach Außenanalogien fragen.

Ich betone, dass es sich um eine hohe Kompetenz handelt, deren Beherrschung jedoch eine Spieltherapie ungemein bereichern kann.

Einbeziehung von Bezugspersonen

Wir wissen seit Anna Freud (1995), dass die elterliche Einbindung einen großen Vorteil darstellt. Allerdings hat sich dieser Gedanke in der Zeit der non-direktiven Spieltherapie etwas verloren, als würden die Eltern den Therapieprozess eher hemmen als befördern. Mit dem Aufkommen (familien-)systemischen Denkens hat ein deutliches Umdenken stattgefunden, man weiß heute, dass eine Spieltherapie ohne Einbezug der Bezugspersonen wenig hilfreich sein kann.

Formal sind Eltern

- vor Therapiebeginn,
 - in regelmäßigen Abständen während der Therapie und
 - am Ende einzuladen,
- um die jeweils anstehenden Gesprächsgegenstände anzugehen. Inhaltlich kann, wie im vorangegangenen Abschnitt vorgeschlagen, die Spielthemen-Entwicklung erörtert werden. Besondere Vorsicht ist vom klientenzentrierten Standpunkt her geboten, den Bitten um Erziehungsratschläge nachzukommen, da Eltern nicht lernen sollen, sich in ihrem Handeln von einer Fachperson abhängig zu machen, sondern Selbststeuerung auch in sie belastenden Situationen entfalten lernen sollen. Eltern benötigen keine Ratschläge, sondern eine Steigerung ihrer Erziehungs kompetenz. In Kontext der Spieltherapie kann eine Kompetenzsteigerung optimalerweise im Rahmen einer Filialtherapie stattfinden.

Die Filialtherapie stellt für den deutschsprachigen Bereich immer noch ein innovatives Verfahren dar, das trotz seiner nunmehr mehr als vierzigjährigen Vorgeschichte hier zu Lande (Goetze & Jaede, 1974; Goetze, 2002) – relativ unbekannt geblieben ist, weshalb ich es hier besonders herausstellen möchte. Das allgemeine Ziel ist es, Eltern filialtherapeutisch in die Lage zu versetzen, Beziehungsverhältnisse zu verbessern und Interaktionsprobleme mit den eigenen, auch behinderten Kindern unter Zuhilfenahme gemeinsamen Spielens einer Lösung zuzuführen. Bekanntlich fühlen sich viele Eltern bzw. Elternteile mit auftretenden Erziehungsproblemen allein gelassen; denn die Schwelle zu Beratungsinstanzen erscheint vielen zu hoch, eine Therapie für sich oder das eigene Kind wird gar nicht erst in Erwägung gezogen. Gerade für solche Problemlagen kann die Filialtherapie eine Methode der Wahl sein, weil dem involvierten Elternteil maximale Kontrolle über die Beeinflussungssituation bei minimaler Außenlenkung durch eine Expertenperson zugebilligt wird. Die Filialtherapie wird bei Kindern zwischen drei und zwölf Jahren angewendet, indem *Eltern bzw. nahe Bezugspersonen des Kindes in kleinen Gruppen oder auch einzeln im Sinne des Personzentrierten Ansatzes trainiert werden, um nach einem Vortraining unter Supervision selbstständig Spielstunden im eigenen Hause durchzuführen* (VanFleet, 2005; Guernsey, 1964; Landreth & Bratton, 2006).

Methodisch ist die Filialtherapie in der Weise aufgebaut, dass zunächst innerhalb eines strukturierten Trainingskurses unter Einsatz verschiedener Vermittlungsmedien die Basisvariablen der Spieltherapie mit den Eltern eingeübt werden; in einer sich anschließenden Phase realisieren die Bezugspersonen des Kindes die erworbenen Kompetenzen in einer besonders ausgewiesenen Spielzeit mit ihrem Kind. Die *Kompetenzen*, die vor Spielbeginn in einem Training durch den supervidierenden Spieltherapeuten zu vermitteln sind, betreffen das Orientieren, das (aktive) Zuhören, das Mitspielen und das Grenzsetzen (VanFleet, 2005; Goetze, 2012).

Damit möchte ich meine skizzenhaften Bemerkungen zu meinen derzeitigen Auffassungen über die Intervention Personzentrierte *Spieltherapie* abschließen und im folgenden Absatz Gedanken zu einem aus meiner Sicht sinnvollen Curricula bzw. Lerninhalte für eine Weiterbildung in Personzentrierter Spieltherapie formulieren.

Ein zentraler Aspekt ist für mich die Vermittlung von Rogers Basiskompetenzen, weitere Inhalte zu Beginn einer Weiterbildung sind für mich die Axline'schen Spieltherapieprinzipien, die Spielzimmerausstattung und die Spielmaterialien. Ich halte auch eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Was ist Kinderspiel?“, Bedeutung von Spielmerkmalen allgemein und Spielmerkmalen in ihrer Bedeutung für die Spieltherapie für wichtig. Ein Schwerpunktthema sollte meiner Meinung nach die Arbeit mit den Bezugspersonen bilden und das Thema Erstkontakt mit Kind und Eltern sowie das therapeutische Sprachverhalten,

das Reflektieren. Als nächstes wichtiges Thema sollten aus meiner Sicht Grenzsetzungen in der Spieltherapie eingeübt werden. Ein weiteres Schwerpunktthema sollte das Thema Puppen- und Rollenspiel bilden, verbunden mit einem Kompetenztraining der Teilnehmer zu diesem Thema. Wichtig für mich ist auch die videogestützte Supervision künftiger Spieltherapeuten und der Einsatz von Narrativen, die Teilnehmer sollen für das eigene Spielkind eine Metaphergeschichte schreiben. Ein weiterer Ausbildungsteil sollte das Thema Gruppentherapie, begleitet von einem Kompetenztraining zu spieltherapeutischen Umgang mit Kindergruppen beinhalten. Unverzichtbares inhaltliches Thema sind für mich Bindungsstörungen und sexueller Missbrauch. Schließlich halte ich das oben skizzierte Thema Filialtherapie für wichtig sowie störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Spieltherapie (Füssner et al., 2012; Fröhlich-Gildhoff et al., 2012, Hüsson et al., 2012; Jürgens-Jahnert et al., 2012)

Meine Hoffnungen und Wünsche

Mit diesem Beitrag habe ich den Versuch unternommen, meinen Lebensweg zur Spieltherapie nachzuzeichnen und meine derzeitigen Auffassungen zur Spieltherapie dazustellen. Aktuell bewegt mich nach wie vor diese grundsätzliche Frage: Wie ist es zu erklären, dass die Humanistische Psychologie nach ihrer Blütezeit vor vierzig Jahren so in den Hintergrund getreten und für die nachgewachsene Psychologengeneration so unbekannt ist? Eine mögliche Antwort könnte mit einem neuen gesellschaftlichen Zeitgeist zusammenhängen, der durch Stichworte wie Konkurrenzdruck, Sozialneid, Therapieanerkennung, persönliche Durchsetzung etc. gekennzeichnet werden kann. Die der Spieltherapie zugrunde liegende Philosophie stellt sich diesem Zeitgeist mit den ihr zur Gebote stehenden Mitteln entgegen. Sie hat ihre Wurzeln in der Humanistischen Psychologie, v.a. in der Psychologie von Carl Rogers mit dem zentralen Postulat der Selbstaktualisierungstendenz, mit der jüngere Psychologieabsolventen nur noch wenig anzufangen wissen. In der universitären Lehre verkommt dieser zutiefst menschenbezogene philosophische Ansatz zur Devise wie: „Sei nett zum Klienten, sonst macht er nicht bei den Ratschlägen, Trainings und Übungen mit, die du dir für ihn ausgedacht hast.“ So werden die drei Grundvariablen des Personzentrierten Ansatz aus dem Zusammenhang gerissen und missverstanden.

Der zeitgeschichtliche Pendelschlag der Klinischen Psychologie führte zu einem Menschenbild, das einem kausalen naturwissenschaftlichen Denken verpflichtet ist; Neurowissenschaften wie Hirnforschung und neue Technologien beherrschen das fachliche Denken. Die Erkenntnisse der Humanistischen Psychologie sind darin nicht wiederzufinden und wollen sich da auch nicht recht einordnen lassen. Fast will es mir scheinen, als müssten wir noch ein Stück weiter durch ein dunkles Tal der Tränen von Un-

wissenheit und Ignoranz gehen, bevor wir auf Bewährtes zurückgreifen, was humanistische Psychologen der siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts so kreativ hervorgebracht haben. Wenn man manch jüngeren Kollegen heute darüber berichtet, mit welcher Offenheit seinerzeit gedacht wurde, stößt man auf Unglauben und Skepsis, gepaart mit einer gewissen Neugier. Vor vierzig Jahren gab es auf gesellschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Ebene eine nie wieder erreichte Experimentierfreudigkeit, die zu vielen, mitunter auch unberechtigten Hoffnungen auf Veränderung Anlass gab. Da gab es Blühträume eines *New Age*, die menschlichen Potenziale kompromisslos zur höchsten Entfaltung zu bringen. Wege dahin waren Encountergruppen, Sensitivity Trainings, Themenzentrierte Interaktion, Erhart-Training etc., Begrifflichkeiten und Ansätze, mit denen heute kaum noch jemand aus der nachgewachsenen Psychologengeneration etwas anzufangen weiß. Es bleibt der wissenschaftshistorischen Analyse überlassen herauszufinden, wie es zu einer Abwendung von der *Human-Potential-Bewegung* gekommen ist; sicherlich haben Extremvarianten und hedonistische Auswüchse bis hin zur Propagierung von Drogenkonsum (in abschreckender Weise erlebte ich einmal einen voll gedröhnten Timothy Leary als Vortragenden auf einem Kongress) ihre verheerende Wirkung entfaltet. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass ein Momentum erreicht war, das das Pendel wie bei einer Standuhr in die entgegengesetzte Richtung ausschlagen ließ – was sich übrigens häufiger in der Geschichte der Psychologie ereignet hat. Dieser andere Zeitgeist bringt nun andere Werte hervor, die sich an elektronischen Medien, am Internet, an einer unverbundenen Informationsfülle und Medikamententherapie orientieren, denen die Mitte, die Person mit ihren unverwechselbaren Potenzialen mehr und mehr verloren zu gehen scheint. Diesem neuen Zeitgeist folgend präsentieren sich im klinisch-psychologischen Arbeitsfeld Verhaltenstherapie, Neuropsychologie und medikamentöse Therapie als Königswege. Ihre Dominanz wird gegenwärtig auf sämtlichen Ebenen der therapeutischen Praxis, Ausbildung und Forschung deutlich. Lehrstühle an Universitäten werden mit Fachleuten besetzt, welche die Humanistische Psychologie nicht zu ihrem zentralen Interessengegenstand zählen. Auf der Ebene der Forschungsförderung richtet sich die scharfe Waffe der Vergabe ökonomischer Ressourcen auf diese Bereiche und damit gegen Forschungsintentionen der Humanistischen Psychologie. So hat mein Vorhaben *Filialtherapie* von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (unter dem Az. GO 485/7-1) eine Ablehnung mit der Begründung erfahren, dass in der Literatur bisher keine Effektstärken von Filialtherapien berichtet worden seien – was übrigens ein Licht auf die Unwissenheit der Gutachter wirft – und weiterhin, dass die geringe statistische Power aufgrund geringer Stichprobengrößen aussagekräftige Ergebnisse nicht zuließe – man erwartet anscheinend filialtherapeutische Kontrollgruppenversuche mit 100 vergleichbaren Müttern –, weiterhin, dass keinerlei Spezifika der Filialtherapie untersucht würden – ein ‚Totschlagsargument‘ gegen die Förderung innovativer Verfahren, bei denen doch beschei-

dene erste Schritte in Richtung auf Effektivitätserkundung erst einmal versucht sein wollen. Mein weiterer Antrag auf Förderung des Vorhabens unter dem Titel „Entwicklung und Erprobung eines spieltherapeutisch orientierten Tutorenprogramms für Förderschüler“ – es handelte sich um einen filialtherapeutischen Versuch mit Förderschülern (Goetze, 2007) – ist von der DFG ebenfalls negativ beschieden worden, dieses Mal mit anderer Begründung: Das Projekt fiel nicht in den Aufgabenbereich der DFG, denn „eine potentiell erkenntnisgenerierende Forschungsfrage ..., ist damit nicht gestellt“, heißt es im Ablehnungsschreiben.

So bleibt der Blick auf den Bekanntheitsgrad, die Verbreitung der Spieltherapie und der Filialtherapie sowie die Möglichkeit, sie zu beforschen, eher ernüchternd. In theoretischer wie praktischer Hinsicht stellen sich weiterhin noch viele Fragen, die – trotz der umfangreichen Forschungsergebnisse des Hamburger Kollegen Stefan Schmidtchen (Schmidtchen, 1978, 2001) und der Metaanalysen von Bratton und Kollegen (2005) und systematischen Reviews von Hölldampf und Behr (2009, 2010, 2011) – fundierte empirische Antworten weiterhin erforderlich machen, uns steht derzeit ja nur wenig empirisch gesichertes Bedingungs- und Änderungswissen zur Verfügung, so ganz klar ist noch nicht ausgemacht, warum Spieltherapien so effektiv sind, und so sind wir derzeit noch weithin darauf angewiesen, auf gemachte Erfahrungen und manchmal auch auf die eigene Intuition zurückzugreifen, wenn uns die Fachwissenschaft noch im Stich lässt.

Ich wende mich abschließend an die jüngeren Interessentinnen und Interessenten, die sich ein Gefühl für die verloren gegangenen Werte der Humanistischen Psychologie und des Rogers-Ansatzes bewahrt haben, die dem gegenwärtigen Zeitgeist zum Trotz die Würde, die Entfaltungskraft, das Urvertrauen in ein gesundes Wachstum und das Elementare der menschlichen Selbstaktualisierungstendenz weiterhin für zentral halten. Meine ziemlich pessimistische Rückschau auf die letzten zwanzig Jahre sollte Sie nicht dazu veranlassen, in Ihren Anstrengungen nachzulassen, den Wert der Spieltherapie deutlich nach außen zu tragen. In der Spieltherapie kommt zusammen, was in der Arbeit mit Kindern menschliche Vernunft und menschliches Gefühl zusammen gehören lässt. Wie sich gezeigt hat, stellen sich die Prinzipien der Spieltherapie insgesamt als nicht sehr kompliziert dar, sie sind von verschiedener Seite, zuerst von Virginia Axline, klar und verständlich beschrieben worden, und auch die Herstellung des äußeren Rahmens birgt keinerlei Geheimnisse. Probleme treten erst dann auf, wenn diese Prinzipien mit Leben erfüllt und in den Praxen bei schwer belasteten Kindern umgesetzt werden sollen. Allerdings könnten manche Fallbeschreibungen vielleicht auch den irrigen Eindruck erwecken, dass die Durchführung einer Spieltherapie doch ziemlich problemlos, einigermaßen zügig und glatt über die Bühne geht. Unterstützt wird eine solche Fehleinschätzung vielleicht auch durch die Lehrtexte meiner auslän-

dischen Kollegen, deren Therapiebeschreibungen sich als recht reibungslos darstellen. (Misserfolge werden nun einmal nicht publiziert.) Dass die Dinge dann doch nicht immer so geschehen wie geplant, damit ist zu rechnen. Wer dieser Gefahr durch Planung und Vorstrukturierung entgegen zu steuern versucht, wird schnell mit der zutiefst humanistischen Einsicht konfrontiert, dass dabei die Betroffenen leicht „auf der Strecke bleiben“; der andere Pol der emotionalen Überfrachtung und des non-direktiven Fließlassens wird auch kaum weiterhelfen, geraten doch allzu leicht therapeutische Distanz und Therapieziele aus dem Blickfeld. Hier eine Balance zu finden, ist eine nicht einfach zu bewältigende Herausforderung.

Ich bin mir sicher, dass sich schon in naher Zukunft vermehrte Nachfragen nach Spieltherapien einstellen werden, da ihre Vorzüge und ihre hohe Effektivität nicht von der Hand zu weisen sind. Berufsanfänger dürfen sich beim Start nicht irritieren lassen: Die manchmal auftauchende labile Unsicherheit zu Beginn einer Spieltherapie weicht allmählich der Einsicht, für das Kind etwas Nützliches zu praktizieren, womit die Aktivierung der kindlichen Ressourcen angesprochen ist. Nur selten führen anfängliche Probleme zur Aufgabe des ganzen Spieltherapievorbahens, im Gegenteil: Gerade die Misserfolge haben mich immer angespornt, nach anderen Wegen zu suchen und einfach „besser“ zu werden.

Ich bin optimistisch, dass sich das Blatt bezüglich der Verbreitung des Rogers-Ansatzes und der Spieltherapie in den deutschsprachigen Ländern wenden wird und dass sich Kolleginnen und Kollegen finden werden, die sich auf das spannende Abenteuer, Spieltherapien durchzuführen, einlassen werden. Meine Hoffnung ruht also auf der nachwachsenden Generation von Psychologinnen und Psychologen und auf Personen aus anderen

therapienahen Berufen, die den Wert des Ansatzes spontan erkennen und sich an die mühselige Umsetzungsarbeit machen, um andere Akzente in der eigenen Arbeit zu setzen, als verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Therapien versprechen können. Von Ihnen wünsche ich mir, dass Sie die vorhandenen Konzepte nicht kritiklos übernehmen, sondern diese überdenken und mit neuen Ideen beflügeln. Konkret möchte ich in diesem Zusammenhang auf die oben skizzierten Fragen aus dem „Innenbereich“ zurück verweisen, die weiterhin gültige Antworten erforderlich machen:

- der Umgang mit Grenzen in der Spieltherapie,
- die Bedeutung von Spielsymbolik und Spielthemen und deren Beziehung zum Vorstellungsproblem des Kindes,
- die weitere Entwicklung und Etablierung der Filialtherapie.

Ich wünsche mir, dass dazu und zu anderen zentralen Fragen fundierte empirische Forschung stattfinden möge, zu der ich kaum noch beitragen kann.

Ich habe selbst einige persönliche Hürden nehmen müssen, um zu meinen zutiefst positiven Überzeugungen zu finden, was den Rogers-Ansatz betrifft. Diese Basis hat mich dazu geführt, das Verfahren jahrelang selbst zu praktizieren, in die Universitätsausbildung einzubringen und es in Aus- und Weiterbildungen zu vermitteln. Bei manchmal aufgetretener Skepsis und dann wieder aufkommender Hoffnung in die Zukunft habe ich nie aus dem Auge verloren, welcher Schatz an Einsichten und Erfahrungen mir von den Begründern der Spieltherapie und Filialtherapie durch persönliche Begegnungen zuteil geworden ist, mein großer Dank gilt meinen Anleitern Reinhard Tausch, Louise Guerney, dem Family Psychological Service Center in Colorado, Rise Van Fleet, und vor allem Sue Bratton und Garry Landreth.



Sue Bratton, Herbert Goetze, Garry Landreth (von links)

Literatur

- Axline, V. (1947). *Play therapy. The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton-Mifflin. Dt.: Axline, V. (2002) *Spieltherapie im nicht direktiven Verfahren*. München: Reinhardt (10. Aufl.).
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, Ch. (Hsrg.) (1996). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with Children: A Meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376- 390.
- Freud, A. (1995). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse* (7. neu gest. Aufl. 1995). München: Fischer.
- 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.
- Füßner, M., Döring, E., Steinhilber, H. & von Zülow, C. (2012). Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 13-31.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie*. München: Kindler.
- Goetze, H. (1989). Prozesse in der Personenzentrierten Spieltherapie. In W. Einsiedler & S. Martschinke (Hsrg.), *Kinderspiel und seelische Gesundheit - Bericht über das 4. Nürnberger Spielforschungssymposium* (S. 65 – 78). Nürnberg.
- Goetze, H. (2007). Schüler therapieren Schüler? B Ein spieltherapeutisch orientierter Versuch mit Abschlussklasslern und Schülern der Eingangsstufe einer Lernbehindertenschule. *Heilpädagogische Forschung*, XXXIII(3), 208 - 220.
- Goetze, H. (2012). *Eltern spielend helfen. Elterliche Ressourcen mit der Filialtherapie stärken*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Guernsey, B.G. (1964). Filial therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304- 310.
- Höldampf, D. & Behr, M. (2011). Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ein Review. In: C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hsrg.), *Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 365-394). Norderstedt: Books on Demand.
- Höldampf, D. & Behr, M. (2009). Wirksamkeit beziehungsorientierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf, D. Hüsön (Hsrg.). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen - Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S.315-335). Göttingen: Hogrefe.
- Höldampf, D., Behr, M. & Crawford, I. (2010). Effectiveness of Person-Centered and Experiential Psychotherapy: A Review of Outcome Studies. In M. Cooper, J. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-Centered and Experiential Therapies Work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices*. (pp. 26-45). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Hüsön, D., Döring, E. & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 59-70.
- 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), 32-45.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York: Brunner Routledge.
- Landreth, G. L. & Bratton S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) – A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Moustakas, C. (1953). *Children in play therapy*. New York: McGraw-Hill (reprint: New York: Harper & Row, 1974).
- Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children*. New York: McGraw-Hill (reprint: New York: Harper & Row, 1975).
- Moustakas, C. (Ed.) (1966). *The child's discovery of himself*. New York: Ballentine.
- Rogers, C. R. (1978). *Die Kraft des Guten*. München: Kindler.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderspieltherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1998). *Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person* (11. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- VanFleet, R. (2005). *Filial therapy: Strengthening parent- child relationships through play* (2nd ed.). Sarasota (FL): Professional Resource Press.
- Weinberger, S. (2007). *Kindern spielend helfen* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz-Juventa.

Prof. Dr. Herbert Goetze ist Lehrer, Sonderpädagoge, Diplompsychologe, war lange Zeit an diversen Universitäten als Professor für Verhaltensgestörtenpädagogik tätig und später als Professor für Sonderpädagogik an der Universität Potsdam, an der er zwischenzeitlich emeritiert ist, er lehrt nun in den USA an der Indiana University Northwest. Er war lange Zeit Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der GwG.

Kontakt: goetze@uni-potsdam.de