

Brigitte Pelinka

# Klientenzentrierte Kindertherapie - Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers

**Zusammenfassung:** *In Gesprächen mit Kolleginnen fällt mir immer wieder das Erstaunen darüber auf, dass die konsequente Einhaltung der Rogersvariablen in der Kindertherapie schnelle und anhaltende Veränderungen bei den Kindern bemerken lässt. Selbst unter ungünstigen Bedingungen scheint das bloße „mit den Kindern spielen“ Erstaunliches zu bewirken. Mein Interesse gilt zuerst einer Frage, die sich durch meine Erfahrung in der Arbeit mit Kindern aufgetan hat. Wie kann ich mir erklären, dass die Grundvariablen, die ich seit Jahren in der Erwachsenentherapie anwende, bei Kindern eine noch deutlichere Wirkung auf deren Entwicklungsprozess ausüben? Es schien lohnenswert, die Gründe dafür bei Rogers selbst zu suchen. Das Kernstück dieses Beitrags ist der Versuch, anhand der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie Hypothesen zu deren Relevanz in der Kindertherapie zu entwickeln.*

*Die Klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche hat eine ungefähr siebzig Jahre lange Geschichte. In dieser Zeit hat sich das Verständnis von Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie weiterentwickelt und die Kindertherapie hat auch von dieser Entwicklung profitiert. Die praktische Bedeutung dieser Entwicklung wird hier anhand des Konstruktes der „Interaktionsresonanz“ von Behr dargestellt.*

**Stichwörter:** *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Persönlichkeitstheorie, Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie, Geschichte der Klientenzentrierten Kindertherapie, Interaktion in der Klientenzentrierten Kindertherapie*

## Rogers Persönlichkeitstheorie und Hypothesen zu deren Relevanz in der Kindertherapie

### Die Grundausstattung des Menschen

Rogers (1959a, 48) setzt in seiner Persönlichkeitstheorie voraus, dass das Individuum in der frühen Kindheit die folgenden Eigenschaften besitzt:

- 1) Das Kind nimmt seine Erfahrung als Realität wahr; seine Erfahrung ist Realität. Das Kind lebt somit in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es selbst erschaffen hat.
- 2) Es besitzt somit ein potentiell größeres Gewahrsein seiner Realität als irgend jemand sonst, weil niemand seinen inneren Bezugsrahmen einnehmen kann.
- 3) Das Kind besitzt ein inhärentes Motivationssystem: die Tendenz zur Aktualisierung seines Organismus. Dies ist eine, dem Organismus als Ganzem innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten – dies jedoch nur in einer Richtung, nämlich so, dass der Organismus erhalten und weiterentwickelt wird. „Der innerste Kern der menschlichen Natur, die am tiefsten liegenden Schichten seiner Persönlichkeit, die Grundlage seiner animalischen Natur ist von Natur positiv, von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch.“ (Ebd. 99)
- 4) Es interagiert mit seiner Umgebung im Sinne dieser grundsätzlichen Aktualisierungstendenz.
- 5) Sein Verhalten ist der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der so wahrgenommenen Realität zu befriedigen.
- 6) In dieser Interaktion verhält sich das Kind als organisiertes Ganzes, als eine Gestalt.

- 7) Es ist in einen organismischen Bewertungsprozess eingebunden, der die Erfahrungen an der Aktualisierungstendenz misst (Aktualisierungstendenz als Regulationssystem). Erfahrungen, die als den Organismus erhaltend oder fördernd (befriedigend) wahrgenommen werden, werden positiv bewertet, solche, die die Erhaltung oder Förderung stören, (unbefriedigend) negativ.
- 8) Das Kind strebt nach den von ihm positiv bewerteten Erfahrungen und wendet sich von den negativ bewerteten ab.

Dieses Bild der Persönlichkeit ist die Grundlage für die anschließenden Hypothesen.

### Vorrang der Subjektivität

Rogers beschreibt, dass das Kind, wie alle Lebewesen, ein inhärentes Motivationssystem und ein Regulationssystem besitzt (den organismischen Bewertungsprozess), welches durch seine "Rückmeldungen" den Organismus auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse ausrichtet. Das Kind lebt somit in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es sozusagen selbst erschaffen hat. Realität ist also immer nur subjektiv und nie objektiv gegeben.

Das heisst, dass die Wahrnehmung der Umgebung diese selbst konstituiert, gleichgültig, in welchem Verhältnis diese zur "wirklichen" (objektiven) Wirklichkeit steht. Ein Kind kann z. B. von einer freundlichen, liebevollen Person aufgenommen werden. Wenn es jedoch diese Situation als fremd und furchterregend erlebt, dann ist es eben diese Wahrnehmung, die sein Verhalten bestimmt, und nicht die "Realität: freundliche, liebevolle Person".

Die Beziehung zur Umwelt ist sicherlich eine transaktionale; wenn die fortwährende Erfahrung der anfänglichen widerspricht, wird sich mit der Zeit die Wahrnehmung verändern, ähnlich wie die Beschreibung der RIGs<sup>1</sup> von Stern (1985). Rogers (1959a, 49) beschreibt jedoch weiter, "daß die wahrgenommene Realität, die für das Individuum eigentliche ist die sein Verhalten beeinflusst. Wir können von dieser Position aus theoretisch operieren, ohne die äußerst schwierige Frage nach der wirklichen Realität zu beantworten."

Hier wurde von Rogers eine erste wesentliche Relevanz für die Arbeit mit Kindern beschrieben. Für Kinder ist es selbstverständlich, dass ihre erlebte Realität ihr Verhalten bestimmt. Mogel (1996, 179) schreibt: „Das kindliche Spiel ist Wirklichkeit – und zwar in mehrfacher Hinsicht: Einmal ist das kindliche Spiel Gestaltung der Wirklichkeit, und zum anderen ist es Darstellung der Wirklichkeit gerade so, wie das Kind sie gegenwärtig erlebt, erfährt fühlt und interpretiert.“ Die Frage nach Objektivität stellt sich in der Kindertherapie,

zumindest bei jungen Kindern, nicht. Der Zugang zu ihrer unmittelbaren Wahrnehmungsebene ist somit mit weniger Hindernissen ausgestattet, als wir das in der Erwachsenentherapie gewöhnt sind.

### Die Entstehung des Selbst

Die Aktualisierungstendenz beim Menschen beinhaltet, dass ein Teil der Erfahrungen des Individuums in einem Gewahrsein des Seins und des Handelns symbolisiert wird. Diese Art von Gewahrsein wird als Selbsterfahrung bezeichnet. Nur durch zwischenmenschliche Interaktion (Mutter-Kind-Beziehung) kommt es dazu, dass die Selbsterfahrung sich zu einem gestalthaft zusammenhängenden Komplex, dem Selbstkonzept, entwickelt. Bewusstsein wird von Rogers als Symbolisierung eines Ausschnittes unserer Erfahrung bezeichnet. Er denkt hier normalerweise an die Symbolisierung durch menschliche Sprache. Es können aber auch die vorsprachlichen Formen des Selbstempfindens als Selbsterfahrung im Rogers'schen Sinn verstanden werden.

Besonders die Tatsache, dass die Symbolisierung durch die Sprache bei Kindern in einem wesentlich geringerem Ausmaß stattgefunden hat, als wir das bei Erwachsenen vorfinden, hat eine große Bedeutung in der Kindertherapie: Erstens haben wir hier zum Teil noch unbeschriebene Blätter, die wir mit verbalen Symbolisierungen füllen können. Das bedeutet, dass das Selbstkonzept der Kinder, je jünger sie sind, desto flexibler ist. Und zweitens ist der Zugang zu den präverbalen und nonverbalen organismischen (Selbst)Erfahrungen durch das Spiel (Hauptkommunikationsmittel in der Kindertherapie) kein kleines Türchen, sondern ein riesiges Tor, das uns offen steht.

### Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen

#### *Das Bedürfnis nach positiver Beachtung*

„Mit dem Gewahrsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach positiver Beachtung. Dieses Bedürfnis ist ein Wesenszug des Menschen. Es ist allgegenwärtig.“ (Rogers 1959a, 49) Neuere klientenzentrierte Theoretiker weisen darauf hin, dass dieses Bedürfnis nach positiver Beachtung neben der Aktualisierungstendenz als zweites Axiom zu betrachten ist (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1997, 90ff).

#### *Das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung*

Die Befriedigungen oder Versagungen des Bedürfnisses nach positiver Beachtung werden verknüpft mit einer bestimmten Selbsterfahrung. Sie werden schließlich vom Individuum unabhängig von konkreten Interaktionen mit einem anderen erlebt. Derartig erlebte positive Beachtung beschreibt Rogers als positive Selbstbeachtung. Aus solchem Erleben entwickelt sich das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung.

1 Representations of interactions generalized.

### Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen

Die (Selbst)Erfahrungen des Kindes werden von den Bezugspersonen praktisch immer selektiv bewertet, in ähnlicher Weise entwickelt sich auch die Selbstbewertung selektiv. Wenn somit Selbsterfahrungen allein deshalb von der Person gemieden oder anerkannt werden, weil sie mehr oder weniger für die Selbstbeachtung relevant sind, dann hat sich in dieser Person eine Bewertungsbedingung entwickelt. Etwas weniger theoretisch ausgedrückt: Das Kind benötigt positive Beachtung. Durch die Art und Weise, wie das Kind behandelt wird, d. h. wie die Mutter auf sein Verhalten reagiert, erfährt das Kind Folgendes: „Mein Verhalten wird abgelehnt, also werde ich insgesamt abgelehnt.“ Das Bedürfnis nach positiver Beachtung ist jedoch so stark, dass schließlich sein Verhalten nicht nur mehr von organismischen Bedürfnissen gesteuert wird, sondern von der Wahrscheinlichkeit, durch sein Verhalten mütterliche Liebe zu erhalten. Das Kind lernt sich in gleicher Weise zu sehen, wie seine Bezugsperson: Es mag sich oder es lehnt sich ab. Das bedeutet, dass eigene Verhaltensweisen als positiv erachtet werden, die nicht wirklich als organismisch befriedigend erlebt werden. Es lebt nach „introjizierten Bewertungen“.

Für die therapeutische Arbeit mit Kindern bedeutet das: Therapie muss unter anderem im Leben des Kindes eine Balance zwischen den organismischen Bedürfnissen und deren Bewertungen und den „introjizierten Bewertungen“ herstellen. Im Gegensatz zur Erwachsenentherapie gibt es in der therapeutischen Arbeit mit Kindern in der Regel die Möglichkeit, nicht nur mit dem Individuum, das diese Balance in sich herstellen muss zu arbeiten, sondern auch die Personen zur Hand zu haben, die nicht in der Lage sind, das Kind positiv bedingungslos zu beachten. Es gibt einen doppelten Zugang. Wenn wir auch hier häufig die Erfahrung machen müssen, dass die Bezugspersonen nicht in dem Ausmaß zugänglich sind, wie wir uns das wünschen, so ist jedoch nicht zu unterschätzen, dass bedingungslose Wertschätzung der Eltern (diese werden schon durch die Tatsache, dass ihr Kind diese Form der Behandlung erfährt, wertgeschätzt) durch den Therapeuten etwas bewegen kann.

### Das Entstehen von Inkongruenz und Kongruenz

Wegen des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv, d. h. den Bewertungsbedingungen entsprechend, wahr. Erfahrungen, die in Übereinstimmung mit den Bewertungsbedingungen sind, werden korrekt im Gewahrsein symbolisiert; Erfahrungen die den Bewertungsbedingungen widersprechen, werden selektiv wahrgenommen und verzerrt symbolisiert oder teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert. Die Erfahrungen des Individuums beinhalten nunmehr Elemente, die nicht im Bild des Selbst enthalten sind; es kann nicht mehr eine einheitlich ganze Person sein. Es besteht eine „Inkongruenz zwischen dem Selbst und der Erfahrung“. Die Inkongruenz wird auch in den ein-

zelnen Verhaltensweisen spürbar, wenn diese zum einen Teil durch das Selbst und zum andern durch Aspekte von organismischen Erfahrungen, die nicht im Selbst enthalten sind, gesteuert werden. Die Inkongruenz kann vom Betroffenen selbst nicht wahrgenommen werden. Ein Kommunikationspartner spürt viel eher die Inkongruenz als der Betroffene selbst.

Durch bedingungslose positive Beachtung müssen keine Bewertungsbedingungen kreiert werden, sondern es wird der Einklang zwischen organismischer Bewertung und dem Bedürfnis nach positiver Beachtung und Selbstbeachtung erlebt – ein kongruenter Zustand ist die Folge.

Wir sind in der Arbeit mit Kindern in einem weitaus stärkeren Ausmaß in den Prozess der Entstehung von Bewertungsbedingungen involviert als das in der Arbeit mit Erwachsenen je sein kann. Hier besteht zwar die Gefahr einer oberflächlichen Verunsicherung, aber auch die Chance, die organismische Bewertung in bestimmten Selbsterfahrungen zu erhalten. Die Verunsicherung besteht in der Tatsache, dass durch den direkten Zugang zum organismischen Erleben (direkter Aufbau einer kongruenten Erfahrung) eine Spannung zur Inkongruenz des Kindes entsteht. Diese Spannung ist heilsam und förderlich, weil:

- 1) der kongruente Zustand nun verankert ist. Das wirkt sich auf die Inkongruenz aus, die Inkongruenz wird relativiert.
- 2) Die bedingungslose Wertschätzung der Eltern lässt das Bestehen auf deren Bedingungen nachlassen. Auch so kann eine Entspannung stattfinden, obwohl nie über Inkongruenz gesprochen wurde.

Wenn bei der therapeutischen Arbeit der Schwerpunkt das Verbalisieren und Intellektualisieren der Inkongruenz bleibt, das also das Instrument des Zugangs werden soll, wird das große Tor zum Organismischen zum Türchen. Wir arbeiten deshalb in der Kindertherapie mit einem völlig anderen Schwerpunkt, dem Herstellen oder Wiederherstellen eines adäquaten Erlebnisprozesses (das Herstellen nimmt in der Kindertherapie bei weitem mehr Raum ein als das Wiederherstellen). Das Spiel oder die körperliche Berührung bieten, wie auch die Traumarbeit oder das Focusing, die Möglichkeit des direkten Aufbaus einer neuen kongruenten Erfahrung.

*Ein Beispiel: Thomas, ein sechsjähriger Bub, kommt seit einem halben Jahr in die Therapie. Seine Mutter schickt ihn diesmal vom Haustor alleine in die Praxis, weil die kleine Schwester im Kinderwagen eingeschlafen ist. Thomas begrüßt mich und plötzlich fällt ihm ein, dass er sein Spielzeug (er bringt jede Stunde etwas von zu Hause mit) im Kinderwagen seiner Schwester vergessen hat. Folgende Szene spielt sich ab: Tränen steigen in seine Augen und er wendet sich von mir ab und geht zwei Schritte von mir weg. Ich versuche Zugang zu finden: „Jetzt bist du traurig, weil dir das passiert ist*

*und du möchtest ohne dein Spielzeug nicht ins Spielzimmer kommen.“ Thomas weint und geht noch einen Schritt weiter weg (das Verbalisieren bewirkt hier sogar eine Distanzierung und nicht den gewünschten Kontakt). Ich gehe einen Schritt näher und fasse von hinten seine Schulter an und halte einige Sekunden fest. Thomas dreht sich um und geht ins Spielzimmer. Thomas' Mutter kann auf seine Trauer nicht einmal mit Verbalisierung, sondern nur mit Ärger und Wut reagieren. Er hat nie Halt erfahren, wenn er traurig war. In dieser Situation war es möglich, mit einer Berührung einen adäquaten Erlebnisprozess herzustellen.*

### **Standortbestimmung der Kindertherapie in der klientenzentrierten Therapielandschaft**

Die beschriebene Schwerpunktsetzung in der Kindertherapie ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie an sich nicht ungewöhnlich. Sie hängt nur in diesem Fall nicht von der Therapeutenpersönlichkeit ab, sondern ist die logische Konsequenz der Applikation der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie auf die Kindertherapie.

In der Klientenzentrierten Psychotherapie haben sich in den letzten Jahren unterschiedliche Schwerpunkte und Richtungen entwickelt. Zunächst einmal ist es sinnvoll, hier eine Standortbestimmung vorzunehmen und die Klientenzentrierte Kindertherapie zu positionieren. Wolfgang Keil (1998) hat drei Richtungen der Klientenzentrierten Therapie unterschieden:

*Klientenzentrierte Therapie als individuelles, aber immer von den Grundhaltungen charakterisiertes Beziehungsangebot bzw. als personale Begegnung.*

*Klientenzentrierte Therapie als (Arbeit am) Gewährwerden der (störungsspezifisch verstehbaren) Inkongruenz.*

*Klientenzentrierte Therapie als (Wieder-) Herstellung eines adäquaten Erlebnisprozesses.*

Es handelt sich in der klientenzentrierten Arbeit mit den Kindern, wie oben beschrieben, um die Herstellung oder Wiederherstellung eines adäquaten Erlebnisprozesses. Das ist die vorrangige Arbeit der Kindertherapeutin. Die Arbeit mit den Eltern der Kinder wird wohl eine Mischung aus personaler Begegnung im Sinne des Person-Centered Counseling und der Arbeit am Gewährwerden der Inkongruenz bestehen. Der klientenzentrierten Kindertherapeutin wird also höhere Flexibilität des Therapeutinnenverhaltens abverlangt. In der Erwachsenentherapie hängt es im wesentlichen von der Person der Therapeutin, bzw. ihrem jeweiligen Konzept ab, welcher Schwerpunkt die Arbeit mit den Klienten bestimmt.

## **Das Verständnis von Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie**

### **Zur Geschichte der Klientenzentrierten Kindertherapie**

Historisch können wir in der Klientenzentrierten Kindertherapie zwei Richtungen in den Beziehungskonzepten verfolgen. Zum einen das klassische Kindertherapiekonzept von Axline (1997) und das stark an Axline orientierte Konzept des Ehepaars Tausch (1976) einerseits und die Richtung von Schmidtchen (1991) andererseits. Beide Richtungen, so unterschiedlich sie auch sind, sehen die Therapeutin nur als sehr zurückhaltend mitspielend. Dies gilt sowohl für Schmidtchen, da er aufgrund seines behavioristischen Zuganges das Hier-und-Jetzt nur beschränkt mit einbezieht, als auch für Axline.

Axlines Beziehungsverständnis, dass Selbstentfaltung durch unbedingte Akzeptanz, nicht aber auch notwendigerweise die Thematisierung der Hier-und-Jetzt-Beziehung beinhaltet, gründet auf ihrem klientenzentrierten Verständnis vom Selbst. Meine Erfahrungen mit Kindern in meiner Praxis lassen aber das Selbstbild der zurückhaltenden, wenig mitspielenden Kindertherapeutin nicht zu. Ein Konflikt tut sich auf. Ist ein stark interaktiver Ansatz in der Klientenzentrierten Kindertherapie erlaubt?

### **Interaktion in der Klientenzentrierten Kindertherapie**

In dem folgenden etwas ausholenden Exkurs werde ich diesen Konflikt, der übrigens sich nicht nur auf das Beziehungsverständnis in der Klientenzentrierten Kindertherapie beschränkt, in einen größeren Zusammenhang stellen. Van Balen (1992) beschreibt diesen Konflikt als historisches Dilemma des frühen Rogers'schen Beziehungsverständnisses. Ursprünglich war für Rogers das wichtigste Anliegen, das in den Mittelpunkt zu stellen, was den Kern des therapeutischen Handelns ausmacht. Dieses Eigentliche liegt für ihn in der Qualität der Beziehung. Die Beziehung muss wachstumsfördernd sein, in dem Sinn, dass sie das Potenzial des Klienten soweit wie möglich zur Entfaltung kommen lässt. Seine daraus folgende fast ausschließliche Betonung der Grundbedingungen, lässt die Klientenzentrierte Therapie so erscheinen, als ob es sich um eine Art stereotypen Angebots von Umgebungsfaktoren handle. Van Balen unterscheidet zwischen zwei Perioden im Verständnis der klientenzentrierten Therapiebeziehungstheorie, die eine logische Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie skizzieren; dies gilt analog auch für die Klientenzentrierte Kindertherapie.

### **Der Therapeut als Alter Ego**

In dieser ersten Phase beschränkt sich der Therapeut praktisch darauf, dass er sein empathisches Verstehen zum Ausdruck bringt. Es handelt sich hier um eine einseitige Beziehung. Das „Heilende“ in dieser Beziehung besteht darin, dass der Therapeut durch sein

empathisches Teilnehmen spüren lässt, dass es keinen Grund zu Selbstverurteilung gibt. Daraus ergibt sich das Selbstverständnis von Virginia Axline und ihrer Methode, der "Nicht-direktiven-Kindertherapie". Es geht hier ausschließlich um die Schaffung eines wachstumsfördernden Klimas. Wechselseitige Interaktion steht ganz im Hintergrund. Die Therapeutin bewegt sich ausschließlich im "inneren Bezugsrahmen des Kindes".

### **Kongruenz im Dienste der Empathie**

1957 fügt Rogers den Grundhaltungen Akzeptanz und Empathie die Kongruenz hinzu. Für Rogers war immer klar, dass Akzeptanz und Empathie authentisch sein müssen, um wirksam sein zu können. Was aber, wenn die tatsächlichen Gefühle des Therapeuten mit einer bedingungslos empathischen Haltung in Konflikt geraten? Rogers ist hier eindeutig: Die therapeutische Beziehungsqualität verlangt, dass auch jetzt Kongruenz Vorrang hat, das heißt, dass der Therapeut diese Gefühle zulassen und sie bearbeiten (Supervision) muss. Wenn diese Gefühle weiterbestehen, dann kann es nötig sein, den Klienten damit zu konfrontieren. In dieser Periode versteht sich der Therapeut nicht mehr als bloßes "Alter Ego", vor allem in jenen Momenten nicht, wo diese Haltung nicht wahrhaft wäre. Rogers versteht aber die Echtheit nicht als notwendiges Übel, sondern als wichtigen Zugangsweg zur Vertiefung der Beziehung.

Für die Kindertherapie, und nicht nur für diese, bedeutet das, dass die Kommunikation der Empathie weiterhin die eigentliche Arbeit der Therapeutin ist. Wesentlich ist weiterhin, dass das Kind nicht als zu analysierendes Objekt gesehen wird. Die Therapeutin muss sich nun nicht mehr ausschließlich im inneren Bezugsrahmen des Kindes bewegen, wohl aber muss sie ständig darauf ausgerichtet sein. Die Therapeutin folgt nun nicht mehr vorsichtig dem Kind und beschränkt sich nicht mehr auf das Reflektieren seiner Erlebnisinhalte, sondern bleibt dabei mit sich selbst in "Fühlung". Die parallele Aufmerksamkeit auf ihr eigenes Gefühl für die Situation bringt mit sich, dass sie auch mit eigenen Augen das Wahrnehmungsfeld des Kindes abtastet. Die Treue zum "Eigentlichen", nämlich der inneren Welt des Kindes, äußert sich nun im Prüfen der Wahrnehmung der Therapeutin an der des Kindes – das Kind bleibt so weiterhin der Experte für die Inhalte. Dies gilt sowohl für die Klientenzentrierte Therapie mit Erwachsenen als auch mit Kindern. Die therapeutische Beziehung wird vom Erleben beider getragen.

### **Die besondere Qualifikation der Klientenzentrierten Kindertherapeutin**

Virginia Axline (1997) stellt in ihrem Standardwerk hohe Anforderungen an die Klientenzentrierte Kindertherapeutin. Hier ist die Rede von der „reifen Persönlichkeit“ bis hin zu „Selbstdisziplinierung“. All diese Eigenschaften sind für jede Therapeutin Grundvoraussetzungen. Deshalb ist es notwendig, die besondere Qualifikation der Klientenzentrierten Kindertherapeutin herauszuarbeiten.

### **Die abstrakte Erwachsenenwelt stößt auf die phänomenologische Kinderwelt**

„Um das von Rogers geforderte genaue und sensible Verstehen der inneren Welt des Kindes zu realisieren, braucht der Therapeut ein kognitives Modell, das es ihm erlaubt, den ganzheitlichen, komplexen psychischen Prozess des Kindes zu strukturieren. Diese Strukturierung dient dem Therapeuten zur Ausrichtung seiner Wahrnehmung der Prozesse des Kindes und ist Verstehensgrundlage in ihm selbst. Ein solches umfassendes Modell, quasi eine Landkarte der inneren Welt des Kindes, könnte nach meiner Einschätzung zu einer wesentlich differenzierteren therapeutischen Arbeit mit Kindern beitragen. Ein solches Konzept hätte sich sowohl an allgemein psychologischen Kategorien (Emotion, Kognition, Motivation, ...), wie auch an der Rogers'schen Therapietheorie und ihrer Begrifflichkeit (Erfahrung, Selbstkonzept, Aktualisierungstendenz, ...) zu orientieren.“ (Hensel 1996, 218). Dieses von Hensel beschriebene kognitive Konzept setzt jedoch voraus, dass die Therapeutin die innere Welt des Kindes empathisch verstehen und adäquat mitteilen kann.

Der übliche Umgang mit Kindern ist gekennzeichnet von der Tendenz, Kinder in die Erwachsenenwelt zu ziehen (erziehen). Dazu ist es nicht unbedingt nötig, in die innere Welt des Kindes zu gehen. Kinder lernen und entwickeln sich aus sich heraus am besten, sie benötigen förderliche Bedingungen, insbesondere nicht-dirigierende Beziehungsangebote von Erwachsenen. Rogers' Grundprämisse, seine Theorie von der Selbstaktualisierungstendenz, bestätigt hier alle Grundhypothesen von pädagogischen Reformprojekten. In der Therapie haben wir aber unter anderem die Aufgabe, einen psychisch relevanten Kontakt herzustellen und die Welt des Kindes zu erschließen. Die abstrakte Erwachsenenwelt, die in einem hohen Ausmaß symbolisiert ist, steht einer weitgehend phänomenologischen Kinderwelt gegenüber.

Wie es der Kindertherapeutin gelingt, sich in dieser phänomenologischen Welt zu bewegen und dem Kind zu begegnen, hängt im wesentlichen mit deren individueller Konstitution zusammen. Axline hat es so beschrieben: "Der Therapeut ist der Kern jeder erfolgreichen Therapie. Mit Konsequenz muß er seine Technik verfolgen. Er muß Mut zu seinen Überzeugungen haben. Jede neue Beziehung muß er mit Vertrauen und Gelassenheit aufnehmen. Ein unsicherer Therapeut, voll von inneren Spannungen, schafft eine unsichere Beziehung zwischen sich und dem Kinde." (Axline 1997, 65)

Wie sicher ich mich als Therapeutin bewege, hängt davon ab, welche organismischen Erfahrungen von meinen Bezugspersonen erkannt und akzeptiert wurden, d. h. welche ich symbolisieren und in mein Selbstkonzept integrieren konnte. Deutlicher: „Das Selbstkonzept organisiert sich als gestalthafter Prozess, der das Verhalten des Individuums steuert, in dem er Erfahrungen bewusstwerden

lässt oder von der Gewahrdung ausschließt“ (Keil 1994, 7). Wenn ich als Therapeutin mit meiner eigenen Charakterstruktur vertraut bin, werde ich typische Reaktionsmuster bei mir eher wahrnehmen. Dies ist Voraussetzung dafür, sie nicht automatisch geschehen zu lassen, sondern mich für oder gegen ein bestimmtes Verhalten entscheiden zu können. So kann ich meine eigenen Gefühle in der Therapie nützen und mich als Resonanzboden für die Klientinnen zur Verfügung stellen. Das gilt natürlich für Klientenzentrierte Therapie insgesamt, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Ein maßgeblicher Unterschied ist jedoch, dass durch die besondere Situation die emotionale Resonanz der Therapeutin häufig intensiver provoziert wird.

### **Eine andere Qualität der Kommunikation der Empathie**

Mit Erwachsenen kommunizieren wir die Empathie meist verbal oder zumindest auch verbal. Diese Kommunikationsmöglichkeit stellt uns jedoch häufig den Blick auf andere Mitteilungsformen. Die Kindertherapeutinnen müssen mühsam wieder lernen, der Sprache ihre Priorität zu nehmen, denn Kinder wehren häufig verbale Rückmeldungen über Erlebnisinhalte ab. Beckmann-Herfurth (1996, 198) findet folgende Ebenen, den Kindern das empathische Verständnis, zu vermitteln:

*Auf der Symbolebene: Die Therapeutin ist einfach da, innerlich beim Kind – Kinder spüren, ob man wirklich präsent ist.*

*Auf der Spielebene: Kinder weisen z. B. ihren Therapeutinnen gern Rollen zu, die sie selbst in ihrem Alltag als problematisch erleben, durch die Rollenannahme können Therapeutinnen stellvertretend das kindliche Erleben ausdrücken.*

Hinzu füge ich noch die Ebene der körperlichen Berührung – durch Berührungen, wie Halten, Kämpfen usw. kann die Therapeutin ihr empathisches Verständnis dem Kind vermitteln.

*Beispiel: Julia (8 Jahre) liebt es, in der Therapiestunde vorgelesen zu bekommen. Es ist eine Möglichkeit für sie, Nähe herzustellen. Ich rücke so nahe an sie heran, dass wir uns berühren und drücke mit dieser Bewegung aus, dass ich verstehe, dass sie Nähe möchte. In der nächsten Sitzung unterlasse ich diese Geste und beginne zu lesen. Julia rückt so nahe an mich heran, dass wir uns berühren. Sie ist nun selbst imstande, diesen Wunsch nach Nähe bewusst wahrzunehmen und zu befriedigen.*

### **Interaktion und Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie – Interaktionsresonanz**

Anhand des von Behr (1996) entwickelten Konstrukts der Interaktionsresonanz soll in diesem Exkurs die oben diskutierte Beziehungstheorie praktisch untermauert werden. „In den Spielstunden inszeniert das Kind Beziehungsmuster. Es bedient sich dazu ver-

schiedener Medien, die über die Sprache hinaus gehen, in der Regel des Spielens. Die Therapeutin interagiert mit dem Kind in den von ihm gewählten Medien. Sie gibt Resonanz in der Interaktion. Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene emphatisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht ‚wörtlich‘, das kindliche Handeln – die Therapeutin tut mehr als all dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes.“ (Behr 1996, 53) Behr schlägt für dieses Resonanz-Geben den Terminus „Interaktionsresonanz“ vor.

Das interaktive Selbst des Kindes aktualisiert sich während der Spielstunde über Medien. Behr hat sechs mediale Bereiche unterschieden. Er beschreibt, wie das Kind in diesen medialen Bereichen handelt und wie sich die Therapeutin interaktiv verhält. Diese spieltherapeutischen Interventionen sind unbedingt differentiell zu verstehen. Schwer gestörte Kinder (vor allem „frühgestörte“ Kinder) sind besonders in der Anfangsphase in der Therapie mit einer als Person voll präsenten, sich ganz einbringenden Therapeutin überfordert. Sie benötigen eine nachgehende, gewährende, konsequent nicht-direktive Therapeutenperson, ganz im Sinne der von Axline beschriebenen therapeutischen Grundprinzipien. (Deshalb erscheint mir die deutliche Unterscheidung zwischen den sogenannten Frühstörungen und anderen wichtig.) Interaktionelle Elemente im später beschriebenen Sinn kann es vereinzelt geben, aber nie im konfrontativen Sinn. Das muss sich im Laufe der Therapie entwickeln, und das Tempo dieser Entwicklung ist sehr individuell.

Behr unterscheidet bei den Spielformen sechs mediale Bereiche:

1. Das Regelspiel
2. Das Konstruktionsspiel
3. Das Rollenspiel
4. Direkte Auseinandersetzung und Kampf
5. Bildendes Gestalten
6. Sprachliches Interagieren

Hier soll nicht beschrieben werden, welchen phänomenologischen Wert diese medialen Bereiche grundsätzlich für das Kind haben. Beispielhaft wird an den beiden Bereichen „Regelspiel“ und „Konstruktionsspiel“ die „Interaktionsresonanz“ beschrieben. Diese beiden Bereiche habe ich deshalb gewählt, weil die freie Interaktion weniger Beachtung findet als z. B. beim „Rollenspiel“. Dies ist ein Grund dafür, dass diesen medialen Bereichen allgemein weniger „therapeutischer Wert“ zugetraut wird. (Das sind beispielsweise jene Spiele, wo Eltern sagen: „Schnapsen kann ich mit meinem Kind auch, dafür soll ich noch zahlen.“ Es fällt vielen Therapeutinnen schwer, dazu zu stehen, dass sie mit den Kindern spielen.) Bei der Beschreibung der Interaktionsresonanz handelt es sich um eine ganzheitlichere Umschreibung als bei den sonst verwendeten Kon-

strukturen, wie Affektabstimmung, Feinfühligkeit usw. Dieses Konstrukt ist eine Erweiterung der klientenzentrierten Grundkategorie Empathie. Es geht nicht nur um die Vermittlung der Empathie, sondern es hat viel mit dem "Authentisch-Sein" zu tun. Die Therapeutin reagiert handelnd und beziehungsorientiert auf das Handeln des Kindes, indem sie sich als präzente Person zu Verfügung stellt.

### **Beispiel 1: Das Regelspiel**

Wenn ein Kind in der Therapiestunde ein Regelspiel wählt, kommt es zu einer ganzen Reihe von Interaktionsmöglichkeiten: Ausschauen des Spieles, Aufbauen, regelkonforme Spielzüge, Regelübertretungen, Gefühle bei Sieg oder Niederlage, usw. Die meisten Kinder übertreten einmal die Regeln. Das geschieht entweder möglichst unbemerkt oder lautstark formuliert. Der pädagogische Umgang besteht meist darin, auf die Einhaltung der Regeln zu pochen. Nicht-direktive Therapeuten im strengen Sinn nach Axline würden gewähren lassen und mögliche emotionale und gedankliche Prozesse des Kindes verbalisieren. Die größeren therapeutischen Möglichkeiten liegen jedoch auf der Handlungsebene.

*Beispiel: Lukas wird beim Memory ungeduldig. Er hebt nicht nur eine Karte auf, sondern drei hintereinander. Ich reagiere, indem ich es ihm gleich mache. Es entsteht eine Diskussion und wir müssen in Verhandlungen treten. Lukas' Mogeln erzeugt bei mir eine Resonanz auf der Handlungsebene. Das Kind handelt interaktiv auf meine Person hin gerichtet und spürt mich in meinem ganzen handelnden Person-Sein. Meine Resonanz bezieht sich auf die Beziehung, und es kommt zu einem fairen Aushandeln. Somit kann das Regelspiel zu einer hoch interaktiven Beziehungsentfaltung und -klärung werden.*

Die Interaktionsresonanz erfolgt hier entweder auf Basis der Akzeptanz oder auf der der Authentizität. Entweder ich akzeptiere die Spielhandlung des Kindes. In dem Fall begrüße ich die Regelveränderung eher mit Freude über die Kreativität und nicht mit Untertönen wie gönnerhaft, tadelnd usw., oder ich bin als Mitspieler mit gleichen Rechten präsent.

„Das Selbst des Kindes entfaltet sich in der Spielhandlung. Mehr als verbale Anerkennung und Akzeptanz hilft es der Selbstentfaltung, wenn das Kind durch Interaktionsresonanz spürt, dass die Spielhandlungen Resonanz erfahren: Die Therapeutenperson anerkennt und erlaubt durch ihr Handeln, indem sie alles aufnimmt, was das Kind tut, ihm aber nichts vorgibt, also nicht vor das Kind gerät. In frühen Phasen der Therapie kann es sinnvoll sein, dass die Therapeutenperson das Kind gewinnen und mogeln lässt. Das Kind muss sich so nähren, es kann dies noch nicht auf reifere Weise. Später benötigt es eine andere Therapeutenperson, eine voll präzente Person, die sich nicht übervorteilen lässt, das Kind nicht mehr einfach gewinnen lässt, sondern die greifbar und konkret als ganze Person da ist.“ (Behr 1996, 57)

### **Beispiel 2: Das Konstruktionspiel**

Wenn Kinder in der Therapiesituation zu Konstruktionsmaterial greifen, stellt sich immer die Frage, ob und in welcher Form die Therapeutin mittun soll. Nicht-direktives Verhalten würde bedeuten, dass sie selbstverständlich ohne explizite Einladung nicht mitmachen soll. Behr schlägt vor, in einer Anfangsphase unspezifisch mit den Bausteinen zu hantieren. Blicke, Art des Bauens, Äusserungen des Kindes machen deutlich, ob und in welcher Form das Kind beim Bauen Kontakt haben möchte. Zu Beginn einer Therapie und bei schweren Störungen geht es immer darum, dem Kind Raum zu bieten, um dem Inneren eine äußere Form geben zu können. Auf der Handlungsebene bin ich nur "Zuträgerin".

*Beispiel: Rosa (7), baut seit einigen Sitzungen mit KAPLA einen Turm, der so hoch ist, dass sie auf einen Sessel steigen muss, um das obere Ende zu erreichen. Sie bittet um meine Hilfe, die so aussieht, dass ich ihr die Bausteine reiche – was bedeutet, dass ich mich bücken muss um die Bausteine aufzuheben und ihr zu reichen. In dieser Sitzung beginne ich selbst einen Turm zu bauen. Es entwickelt sich ein lustvolles und turbulentes Um-die-Wette-Bauen.*

Zuerst ging es darum, Rosa bei ihrem Spiel zu begleiten, ihr Raum und Hilfe zu geben. Bald konnte ich wahrnehmen, dass das "Hilfe-Geben" und in Folge "Hilfsarbeiten machen" in den Mittelpunkt des Geschehens rückten. Der Beziehungsaspekt bzw. die Beziehungserfahrung gewann an Bedeutung. Meine Interaktionsresonanz darauf, nämlich dasselbe wie sie zu tun, hat offenbar das Beziehungsthema getroffen. Es ging um Konkurrenz, die wir sehr lustvoll, in späterer Folge auch verbal (wer baut den größeren Turm?) austragen konnten.

### **Das Problem des Verbalisierens in der Klientenzentrierten Kindertherapie**

Der Bereich des „sprachlichen Interagierens“ ist in der Klientenzentrierten Kindertherapie von besonderer Bedeutung. Handlungsleitend für das Prinzip der Interaktionsresonanz ist das Ziel, Erfahrungen zu symbolisieren, die nur unzureichend im Selbstbild des Kindes integriert sind. Behr weist in seinem Konzept der Interaktionsresonanz der Sprache sehr spezifische Funktionen zu. Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen habe die Symbolisierung sowohl über die Interaktionsresonanz als immer auch über sprachliche Resonanz zu erfolgen.

Ich stimme in diesem Punkt mit Behr nicht völlig überein. Aus meiner Sicht hat die sprachliche Resonanz nicht diese Bedeutung. Bei Kindern hat sprachliche Symbolisierung nicht in dem Maße wie bei Erwachsenen stattgefunden, der Zugang zur organismischen Erfahrung ist dadurch ein weitaus direkterer. Diese Tatsache ist zu nützen und nicht durch Überbewerten des sprachlichen Interagierens zu beschneiden. Die Vermittlung der Empathie durch Verbalisie-

ren ist zwar gängig, doch gerade in der Kindertherapie oder z. B. auch in der Klientenzentrierten Psychotherapie mit Behinderten können wir auf viele andere Möglichkeiten zurückgreifen (beispielsweise Körperkontakt, verschiedene Formen des Spiels usw.).

Das Problem des Verbalisierens in der Klientenzentrierten Kindertherapie ist immer wieder diskutiert worden, und wie beim Therapeutenselbstverständnis hat es auch hier die unterschiedlichsten Strömungen gegeben. Während bei Axline das Ziel der Gefühlsreflexion darin bestand, Einsicht zu vermitteln, und dies geschah im wesentlichen durch Verbalisieren, hat das Ehepaar Tausch (Tausch/Tausch 1976) dem Verbalisieren weniger Bedeutung beigegeben. Sie beschreiben das erlebnismäßige Mitschwingen als wichtigen Faktor empathischen Verstehens. In der weiteren Entwicklung der Klientenzentrierten Kindertherapie erfährt die Diskussion um das Verbalisieren einen erheblichen Differenzierungsprozeß.

### **Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Kindertherapie**

Für die Klientenzentrierte Psychotherapie ist es charakteristisch, dass sie die personale Haltung und Einstellung der Therapeutin als entscheidend für den therapeutischen Prozess und seine Wirksamkeit betrachtet. Sie grenzt sich damit erheblich von jenen therapeutischen Richtungen ab, welche die Effektivität der Therapie von Raffinesse und Umfang der eingesetzten Methoden abhängig sein lässt. Tatsache ist aber, dass Therapie ein zielorientiertes Unterfangen darstellt und somit ein strukturiertes, zielorientiertes Vorgehen verlangt. Rogers selbst ist Techniken ziemlich neutral begegnet. Er sah in Techniken wie Traumarbeit, Hypnose, Suggestion und ähnlichem keinen wesentlichen therapeutischen Wert, aber eine Möglichkeit, die Grundvariablen zu kommunizieren. Insofern scheint es völlig egal zu sein, welcher Techniken wir uns bedienen, wenn wir sie als Werkzeug betrachten, um die hinreichenden und notwendigen Bedingungen zu schaffen und zu kommunizieren.

### **„Spieltherapie“ – Das Spiel als adäquate Kommunikationsform, nicht als Technik**

Wenn wir uns damit beschäftigen, in welcher Weise wir unsere Wahrnehmung, unser emphatisch „Erspürtes“ mitteilen, so hat dies in einer angemessenen Sprache (Mittel der Kommunikation) zu geschehen. Nur so kann sich der Klient oder die Klientin verstanden fühlen. Es versteht sich von selbst, dass die Sprache der Kindertherapeutin somit eine andere ist als jene, die wir in der Erwachsenentherapie verwenden. Das Hauptkommunikationsmittel der Kinder ist das Spiel, wobei die Sprache je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes natürlich auch eine Rolle spielt. Somit verstehe ich das Spiel nicht als Methode oder Technik, sondern als praktische Umsetzung der Rogers'schen Therapietheorie. Der Ausdruck „Spieltherapie“ drückt also nicht aus, dass wir mit einer besonderen Technik Klientenzentrierte Psychotherapie betreiben. Wohl wissen wir aus der

Praxis, dass wir besonders in der Arbeit mit Kindern ein großes Repertoire an Material und Fertigkeiten gut brauchen können, um eine Therapiestunde befriedigend zu gestalten. Vielleicht gleichen wir damit auch das eine oder andere Mal die oben beschriebene Schwierigkeit der Kommunikation der Grundvariablen in der Kindertherapie aus. Wenn wir jedoch nicht die Technik oder das Material zum Inhalt machen, sondern sie als Werkzeug verstehen, ist das legitim. Es ist auch eine Wertschätzung des Kindes, uns mit adäquaten Hilfsmitteln in seine Welt zu begeben. Ein entsprechender Raum, entsprechendes Spielmaterial oder Grundregeln des Spiels usw. helfen uns, ein Klima zu schaffen, in dem das Kind wachsen kann – wir würden auch Erwachsenen nicht zumuten, eine Stunde lang zu stehen, sondern versuchen in unseren Räumen eine angenehme, ruhige Atmosphäre mit bequemen Sitzgelegenheiten zu schaffen. Hiermit soll deutlich gemacht werden, dass Spiel das adäquate Mittel der Beziehungsgestaltung mit dem Kind ist und nicht als Technik in der Kindertherapie zu verstehen ist. Ich schlage daher vor, nicht von „Spieltherapie“ sondern von Klientenzentrierter Kindertherapie zu sprechen.

### **Resümee**

Die Klientenzentrierte Kindertherapie ist lange Zeit in der Fachdiskussion sehr vernachlässigt worden. Bis auf Klassiker wie Axline, Tausch, Goetze & Jaede hat es kaum theoretische Auseinandersetzungen mit dem Thema gegeben. In den Siebzigerjahren hat Schmidtchen einen sehr behavioralen Ansatz akribisch genau dokumentiert. Erst im letzten Jahrzehnt gibt es eine umfassendere Auseinandersetzung im deutschen Sprachraum. Das ist erstaunlich, denn der Ansatz eignet sich ganz besonders gut für die Arbeit mit Kindern und Eltern, wie ich in meinen Hypothesen darstelle.

Wie beschrieben, ist in der Kindertherapie eine besondere Qualifikation notwendig, um mit dieser sehr speziellen und äußerst komplexen Situation zurecht zu kommen. Dazu gehört eine klares Bild von Persönlichkeit und deren Entwicklung, genauso wie Klarheit darüber, wie Beziehung entsteht und welche Rolle sie in der Therapie hat. Nur diese Sicherheit und Klarheit schützt uns davor unsicher zu werden, wenn wir mit den Kindern „nur spielen“ und dabei auch noch Spaß haben. Diese Stabilität bekommen wir in erster Linie durch die methodenspezifische Aus- und Fortbildung. Natürlich ist die Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen und Methoden, mit anderen Entwicklungstheorien und Therapie- und Beziehungstheorien dann besonders wertvoll, wenn es zu einer Überprüfung oder auch Bestätigung des Eigenen kommt. Hier gibt es dann auch eine Menge voneinander zu lernen. Die Grundvoraussetzung dafür ist aber die Stabilität in der eigenen therapeutischen Identität. In diesem Sinne wäre eine weitere Diskussion und Auseinandersetzung innerhalb des Klientenzentrierten Ansatzes über die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wünschenswert.

**Literatur:**

- Axline, Virginia (1997), *Play therapy. The inner dynamics of childhood*, Boston (Houghton Mifflin) 1947; dt.: *Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*, München (Reinhardt) 1997
- Axline, Virginia (1980), *Dibs. In search of self*, (Pelican) 177; dt.: *Dibs. Die wunderbare Entfaltung eines menschlichen Wesens*, Bern (Scherz) 1980
- Beckmann-Herfurth, Erika (1996), *Die Person des Therapeuten. Ihre Bedeutung in der personenzentrierten Kindertherapie*, in: Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 195-217
- Behr, Michael (1989), *Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung*, in: Behr, Michael / Petermann, Franz u. a. (Hg.), *Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 1989, 152- 158
- Behr, Michael (1996), *Therapie als Erleben der Beziehung*, in: Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 41-69
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1997), *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen*, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1997 (überarb. Aufl.)
- Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (1996) (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996
- Goetze, Herbert / Jaede, Wolfgang (1984), *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*, München (Kindler) 1974, Frankfurt / M. (Fischer) 1984
- Hensel, Thomas (1996), *Verbalisieren als empathisches Verstehen in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie*, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 217-243
- Keil, Wolfgang W. (1994), *Rogers' Persönlichkeitstheorie. Skriptum zum Theorieseminar im Rahmen der ÖGWG-Ausbildung* 1994
- Keil, Wolfgang W. (1998), *Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie*, in: *Person 1* (1998) 32-35
- Keil, Wolfgang W. (o. J.), *Klientenzentrierte Therapie-Theorie. Skriptum zum Kompaktseminar 2 der ÖGWG*
- Mogel, Hans (1996), *Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes*, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 179-191
- Rogers, Carl R. (1942a), *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: *Die nicht-direktive Beratung*. München (Kindler) 1972
- Rogers, Carl R. (1959a), *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III, New York (McGraw Hill) 1959, 184-256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett) 1973
- Sauer, Joachim (1997), *Zur Bedeutung der Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie*, in: *Psychotherapeut 3* (1996), 362-368
- Schmidtchen, Stefan (1991), *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 1991
- Stern, Daniel N. (1993), *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1993
- Tausch, Reinhard / Tausch, Anne-Marie (1976), *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe) 1976
- Van Balen, Richard (1992), *Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers*, in: *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 1992, Bd. 3, Salzburg (Otto Müller) 1992, 162-165

**Biografie:**

*Brigitte Pelinka, geb. 1957, seit 1990 Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis.*  
*Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Erziehungsberatung, supervisorische Tätigkeit im Bereich der Kindergartenpädagogik und Schule.*

**Korrespondenzadresse:**

*Brigitte Pelinka*  
*A-1080 Wien*  
*Josefstädter Strasse 21/9*  
*E-Mail: brigitte.pelinka@eunet.at*