

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2012

16. Jahrgang

Schwerpunktheft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Herausgegeben von Michael Behr, Dagmar Nuding (vormals Hölldampf)
und Christian Korunka

FACHBEITRÄGE

- Dorothea Hüsson:* Beendigungsphase in der personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 121
- Sabine Crone:* Geschichten erfinden mit Therapiekindern – Ein Weg zur Selbstaktualisierung des Kindes 130
- Emilie Rommel, Michael Behr & Gernot Aich:* Spieltherapie in Kindertageseinrichtungen – Konzept, Praxis, Wirksamkeit 138
- Sylvia Keil, Jürgen Kroemer, Brigitte Pelinka & Johanna Swoboda:* Entwurf für ein Handlungsmodell zur ethischen Reflexion in der Klientenzentrierten Psychotherapie 150
- Diether Höger:* Gordon W. Allport – Ein Protagonist der Humanistischen Psychologie 163

REZENSIONEN

171

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.de

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dipl.-Psych. Doris Müller, D-12161 Berlin, Stubenrauchstraße 61
Tel./Fax: +49 30 89 731 731, E-Mail: mueller.d.a@t-online.de

Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG

(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)
A-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@apg-forum.at

GwG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Sechselbergerstraße 26
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 58 01 92;
E-Mail: studium@personzentriert.eu

IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG

A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 17
Tel./Fax: +43 70 78 46 30; E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

CH-8005 Zürich, Josefstraße 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1091 Wien, Postfach 33
Tel.: +43 664 417 31 70, E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Michael Behr, Dagmar Hölldampf (vormals Hölldampf) und Christian Korunka

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / SFr 15,- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 16,- / SFr 25,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen.

Mit dem Jahr 2013 erhöht sich der Preis für das Einzelheft auf € 13,-, der Preis für das Abonnement auf € 22,-. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Dagmar Hölldampf, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Christian Metz, Peter F. Schmid, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Monika Tucza

Redaktionssekretariat

Katrin Draxl, 1070 Wien, Mariahilfer Straße 76/3/34
Tel: +43 (0) 699 12 05 51 24, E-Mail: katrin.draxl@chello.at

Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardel-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Jeff H. D. Cornelius-White, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehring, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Herbert Goetze, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Dorothea Hüsson, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Margarete Mernyi, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Jochen Sauer, Eva-Maria Schindler, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stölzl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Reinhard Tausch, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Christine Wakolbinger, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltshcko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Carola von Zülow, Günther Zurhorst

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

PERSON

16. Jg. 2012, Heft 2

Schwerpunktheft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Herausgegeben von
Michael Behr, Dagmar Nuding (vormals Hölldampf) und Christian Korunka

Inhalt

Editorial 119

FACHBEITRÄGE

Dorothea Hüsson

Beendigungsphase in der personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie 121

Sabine Crone

Geschichten erfinden mit Therapiekindern – Ein Weg zur Selbstaktualisierung des Kindes 130

Emilie Rommel, Michael Behr & Gernot Aich

Spieltherapie in Kindertageseinrichtungen – Konzept, Praxis, Wirksamkeit 138

Sylvia Keil, Jürgen Kroemer, Brigitte Pelinka & Johanna Swoboda

Entwurf für ein Handlungsmodell zur ethischen Reflexion in der Klientenzentrierten Psychotherapie 150

Diether Höger

Gordon W. Allport – Ein Protagonist der Humanistischen Psychologie 163

REZENSIONEN

Theres Hollerer

Silke B. Gahleitner, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Friederike Wetzorke & Marion Schwarz (Hrsg.). Ich sehe was, was du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 171

Gerhard Stumm

Johannes Wiltschko. Hilflosigkeit in Stärke verwandeln. Focusing als Basis einer Metapsychotherapie. Bd. I. . . 172

Dora Iseli Schudel

Peter Schindler (Hrsg.). Am Anfang des Lebens. Neue körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt. 174

Veranstaltungskalender 2012/2013 177

Editorial

Dieses Heft, erneut mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychotherapie, setzt das Themenheft der letzten Ausgabe (1/2012) fort. Es war für uns als Herausgeber eine bereichernde Erfahrung, mehr Beiträge zu dieser uns so wichtigen Thematik zu erhalten, als in ein Heft passen. Bedanken möchten wir uns bei den Lesern für die sehr positiven Rückmeldungen zum vorhergehenden Kinder- und Jugendpsychotherapieheft. Dort ging es um störungsspezifische Sichtweisen. Die Beiträge des jetzt vorliegenden Hefts befassen sich mit praktischem und organisatorischem Vorgehen im Zusammenhang mit folgenden wichtigen Fragen in der Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen: Das Beenden von Psychotherapien, die Methode des Geschichtenerfindens mit jungen Klienten sowie die organisatorische und konzeptionelle Einbindung von personenzentrierter Spieltherapie in Kindertageseinrichtungen. Wir sehen wichtige konzeptionelle Fortentwicklungen und sehr bereichernde Ideen in diesen Arbeiten, die sich sicher auch auf andere Arbeitsfelder übertragen lassen.

Ergänzt wird dieses Schwerpunktheft mit zwei weiteren Fachbeiträgen. Sylvia Keil, Jürgen Krömer, Brigitte Pelinka und Johannes Swoboda beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit ethischen Fragen, die natürlich für die Psychotherapie eine ganz besondere Bedeutung haben. Auf der Basis eines begründungsorientierten, ethischen Kohärentismus entwickeln sie ein Modell für ethische Reflexionen von Praxissituationen

im Rahmen der Psychotherapie. Diether Höger verabschiedet sich mit einem Beitrag über Gordon Allport, einem der Gründungsväter der Humanistischen Psychologie, aus der Arbeit in der Redaktion. Wir möchten die Gelegenheit nützen, uns ganz herzlich für die fruchtbare Zusammenarbeit über viele Jahre zu bedanken!

Auch sonst gibt es noch einige Neuigkeiten aus der Redaktion zu berichten. Hermann Spielhofer, ein weiteres langjähriges Mitglied der Redaktion, verlässt uns ebenfalls mit Jahresende. Auch bei ihm möchten wir uns für die gute Zusammenarbeit bedanken! Zugleich freuen wir uns, als neues Redaktionsmitglied Christian Metz zu begrüßen.

Für die Umstellung des Layouts der Artikel in der Person haben wir mehrere positive Rückmeldungen erhalten. Eine neue Homepage der Zeitschrift (<http://facultas.wuv.at/person>) wurde beim Verlag eingerichtet. Sie wird in Zukunft noch weiter ausgebaut werden, auch um einen leichten Zugang zu früheren Artikeln in elektronischer Form zu ermöglichen.

Für das nächste Jahr ist ein Schwerpunktheft zum Thema „Spiritualität im Personenzentrierten Ansatz“ geplant. Ungeachtet dessen laden wir zur Einreichung von Beiträgen ein, zumal in den kommenden Heften auch Platz für andere, nicht thematisch gebundene Beiträge sein wird.

*Michael Behr, Dagmar Nuding (vormals Hölldampf)
und Christian Korunka*

Beendigungsphase in der personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie

Dorothea Hüsson

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Wie die Beendigungsphase einer Therapie gut gelingen kann, war bislang ein recht vernachlässigter Gegenstand psychotherapeutischer Reflexion. Gerade in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen will die Beendigungsphase gut bedacht und umgesetzt sein, zumal immer mehr Kinder und Jugendliche mit schmerzlichen und bedrohlichen Trennungserfahrungen aus ihren Familien konfrontiert sind. Bindungstheoretische und personenzentrierte Ansätze können ein neues und vertieftes Verständnis für diese letzte Therapiephase eröffnen. Eigenreflexion und Wahrnehmung spezifischer Hinweise erleichtern der Therapeutenperson, das Therapieende personenzentriert einzuleiten und so zu einem Gelingen der Beendigungsphase beizutragen. Kreative Anregungen veranschaulichen die gelungene Realisierung dieser Phase.

Schlüsselwörter: Beendigungsphase, Bindungstheorie, Therapieende, Fully functioning Person

Ending phase in person-centered therapy with children and adolescents. How to realize the ending phase of therapy successfully was up to now a rather disregarded subject of psychotherapeutic reflection. Especially in psychotherapy with children and adolescents the ending phase has to be well considered and well performed, because more and more children and young people are already confronted with their very painful and menacing experiences of separation in their own families. Theories of attachment and the person-centered approach are able to increase the significance and the comprehension for this last phase of psychotherapy. Self-reflection and the perception of concrete indications facilitate for the therapeutic person the introducing of the ending phase with the person-centered approach in order to contribute to a successful finish of the therapy. Creative suggestions illustrate the successful realization of the ending phase.

Keywords: ending phase, theories of attachment, finish of therapy, fully functioning person

Jede Therapie findet nach Monaten oder Jahren ein Ende. Jede Therapie ist ein individueller Prozess und so gestaltet sich auch das Ende jeweils unterschiedlich. Doch trotz aller Unterschiedlichkeit ist es notwendig, sich mit der Bedeutung dieser Phase grundsätzlich und differenziert auseinanderzusetzen, sie bewusst zu reflektieren und so zu gestalten, dass sie für die Kinder, Jugendlichen, Bezugspersonen und auch für die Therapeutenperson¹ gelingen kann.

In der personenzentrierten Beratung und Therapie kommt der Beziehungsgestaltung und dem Beziehungsaufbau eine zentrale Bedeutung zu. Zahlreiche Literatur beschäftigt sich mit der Frage, wie ein Kontakt gelingen, wie eine zugewandte und einfühlsame Beziehung entstehen, wie es zur Selbstexploration beim Klienten kommen kann (Rogers, 1972; 2004; 2006).

Dorothea Hüsson, geb. 1959, Dipl. Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Akademische Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd, Ausbilderin am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung; Therapeutische Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis

Korrespondenzadresse: dorothea.huesson@ph-gmuend.de

Demgegenüber beschäftigt sich jedoch nur eine sehr begrenzte Literatur mit der Bedeutung und Gestaltung der therapeutischen Abschlussphase und des therapeutischen Beziehungsendes (Wittorf, 1999; Uhlhorn, 2007). Diese begrenzte Form der Auseinandersetzung ist von daher erstaunlich, da es nicht nur eine sehr zentrale Frage sein sollte, wie gute Beziehungen aufgebaut, sondern wie therapeutische Beziehungen auf eine reflektierte und konstruktive Form auch wieder beendet werden können.

Besonders im Kinder- und Jugendpsychotherapiebereich sollte das Therapieende eingehend beachtet werden. Immer mehr Kinder haben heutzutage Beziehungsabbrüche durch Trennung und Scheidung der Eltern erlebt. Nicht immer verlaufen diese Trennungen reibungslos und ohne Spannungen. Zudem erleben Kinder auch im außerfamiliären Bereich wie in Schule, Krippe, Hort aufgrund des häufigen Personalwechsels immer wieder Beziehungsabbrüche. Soll das Therapieende nicht

1 Zur besseren Lesbarkeit wird auf weibliche bzw. männliche Schreibweise verzichtet und von der Therapeutenperson gesprochen.

ebenso zu einer enttäuschenden Beziehungs- und Trennungserfahrung werden, ist eine Auseinandersetzung und Reflexion über das gute Gelingen dieser Therapiephase unverzichtbar.

Die Therapeutenperson begleitet Kinder, Jugendliche und Familien oft über einen längeren Zeitraum (Stark, 2011) und wird schnell ein fester, regelmäßiger und wichtiger Bestandteil im Leben dieser Kinder, Jugendlichen und Familien. Mit der Aussage „Ich komm solange, bis du stirbst.“ drückt Lisa (5 Jahre) nach einer Therapiestunde sehr eindrücklich ihren Wunsch aus, dass die Therapie ewig dauern möge. Hier wird deutlich, welch hohen Wert die Therapie für das Kind hat. Und dennoch ist es eine wichtige Erfahrung und ein notwendiger Prozess, auch diese Therapie einmal zu beenden. Was geschieht in dieser Beendigungsphase? Wie kann die Ablösung gut gelingen? Worauf muss geachtet werden?

Abschied und Ende

Abschied und Ende als Alltagserfahrung

Suchen wir Synonyme für das Wort „beenden“, so finden wir Begriffe wie „trennen, abrechnen, aufhören, begrenzen, belassen, loslassen, abschließen, Schluss machen“ (Duden, 2004). Alle diese Begriffe beinhalten Aspekte des Verlustes und sind für viele Personen eher mit Trauer verbunden (Ley, 2011; Kast, 2012). Sie wirken belastend und bedrückend. Nur die Begriffe „fertig stellen, vollbringen, vollenden“ beinhalten eine positive Sichtweise des Geschehens. Hier wird deutlich, dass ein Ende auch abgerundet, gefüllt, gesättigt und gelungen sein kann. In der Reflexion des Abschiednehmens können wir Situationen unterscheiden, die stark mit Trauer und auch Angst verbunden sind, wie z. B. beim Tod eines Menschen oder beim Auszug der eigenen Kinder aus dem Elternhaus, und solche, in denen ein Abschied etwas Befreiendes hat, wie z. B. beim Ende einer Prüfung, einer Krankheit oder einer Anspannung. Abschied und Ende geschehen also meist im Spannungsverhältnis zwischen Erleichterung und Angst, Freude und Trauer (Ley, 2010).

Besonders gut wird diese enge Verbindung im Gedicht „Stufen“ von Hermann Hesse ausgedrückt. Der Literaturnobelpreisträger Hermann Hesse (Hesse, 2011, S. 187) hat sich in seinem berühmten Gedicht mit „Abschied“ und „Ende“ intensiv auseinander gesetzt:

*„Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe
bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
um sich in Tapferkeit und ohne Trauer
in andre, neue Bindungen zu geben.“*

Hesses anthropologische Grundaussage verbindet den „Abschied“ mit dem „Neubeginn“. Dies ist nicht so selbstverständlich,

wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Denn wenn der Abschied naht und konkret wird, fühlt sich die Abschied nehmende Person meist vom Eindruck des „Endes“, der schmerzlichen Trennung bedrückt. Die Wahrnehmung des Abschied Nehmenden ist meist rückwärts – in die Vergangenheit gewandt. Was nach dem Abschied kommt, bleibt oft ungewiss oder gar angstbesetzt (Rieber-Hunscha, 2005; Kast, 2012). Hesse öffnet die Wahrnehmung auf eine konstruktive Zukunft hin: er setzt in den Abschied bereits den Neubeginn. Dies ist auch für das Grundverständnis im psychotherapeutischen Prozess relevant: Abschied und Ende einer Psychotherapie kann demnach nicht als Abbruch oder Verlust, sondern als Neubeginn und Neustart verstanden und gestaltet werden. Wenn die schmerzlichen Trennungsgefühle verarbeitet sind, kann sich in der Person die Fähigkeit entwickeln, sich auf andere, neue Bindungen einzulassen und sich in neuen Beziehungsrahmen weiter zu entfalten. Wenn Hesse dann anschließt: „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne, der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.“ spricht er dem, der Abschied nimmt, neuen Lebensmut zu. „Wohlan denn, Herz, nimm' Abschied und gesunde!“

Jedes Ende heißt Abschiednehmen. Ein Abschied beschreibt in der Regel einen Übergang zwischen verschiedenen Situationen, Zuständen und Lebensabschnitten. Er soll nicht als ein punktuell Ereignis verstanden werden, sondern ist von Prozesshaftigkeit gekennzeichnet. Er kann als Transformation eines Zustandes in einen Prozess gesehen werden. Abschied, Trennungen, Übergänge sind als verdichtete Entwicklungsanforderungen zu verstehen (Niesel, 2011). Sie beinhalten intensive und komplexe Erfahrungen, Belastungen und Chancen gleichzeitig. Maßgeblich beeinflusst werden Sie durch die Beteiligten, deren Erwartungen und deren subjektive Bedeutung.

Wird ein Abschied nicht vollzogen, besteht die große Gefahr, in der eigenen Lebensentwicklung zu stagnieren und nicht offen für neue Erfahrungen zu sein. Die von Rogers bezeichnete Selbst-Aktualisierungstendenz kennzeichnet das dem Menschen innewohnende notwendige Streben nach Wachstum und Reifung (Rogers, 2004).

Abschied und Ende in der Psychotherapie

In der Therapie muss die Beendigungsphase als Möglichkeit zur Entwicklung gesehen und eingeordnet werden. Besonders in der Spannung zwischen Loslassen und Neubeginn besteht die Chance des Reifens und Wachsens. Gelingt der Abschied, können Kinder und Jugendliche gestärkt und zuversichtlich den nächsten Entwicklungsschritt gehen und auf sie zukommende Aufgaben bewältigen und meistern.

Weder in der Fachliteratur noch in den meisten therapeutischen Ausbildungsgängen erhält die Abschiedsphase einen ebenso ausführlichen und differenzierten Stellenwert wie die Gestaltung des Erstkontaktes (Wittorf, 1999). Da es keine konzeptionellen Grundlagen für die Beendigungsphase gibt, wird sie oft zu wenig als therapeutische Chance gesehen und genutzt.

Freud blendet die Beendigung einer (Lehr-)Therapie völlig aus und setzt nur das selbstterminierte Ende als therapeutisches Mittel ein (Novick, 2008; Rieber-Hunscha, 2005). Er interpretiert das Thema in der Metapher des Schachspiels. Wittorf (1999, S. 18) beschreibt die Schachliteratur, in der formuliert wird, „dass Anfänger meist die Bedeutung der Schlussphase nicht realisieren und hauptsächlich auf die Eröffnung und die mittlere Phase achten. Dabei übersehen sie, dass in einer kreativen Endphase durchaus noch ein Sieg errungen werden kann, während fehlende Fähigkeiten gerade in dieser Phase über Sieg und Niederlage eines sonst guten Spiels entscheiden.“ Ferenczi (1984, S. 377) schrieb davon, dass Therapien „vor Erschöpfung sterben sollten“, und Rank erzeugte heftige Diskussionen mit seiner Aussage, dass ein Ende mit dem Geburtstrauma zu vergleichen sei und zur Bearbeitung gezielt herbeigeführt werden sollte (Müller-Ebert, 2001). Auch in der Verhaltenstherapie gibt es zum Thema kaum Fachliteratur. Rieber-Hunscha (2005) vermutet, dass in der Verhaltenstherapie die Symptomreduzierung gleichzeitig mit dem Ende einer Therapie gesehen wird und die Fokussierung auf die therapeutische Beziehung keinen größeren Stellenwert hat.

Rogers äußerte sich an keiner Stelle über das mögliche Ende einer Therapie. Ausgehend von dem Modell der „fully functioning person“ (Rogers, 1989) hat Rogers den Menschen in einem lebenslangen Prozess der Entwicklung gesehen, in dem die Therapie eine vorübergehende Begleitung darstellt, die jedoch den inneren Prozess der Entwicklung nicht beendet. Auch Bowlby hat sich trotz seiner intensiven Bindungsforschung und den Erkenntnissen einer guten Bindung nicht mit dem Abschluss einer Therapie bzw. der Trennung vom Therapeuten beschäftigt (Bowlby, 2010).

Abschied und Ende in der Personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie

Auch in der Literatur der personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie finden wir nur begrenzte Hinweise auf die Beendigungsphase. Götz (2002, S. 170) fasst das Thema in seinem Handbuch pragmatisch zusammen: „Bei der therapeutischen Beziehung handelt es sich um eine Beziehung, die früher oder später zu einem Ende kommen muss, und dies ist auch dem Kind verständlich zu machen.“ Auch Hockel (2011, S. 67) formuliert diese Phase mit einem Appell: „Grenzen markieren

Entwicklungsschritte und der Abschied am Ende einer Psychotherapie ist ebenso bedeutsam wie die Beziehungsaufnahme. Er muss gelingen.“ Jaede (1997) beschreibt die Spieltherapie in drei Phasen. In der ersten Phase geht es um Beziehungs- und Vertrauensaufbau. In Phase zwei stehen Inkongruenzerfahrungen und Konfliktbearbeitung im Vordergrund. In Phase drei geht es darum, die neu gewonnenen Stärken und Kompetenzen auf die Lebensbereiche außerhalb der Therapiestunde zu übertragen. Er vertraut darauf, dass Therapeut wie Klient wissen, wann es Zeit sei, die Therapie zu beenden. Reisel und Wakolbinger (2006) erkennen die Abschlussphase daran, dass Kind und Therapeutenperson Partner geworden sind. Sie begegnen sich gleichberechtigt mit je eigenen Wünschen, Gefühlen und Vorschlägen. Die Therapeutenperson ist am Ende aktiver, da das Kind aufgrund gewonnener Freiheit, sich stärker einbringen und auch abgrenzen kann. Das Verhältnis zueinander ist dialogisch geworden (Reisel & Wakolbinger, 2006). Riedel unterscheidet die Ablösungsphase von der Abschiedsphase und weist auf die geringere Dichte des konfliktbeladenen kindlichen Spiels hin (Riedel, 2002).

Meist taucht die Beendigungsphase in der Literatur der personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie im Kontext von Einzelfalldarstellungen auf, ist jedoch kaum primärer Gegenstand der Betrachtung geschweige Forschung (Hockel, 2011; Riedel, 1997).

Bedeutung der Bindungstheorie für die Beendigungsphase im therapeutischen Setting

Eine Möglichkeit, die inneren Prozesse in der Beendigungsphase zu verstehen, bietet die Bindungs- und Säuglingsforschung. Bowlby, Ainsworth, Grossmann, Stern u. a. (Grossmann, K. E., & Grossmann, K., 2003) untersuchten das Bindungsverhalten von Kindern und verdeutlichten in umfangreichen Untersuchungsergebnissen, dass jedes Kind über ein angeborenes Bindungsverhalten verfügt und zu einigen bevorzugten Personen eine enge emotionale Bindung aufbaut. Erlebt das Kind diese Bezugspersonen als vertrauensvolle und sichere Basis, kann das Kind seine Umgebung erkunden und notfalls in beängstigenden oder Gefahrensituationen hilfeschend die Bezugspersonen aufsuchen. Diese Bindungserfahrungen werden im Laufe der Zeit verinnerlicht und bilden so genannte RIGs (Representations of Interactions that have been Generalized) die am besten mit „inneren Arbeitsmodellen“ zu umschreiben sind (Stern, 1994). Steht kein zuverlässiges Bindungsangebot zur Verfügung, entstehen unsichere Bindungsmuster, häufig mit dazugehörigen Störungsbildern. Bowlby (2010) betonte bereits die Bedeutung von Psychotherapie in der Form, dass der Therapeut dem Patienten als sichere Basis dienen soll.

Ein Kind, welches im Sinne der Bindungstheorie die psychotherapeutische Beziehung und Therapie als sichere Basis erlebt, wird in der Lage sein, die eigenen Inkongruenzen im Beisein dieser Vertrauensperson abzubauen. Die Selbstaktualisierung wird angestoßen und stimuliert, so dass das Kind immer mehr Gefühle in sein bestehendes Selbstkonzept integrieren kann. Es kommt zu tiefgreifenden Veränderungen im Selbstkonzept des Kindes; es lernt verschiedene Aspekte seiner Persönlichkeit in sein Selbstbild zu integrieren (Weinberger, 2001). Durch den Wandel des Selbstbildes entwickeln sich beim Kind Autonomie und ein wachsendes Gefühl von Selbstwirksamkeit. Das Kind wird offen für neue Anforderungen und ist bereit zur Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben. Das Kind erlebt Freude an der eigenen Kraft. Es entwickelt Vertrauen in den eigenen Organismus und erlebt ein Empfinden von seelischer Gesundheit. Es kommt im Sinne der Bindungstheorie und des Personenzentrierten Ansatzes zur Selbstaktualisierung und Selbstexploration (Fröhlich-Gildhoff, 2010). Das Kind zeigt zunehmend Interessen für Belange außerhalb der Therapie. Das Kind wird sich – gleich dem sicher gebundenem Säugling – immer mehr von der Bezugsperson, hier der Therapeutenperson, lösen und seinen eigenen Weg gehen können (Bolwby, 1988).

Wird ein Therapieende aufgrund von selbstexplorativen Verhaltensweisen ins Auge gefasst, so dürfte die Erfahrung einer sicheren Basis innerhalb der Therapie für das Kind stabilisierend genug gewesen sein, um die weiteren Autonomiebestrebungen auch ohne Therapie fortzuführen. Die innere, emotionale Organisationsstruktur (RIGs nach D. Stern, 1985) steht dem Kind als stabilisierende Instanz zur Verfügung, so dass eine weitere Entwicklung auch außerhalb der Therapie und ohne Therapeutenperson möglich wird.

Kinder, die in ihrem Leben keine sichere Bindung aufbauen konnten, haben in der Therapie die Möglichkeit, bisherige destruktive Bindungsmuster in einer neuen Beziehungserfahrung zu korrigieren. Bei diesen Kindern besteht in der Beendigungsphase die Gefahr der Destabilisierung. Abschied und Ende können bedingt durch alte Erfahrungen Ängste auslösen. Eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern während der Therapie kann diese Ängste auffangen.

Drückt das Kind seine Ängste und Sorgen bezüglich des Therapieendes aus, sollte sich die Therapeutenperson darüber Gedanken machen, ob das Kind bereits genügend Sicherheitserleben in der Therapie erfahren hat, bzw. ob die neu entwickelten Bindungsmuster schon stabil genug sind. Ängste und Sorgen können auch Bestandteile natürlicher Trauergefühle sein, die zum Abschiednehmen dazu gehören. Eine Therapie hat die Aufgabe, den Prozess der Bindung wie auch der Loslösung im Auge zu behalten und unterstützend zu begleiten.

Fragen, die sich jede Therapeutenperson stellen sollte, sind:

- *Wie viel Selbstsicherheit, Vertrauen in die eigenen Kräfte und wie viel Selbstwirksamkeit ist beim Kind mittlerweile vorhanden?*
- *Welche natürlichen Ängste zeigt das Kind beim Blick auf zukünftige Ereignisse?*
- *Wie kann und will es mit diesen Ängsten umgehen?*
- *Was benötigt es noch in der Therapie?*
- *Wie stabil sind die Bezugspersonen? Wie viel Unterstützung und Responsivität sind hier vorhanden?*

Hinweise auf den Beginn der Beendigungsphase

Wittorf (1999) schreibt, dass die Abschlussphase in der Therapie meist dann eingeleitet wird, wenn Therapeut und Klient über ein konkretes Ende der Therapie anfangen zu kommunizieren und endet mit dem letzten Termin. Rieber-Hunscha (2005, S. 10) setzt jedoch die Abschlussphase schon mit der Bewusstwerdung an, „wenn das Thema des Beendens kognitiv wahrnehmbar, direkt besprochen wird und in absehbarer Zeit zur Terminsetzung und Beendigung führt.“

In Anlehnung an Müller-Ebert (2001) werden im Folgenden diagnostische, interaktionelle, emotionale und prozessuale Hinweise aufgeführt, die als ein Zeichen für ein Therapieende im personenzentrierten Kontext verstanden werden können.

Diagnostische Hinweise

Ein Hinweis für ein nahendes Therapieende, ist die Reduzierung oder das Verschwinden von Symptomen. Die Symptomreduzierung ist für alle therapeutische Verfahren von Bedeutung, wird jedoch bei beziehungsorientierten Verfahren im Gegensatz zu Verhaltenstherapien anders gewichtet. Sie verstehen die Symptomreduzierung eher als Ende der Akutphase. Hört z. B. eine Jugendliche auf, sich zu ritzen, so bedeutet dies nicht automatisch, dass die Therapie nun erfolgreich beendet wird, sondern dass der akute Druck soweit nachgelassen hat, dass eine Auseinandersetzung mit den dahinter liegenden Krisen und Spannungen stattfinden kann. So steht in der personenzentrierten Psychotherapie die ganzheitliche Entwicklung der Persönlichkeit im Vordergrund und nicht der Abbau einzelner Symptome (Weinberger, 2001).

Neben der Symptomreduzierung sind die zu Beginn der Therapie formulierten Therapieziele auch ein Orientierungspunkt für das Beenden. Hier stellt sich immer die Frage, wie exakt sie erfasst wurden und wie messbar sie sind. Eine häufig gemachte Erfahrung in Therapien ist es, dass sich Therapieziele während des Prozesses laufend verändern und ständig angepasst werden müssen.

Beispiel: die 14-jährige Mona kommt in die Therapie mit dem Wunsch, ihre Blockaden gegenüber Mathematik abzubauen. Auf den Hinweis, dass hier keine Lerntherapie oder Nachhilfe stattfindet, sondern psychologische Aspekte im Vordergrund stehen, reagiert Mona zustimmend. Wir einigen uns also bei der Formulierung des Therapieziels dahingehend, dass sie erkennen möchte, was zu diesen Blockaden führt. Im Laufe der Therapie stellt sich heraus, dass diese Blockade in engem Zusammenhang zu ihrem Vater steht. Es findet in der Therapie eine intensive Auseinandersetzung mit der Person ihres Vaters statt, der vor 14 Jahren ihre Stiefschwester missbraucht hatte. Mit Fortschritt der Therapie wird erkennbar, dass nicht mehr die Tochter-Vater-Beziehung im Mittelpunkt steht, sondern ihre aktuellen eigenen Beziehungsmuster und ihre Probleme mit diesen. Als Therapieziel wird daraufhin neu formuliert, die Frage in den Mittelpunkt zu rücken, inwiefern hier Zusammenhänge und Parallelen existieren.

Letztendlich bleibt immer offen, inwiefern Therapieziele umfassend und zufriedenstellend erreicht wurden. Das eigene subjektive Empfinden der Kinder, Jugendlichen, Bezugspersonen und auch der Therapeutenperson spielt hier sicherlich eine große Rolle.

Interaktionelle Hinweise

Die Interaktionsweisen der Kinder und Jugendlichen bzw. der Eltern können Hinweise auf ein Therapieende geben. Verhaltensweisen wie Termine ausfallen zu lassen, Termine abzusagen, zu spät zu kommen, Vergessen oder auch unpünktliche Zahlungen können Auslöser sein, über die weitere Bedeutung der Therapie nachzudenken. Viele Therapeuten (Riedel, 2002; Reisel & Wakolbinger, 2007) beobachten eine Veränderung der eigenen Rolle gegen Ende der Therapie. So stellen sie eine geringere Rollendistanz fest, die sich darin zeigt, dass es zu einer größeren Selbstexploration auf Seiten der Therapeutenperson kommt. Ebenso stellen sie eine Themenverflachung fest, die sich in einer mangelnden Tiefe in den Inhalten und Gefühlen ausdrückt. Es wird mehr geplaudert oder über Sachthemen gesprochen. Beide fühlen sich wohl und zufrieden im Genießen der Begegnung, ohne dass die Schwierigkeiten und Probleme eine wesentliche Rolle spielen.

Emotionale Hinweise

Als weiteren Hinweis für ein mögliches Therapieende benennt Müller-Ebert (2001) das Erleben der eigenen Gefühle der Therapeutenperson. Wenn für die Therapeutenperson im Kontakt mit den Kindern, mit den Jugendlichen oder auch gegenüber den Eltern der Eindruck entsteht, als kreise sie immer wieder

um dieselben Inhalte, kann dies ein Indikator für die Beendigung der Therapie sein. Das Wiederholen von bereits durchgearbeiteten Themen erzeugt Gefühle wie Sättigung, Langeweile und Überdruß.

Prozessuale Hinweise

Auch Veränderungen innerhalb des Therapieprozesses können als Orientierung für ein Therapieende gelten. Die Themen nehmen quantitativ ab, es kommt zu alltäglichen Plaudereien, und die Kinder und Jugendlichen fühlen sich sichtlich wohler in ihrem Alltag. Insgesamt ist das Interesse der Kinder und Jugendlichen an ihrem Alltag größer geworden und neue Herausforderungen, neue Themen und Interessen außerhalb der Therapie werden wichtiger. Der Leidensdruck in der Familie lässt insgesamt nach, und die Kinder und Jugendlichen werden handlungs- und entscheidungsfreudiger. Ein ganz klarer und deutlicher Hinweis auf ein Therapieende ist der Wunsch des Kindes oder Jugendlichen, die Therapie beenden zu wollen.

Externe Faktoren für die Beendigung der Therapie sind bei Kindern und Jugendlichen viel häufiger als bei Erwachsenen vorzufinden. Neben der Finanzierung durch die Krankenkassen, werden manche Therapiekosten auch von Jugendhilfeträgern übernommen. Hier sind die Mittel jedoch oft sehr begrenzt und orientieren sich meist mehr an den finanziellen Möglichkeiten als an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen. Nicht zu unterschätzen sind auch Eltern, die aufgrund eigener emotionalen Belastungen nicht in der Lage sind sich auf das Kind und die Therapie optimal einzulassen. Dieses Thema bedarf aber wohl einer eigenständigen Fragestellung und Untersuchung

Diese externen Faktoren können für das Gelingen der Therapie eine sehr zentrale Rolle spielen. Tragisch und bedenklich wird es immer dann, wenn die inneren Entwicklungsschritte und Prozesse innerhalb des festgelegten Zeitrahmens noch nicht abgeschlossen werden konnten. Auch bei einer bewilligten Therapieverlängerung kann das Ende unter Umständen nicht mit der tatsächlichen therapeutischen Notwendigkeit übereinstimmen. Wohnortwechsel, Klinikaufenthalte und längere Krankheiten beim Kind oder Jugendlichen wie auch bei der Therapeutenperson können zu einem – manchmal abrupten – Therapieende führen.

Gelingen der Beendigungsphase in der Therapie

Letztendlich dient die aktive Beendigungsphase dazu, die Entwicklungsprozesse aller Beteiligten zu reflektieren und die Beziehung zwischen Therapeutenperson und Klienten zu lösen.

Folgende Überlegungen können den Prozess der Beendigung hilfreich unterstützen.

Strukturelle Überlegungen

Die Studie über die Abschlussphase von Psychotherapien von Wittorf (1999) zeigt auf, dass in der Gesprächspsychotherapie das Therapieende von der Therapeutenperson eher ungern angesprochen wird. Hier wird der personenzentrierte Ansatz so verstanden, dass das Ansprechen des Therapieendes eher von Seiten des Klienten erfolgen sollte. Die Studie zeigt weiter auf, dass die Beendigungsphase in der Regel ein längerer Prozess ist, der ca. 15 % der Gesamtzahl der Therapiestunden ausmacht. Bei einer 60 Stunden umfassenden Therapie würden also ca. neun Sitzungen für die Abschlussphase eingeplant.

Da in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nicht nur diese, sondern auch die Eltern oder auch Jugendhilfeträger als Partner auftreten, liegen hier komplexere Beendigungsbedingungen vor. Es geht also nicht nur darum, das richtige Ende für das Kind zu finden, sondern ebenso die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche der Bezugspersonen im Blick zu haben und auch hier ein gemeinsam befriedigendes Ende zu finden. Im günstigsten Falle sind diese Vorstellungen identisch. Es muss jedoch auch klar sein, dass die Interessen und Bedürfnisse der Eltern und die des Kindes sehr unterschiedlich sein können. Fallen hier die Wünsche unterschiedlich aus, müssen in gemeinsamen Gesprächen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Beteiligten Raum und Wertschätzung erhalten. Auch die therapeutische Einschätzung sollte in das Gespräch eingebracht werden. Die große Herausforderung besteht darin, im Interesse des Kindes, unter Berücksichtigung der Elterninteressen und den realen Gegebenheiten eine Entscheidung zu treffen, der alle zustimmen können.

Steht ein Therapieende an, so ist zunächst die Frage zu beantworten, ob zuerst mit den Eltern oder mit dem Kind gesprochen werden soll. Da es um das Kind geht, wäre es richtig, mit ihm zu beginnen. Da die Eltern jedoch in therapiebegleitenden Elterngesprächen über den Therapieverlauf informiert werden und häufig Fragen zum weiteren Verlauf stellen, ergibt es sich viel eher in diesen Gesprächen die Frage nach dem Therapieende. Wird zunächst mit den Eltern gesprochen, sollte gut bedacht werden, wer dem Kind diese Überlegung über das Ende mitteilt. Hier besteht die Gefahr, dass das Kind sich übergangen fühlt. Es ist also an dieser Stelle wichtig, sehr feinfühlig und behutsam vorzugehen, um einvernehmlich mit dem Kind in diese Abschiedsphase zu treten.

In der Therapie mit Jugendlichen sollte immer das Therapieende mit den Jugendlichen direkt besprochen werden. Ein Übergehen ihrer Bedürfnisse widerspricht ihren altersbedingten Autonomiewünschen.

Zeitliche Planung

Die meisten Therapieansätze gestalten die Therapieabschlussphase durch eine Therapieintervallverlängerung. Die Termine werden in einem 2- bis 3-wöchigem Abstand vereinbart. Es findet ein ausschleichendes und niederfrequentiertes Arbeiten statt (Wittorf, 1997). Die Kinder und Jugendlichen können sich so an ein geringeres Therapieangebot gewöhnen und eine Loslösung aus der Therapiebeziehung wird einfacher.

Das tatsächliche Ende sollte auf dem Hintergrund anstehender Veränderungen im Leben des Kindes geschehen. In den letzten Therapiestunden sollte immer wieder an das bevorstehende Ende erinnert werden.

Bezugnehmend auf die oben ausgeführten bindungstheoretischen Überlegungen ist es sinnvoll, dem Kind oder Jugendlichen die Möglichkeit einer späteren Kontaktaufnahme in Krisenzeiten anzubieten. Viele Therapeuten bieten deswegen zusätzlich Stütztermine für evtl. Krisen- und Notfallsituationen nach einer abgeschlossenen Therapie an.

Bewährt hat sich auch die Übergabe eines Gutscheines für drei weitere Therapiesitzungen. Das Kind darf diese je nach Situation und Empfinden einlösen. In der Regel bieten diese Gutscheine eine Sicherheit für das Kind, in Not wieder hilfesuchend auf die Therapeutenperson zugehen zu können. Meist löst das Kind den Gutschein gar nicht ein, weil allein der Besitz des Gutscheines dem Kind die nötige innere Sicherheit und Autonomie verleiht. Das fängt Ängste auf und wirkt stabilisierend auf das Kind. Der Abschied wird leichter, da notfalls immer noch eine Kontaktmöglichkeit zur Therapeutenperson besteht.

Einleitung der Beendigungsphase

Soll die Beendigungsphase eingeleitet werden, ist es hilfreich und sinnvoll sich mit den bisherigen Trennungserfahrungen des Kindes und Jugendlichen auseinander zusetzen.

- Welche Trennungen, Abschiede und Übergänge hat das Kind, der Jugendliche bisher erlebt?
- Wie sind diese abgelaufen?
- Wie und was berichtet das Kind, der Jugendliche darüber?
- *Welche Bedeutung haben diese Trennungen und Abschiede für das Kind, den Jugendlichen?*

Reale Trennungssituation und Übergänge innerhalb der Therapie wie z. B. Urlaubssituationen, Krankheitsphasen sollten von der Therapeutenperson aufmerksam und genau beobachtet werden. Hier zeigen sich bereits konkrete Reaktionsmuster des Kindes darüber, wie es mit Trennungssituationen umgehen könnte.

Auch mit den Eltern sollte die Beendigungsphase gut besprochen und vorbereitet werden. Das bevorstehende Therapieende

kann bei vielen Eltern Ängste über die weitere Entwicklung des Kindes auslösen, speziell Ängste und Sorgen vor erneuten Krisen und Rückschläge. Es kann für die Eltern erleichternd und stabilisierend sein, wenn sie die Möglichkeit erhalten, nach Therapieende bei Bedarf einzelne Beratungsstunden in Anspruch nehmen zu können. Dies kann in Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen unkomplizierter angeboten werden als bei einer freiberuflichen Therapietätigkeit. Eine unterstützende Elternberatung kann in Krisen das Familiensystem stützen und eine weitere therapeutische Behandlung vermeiden.

Reflexion in der Beendigungsphase

Die letzte Phase beinhaltet die Chance auf einen intensiven Reflexionsprozess. Deshalb sollte sich die Beendigungsphase nicht allein auf ein Ritual in der letzten Therapiestunde reduzieren. Hier geht es um die Würdigung der Fortschritte und der Entwicklung während der gemeinsamen Zeit des Therapieprozesses wie auch um die Gefühle von Trauer, Sorge, Erleichterung oder Freude, die sich mit dem Ende vielleicht einstellen. Gleichzeitig sollte die Beendigungsphase einen Blick in die Zukunft werfen. Hier finden Schlussdiagnostik, Evaluation und Bilanzierung mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern ihren Platz.

Die Reflexion dient der Bewusstwerdung vollzogener Entwicklungsschritte. Folgende Fragen können dabei im Gespräch mit den Kindern/Jugendlichen dienlich sein:

- Was ist hier in der Therapie passiert?
- Wie ging es mir zu Beginn? Was hat mich damals bedrückt und beschäftigt?
- Wie geht es mir heute?
- Was hat sich im Alltag und bei mir verändert?
- Wo erlebe ich mich gereifter und stärker?
- Haben sich meine Erwartungen erfüllt?
- Wo stehe ich heute im Hinblick auf meine Ziele? Wie haben sich diese Ziele verändert?
- Was ist auch heute noch schwer für mich?
- Wie empfinde ich die Beziehung zur Therapeutenperson? Wie hat sich diese verändert?

Im nächsten Schritt ist es hilfreich, ressourcenorientiert in die Zukunft zu blicken. Hier können folgende Fragen gestellt werden:

- Welche Stärken habe ich entwickelt, die mir in Zukunft bei der Bewältigung von Krisen und Problemen helfen können?
- Was ist mir wichtig geworden für meine Zukunft?
- Was hilft mir, mich daran zu erinnern?
- Was möchte ich noch in der restlich verbleibenden Therapiezeit tun? Was ist mir jetzt noch wichtig?

Auch in der Zusammenarbeit mit den Eltern sollte die Beendigungsphase bewusst gestaltet werden. Auch hier wird eine intensive Reflektion angeregt. Fragen und Inhalte im Elterngespräch können ähnlich wie beim Kind sein. Zusätzliche Fragen können sein:

- Wo bin ich in meiner Elternaufgabe gereift? Wo fühle ich mich in meiner Elternaufgabe jetzt stärker?
- Was nehme ich als eine wichtige Erfahrung mit?
- Welche Befürchtungen und Sorgen bleiben zurück?
- Wie kann ich diesen begegnen und mit diesen umgehen?

Werden Termine immer wieder abgesagt oder nicht wahrgenommen, ist es manchmal schwierig, noch einen Beendigungsprozess so zu gestalten, dass eine ausführliche Reflexionsphase stattfindet. Ein Abschlussgespräch sollte jedoch auf jeden Fall erfolgen.

Kreative Impulse bei der Reflexion in der Beendigungsphase

Da sich Kinder weniger über Sprache ausdrücken, sind kreative Möglichkeiten in diesem Prozess hilfreich und unterstützend. Folgende Ideen können anregend wirken und die Ausdrucksmöglichkeit des Kindes oder Jugendlichen vergrößern.

- Das Kind erhält die Aufgabe: „Male ein Bild mit dem Thema: So ging es mir früher – So geht es mir heute.“ Die Aufgabe kann auch verändert werden, indem Spielfiguren für die Darstellung von ‚Früher‘ und ‚Heute‘ benutzt werden.
- Das Kind erhält die Aufgabe, die eigene Familie in Tieren darzustellen. Anschließend wird gemeinsam überlegt, eventuell mit Hilfe alter Aufzeichnungen, inwiefern sich in der Darstellung der Familie etwas verändert hat. Die Darstellung vereinfacht es dem Kind – sozusagen auf der Metaebene – auf die eigene Entwicklung zu schauen. Die Therapeutenperson kann diesen Prozess unterstützen, indem sie auch ihre eigene Wahrnehmung mitteilt: „Am Anfang dachte ich, du bist wie ein kleines ängstliches Vögelchen, das sich nicht traut fliegen zu lernen. Jetzt sehe ich aber, dass du flügge geworden bist. Jetzt bist du wie ein Vogel, der hinaus in die Welt fliegen möchte.“
- Wird der Therapieprozess nicht nur schriftlich, sondern auch mit Fotos dokumentiert, kann daraus am Therapieende ein Erinnerungsbuch entstehen. Wichtige Erlebnisse und bedeutsame Fähigkeiten des Kindes können in diesem Buch von der Therapeutenperson ressourcenorientiert festgehalten werden. Auf diese Weise kann der Therapieverlauf als ein kindgerechter „Bericht“ erfolgen, der auf anschauliche Weise für die Kinder und deren Eltern die Dokumentation einer erfolgreichen Therapie darstellt.
- Das Kind erhält in der Abschiedsphase einen Fotoapparat mit der Aufgabe, alle für ihn wichtigen Themen, Spiele, Szenen oder Erinnerungen festzuhalten. Über diese Fotos und ihre

Bedeutung für das Kind kann gesprochen werden. Versehen mit „Mutmach-Sätze“ kann auch daraus ein ressourcenstarkes Erinnerungsbuch werden.

Die Therapeutin/der Therapeut kann eigene wichtige Ereignisse ebenso festhalten und in das Erinnerungsbuch ergänzend eingeben.

Beispiel: „Als du die Boxerin im Boxring gespielt hast, die kämpft und kurz vor dem Aus immer wieder aufgestanden ist, hat mich das sehr beeindruckt. Die Boxerin hat nie aufgegeben. Das wünsche ich dir auch: immer wieder Mut, Kraft, Ausdauer und Energie.“

- Auch therapeutische Geschichten, die anhand der Lebensgeschichte des Kindes die Entwicklung eines Kindes beschreiben (vgl. Goetze, 2009; Hensel, 2006) sind eine eindrückliche Form, sich kindgerecht zu verabschieden.
- Hilfreiche Materialien zur optischen Darstellung von erreichten Therapiezielen sind in folgenden Büchern zu finden: „Das Zahlenskalen-Malbuch“ und „Das Figurenbilder-Malbuch“ von Manfred Vogt (2010).
- Anhand der kleinen Mutmach-Geschichte „Du schaffst das“ (Könnecke, 2010) kann über die Erfahrungen des Kindes, über seine Ängste, Freunde und seine Kraft reflektiert werden.

Die Therapeutenperson in der Beendigungsphase

Das Thema Therapieende löst bei allen Beteiligten eine Auseinandersetzung darüber aus, welche Auswirkungen und Bedeutung dies für das Kind hat. In den Hintergrund der Überlegungen gerät jedoch oft die Therapeutenperson selbst (Uhlhorn, 2007).

Meist gehen Therapien über mehrere Monate (Stark, 2011), so dass sich ein sehr enges Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Therapeutenperson aufbaut. Nicht nur das Kind oder der Jugendliche muss sich aus diesem engen Vertrauensverhältnis lösen, sondern auch die Therapeutenperson. Dabei können sich ganz verschiedene Gefühle einstellen, wie Stolz auf die gute Entwicklung des Kindes verbunden mit Zufriedenheit und Bestätigung, aber vielleicht auch Gefühle von Inkompetenz bei geringen Fortschritten und Unzufriedenheit, wenn Grenzen akzeptiert werden müssen, oder gar Trauer (Riedel, 2002; Wakolbinger, 2009).

Nicht immer, z. B. bei einem plötzlichen Wohnortwechsel, kann ein Therapieende optimal eingeleitet und durchgeführt werden. Dann bleibt die Therapeutenperson oft in der Ungewissheit über die weitere Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen alleine zurück. Es sollte nicht unterschätzt werden, inwiefern solche unvollendeten Therapien belastend auf die Therapeutenperson wirken können.

Jede Therapeutenperson bringt ihre eigene persönliche Geschichte mit in die Therapie, die unter Umständen an dieser Stelle der Therapie aktiviert werden kann. Um Übergänge in ihrer Relevanz zu verstehen, um bewährte Ressourcen zur Bewältigung zu identifizieren und die Bedeutung von begleitenden Menschen in Übergangsprozessen erkennen zu können, ist eine Reflexion eigener Trennungserfahrung und eigener Bindungsmuster unumgänglich. Bei einer Erhebung des Bindungsmusters von Therapeuten (Nord, Höger & Eckert, 1999; Wakolbinger, 2009) waren diese am häufigsten (49 %) „bedingt sicher gebunden“. Somit ist nicht ausgeschlossen, als Therapeutenperson selbst in eine Trennungskrise zu geraten.

Fragen zur Selbstreflexion:

- *Wie gehe ich selbst mit Abschieden um? Was verbinde ich mit Abschied?*
- *Welche eigenen Erfahrungen habe ich mit Abschiednehmen und Beenden in meiner Biographie gesammelt?*
- *Welche emotionalen Spuren haben die Abschiede in meinem Leben hinterlassen?*
- *Habe ich selbst eine Vermeidungshaltung und Ängste dem Thema gegenüber, schaue ich dem Therapieende gespannt entgegen oder vermeide es sogar?*

An dieser Stelle sollte sich die Therapeutenperson auch darüber Gedanken machen, welche Erwartungen sie hinsichtlich ihrer eigenen Therapieerfolge hat.

- *Wann ist ein Kind stabil genug, dass es aus einer Therapie entlassen werden kann?*
- *Wie lauten dazu die eigenen Maßstäbe; wie die des Kindes oder der Familie?*
- *Was geschieht mit nicht erreichten Therapiezielen?*

Es wird immer ein mehr oder weniger großer Zweifel zurückbleiben, ob die bisherigen therapeutischen Angebote ausreichend waren, um die Kinder und Jugendlichen auf die weiteren Herausforderungen des Lebens gut oder vielleicht auch nur ausreichend vorbereitet zu haben. Das Vertrauen in die Ressourcen und Potenziale des Kindes unterstützt die Therapeutenperson selbst in ihrem Loslösungsprozess aus der therapeutischen Beziehung.

Resümee

Die Beendigungsphase in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bedarf einer hohen Sensibilität. Es ist eine Phase, die für weitere Auseinandersetzung, Selbstreflexion und Selbstexploration zu nutzen ist. Es ist bedauerlich, dass im personenzentrierten Ansatz bisher wenig Augenmerk auf die

Beendigungsphase der Psychotherapie gerichtet wurde. Gerade das von Rogers entwickelte Persönlichkeitsmodell in Verbindung mit bindungstheoretischen Ansätzen zeigt hinsichtlich der Gestaltung einer gelungenen Beendigungsphase einer Psychotherapie wegweisende Möglichkeiten auf: Kinder und Jugendliche erfahren in der Beziehung mit der Therapeutenperson eine stabilisierende Bindungsqualität, erleben dadurch die Ermutigung zur Selbstexploration, entfalten ihre Ressourcen, aus denen ihnen neue ungeahnte Lebensbewältigungskompetenzen erwachsen. So muss die Beendigungsphase nicht ein belastendes Erlebnis werden, sondern bietet die große Chance, einen Entwicklungsprozess gut und zufriedenstellend abzuschließen, der auch weitere autonome Entwicklungsschritte ohne therapeutische Begleitung gelingen lassen kann.

Literatur

- Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Duden. Ein Wörterbuch sinnverwandter Wörter (2004). In: *Der Duden in zwölf Bänden*. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Ferenczi, S. (1984). Das Problem der Beendigung der Analysen. In S. Ferenczi (Hrsg.), *Bausteine zur Psychoanalyse*. Band III (S. 360–379). Bern: Huber.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2010). Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für eine moderne Frühpädagogik. *PERSON*, 14 (1), 43–53.
- Goetze, H. (2009). Metaphergeschichten – Über das Erfinden von Geschichten für Spieltherapieklintien. In M. Behr, D., Hölldampf & D. Hüsön (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 138–150). Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hensel, T. (Hrsg.), (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesse, H. (2011). *Stufen: Ausgewählte Gedichte*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Kast, V. (2004). *Sich einlassen und loslassen. Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung*. Freiburg: Herder.
- Könnecke, O. (2010). *Du schaffst das!* München: Sanssouci.
- Ley, K. (2011). *Die Kunst des guten Beendens: Wie große Veränderungen gelingen*. Freiburg: Herder.
- Müller-Ebert, J. (2001). *Trennungskompetenz: Die Kunst, Psychotherapien zu beenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*; 4: 76–86
- Novick, J., & Novick, K. K. (2008). *Ein guter Abschied: Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In E.-M. Biermann-Ratjen, J. Eckert & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 295–332). Springer: Heidelberg.
- Riedel, K. (1997). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung In C. Boeck-Singelmann et al. (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, (S. 159–180). Göttingen: Hogrefe.
- Rieber-Hunscha, I. (2005). *Das Beenden der Psychotherapie: Trennung in der Abschlussphase*. Stuttgart: Schattauer.
- Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer. (Original erschienen 1974: Operational theories of personality)
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counselling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin / *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1961a/1989). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. 1961: On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Stark, M. (2011). *Erhebung zur Ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Online verfügbar unter: http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/News/2011/Studie_DPtV.pdf, zuletzt aktualisiert am 09.02.2011, zuletzt geprüft am 02.08.2012.
- Stern, D. N. (1985). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uhlhorn, S. (2007). *Das emotionale Erleben von Patienten in der Beendigungsphase von Psychotherapien: Eine explorative Studie unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Osnabrück. (Verfügbar unter: www.ub.uni-osnabrueck.de. Retrieved June 03, 2012, from http://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2008070220/2/E-Diss795_thesis.pdf.)
- Vogt, M. (2010). *Das Zahlenskalenbilderbuch*. Bremen: Manfred Vogt Spieleverlag.
- Wakolbinger, C. Die präsenste Therapeutenperson. In M. Behr, D., Hölldampf & D. Hüsön (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*, (S. 59–77). Göttingen: Hogrefe. 59–77.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen: Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Wittorf, S. (1999). *Die Abschlussphase von Psychotherapien: Untersuchung zur Gestaltung der Beendigung psychotherapeutischer Behandlungen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Osnabrück. (Verfügbar unter: www.ub.uni-osnabrueck.de. Retrieved June 03, 2012, from http://www.dapo-ev.de/fileadmin/templates/pdf/wittorf_diss.pdf.)

Geschichten erfinden mit Therapiekindern

Ein Weg zur Selbstaktualisierung des Kindes

Sabine Crone

Nienstädt, Deutschland

Vor dem Hintergrund des personenzentrierten Umgangs mit Geschichten, Märchen und inneren Bildern entwickelt die Autorin ein Konzept um Kinder anzuregen selbst Geschichten zu erfinden, und das Kind über eine Erzählresonanz zu stärken. Ein Fallbeispiel, in dem ein Junge seinen eigenen therapeutischen Prozess in fortlaufenden Geschichten erzählt, rundet das Dargestellte ab.

Schlüsselwörter: Innere Bilder, Geschichten, Erzählresonanz, Aktualisierungstendenz, Symbolisierung

Inventing stories together with children in therapeutic treatment. A way of self-actualization. With a background of person-centered dealing with stories, fairy-tales and innermost images in child-therapy the author develops a concept describing how children are incited to invent their own stories, and in which way a resonance to their tales invigorates the them. A case of a boy, in which the same tells his own therapeutic process in continued stories completes the depiction.

Keywords: Inner images, stories, resonance to the stories, actualizing tendency, symbolization

Die Arbeit mit inneren Bildern, Symbolen, Träumen, Märchen und Geschichten war schon immer sinnstiftender Bestandteil psychotherapeutischen Handelns. Auch in der Kindertherapie spielen innere Bilder eine wesentliche Rolle. Sie finden ihren Ausdruck im Spiel und in der schöpferischen Gestaltung des Kindes in der Spielstunde. In der personenzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen bieten das Spiel und jede andere Ausdrucksform des Kindes die Basis für die Therapeutin¹, das Kind verstehend zu begleiten. Geschichten und Märchen werden als wesentliches Medium eingesetzt. Ich möchte vier Autorinnen und Autoren aus dem personenzentrierten Bereich beispielhaft in ihrem Umgang mit Bildern, Märchen und Geschichten in ihrer Therapie vorstellen, bevor ich zur Darstellung meines eigenen Konzeptes komme. Sie alle sind sich darin einig, dass Bilder und Symbole in der Therapie eine große Wirkung haben können und schreiben darüber eindrucksvoll in ihren Arbeiten. Bei der Überprüfung der Wirksamkeit meines Konzeptes wurden sie für mich wichtig und halfen mir, meinen eigenen Standort zu beschreiben.

Eine besondere kindertherapeutische Intervention ist nach Goetze (2009, S. 137ff.) das Erfinden und Erzählen von

„Metaphergeschichten“ für Kinder. In einer bestimmten Phase der Therapie zu einem sinnvollen Zeitpunkt, der aus dem Verlauf der Therapie erspürt werden muss, erzählt der Therapeut dem Kind eine Geschichte, die er für dieses Kind erfunden hat. „Der Therapeut spiegelt mit Metaphergeschichten zurück, wie er das Befinden des Kindes erlebt hat, indem er analog zum Problem des Kindes eine Geschichte erfindet“ (ebd., S. 138). In einer Metapher wird die Bedeutung einer Begebenheit in einem Bild ausgedrückt. Für die zu erzählende Geschichte wird z. B. ein Problem des Kindes in Bildern verschlüsselt, aufgeschrieben und dem Kind dann erzählt. Auf diese Weise kann sich das Kind mit seinem Konflikt auf einer anderen Ebene auseinandersetzen. „Mit Metaphergeschichten wird eine tiefere, symbolische Ebene reflektiert“ (ebd., S. 150).

Es ist nicht zu übersehen, dass mit dem Erzählen von Metaphergeschichten der Therapeut ein Ziel verfolgt. Er gibt einen Impuls mit einer bestimmten Absicht. „Therapeutische Metaphergeschichten verfolgen dagegen eine therapeutische Änderungsabsicht [...]“ (ebd., S. 139). Solch eine Intervention ist jedoch als Angebot gedacht – das Kind muss es nicht aufgreifen. Dieses Vorgehen ist zutiefst personenzentriert: Das Kind fühlt sich wahrgenommen und verstanden. Der Therapeut begegnet

Sabine Crone, geb. 1953, ist Sonderschullehrerin mit Schwerpunkt Sprachheilpädagogik, Mutter von fünf Kindern, ausgebildet in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und arbeitet seit zwanzig Jahren auch als Märchenerzählerin.

Korrespondenzadresse: Sabine Crone, 31688 Nienstädt, Schützenstraße 20, E-Mail: info@maerchencrone.de

1 Ich habe mich in meinem Artikel für die weibliche Form „Therapeutin“ entschieden, weil in der hier dargestellten Therapie die Begleitung durch eine Frau erfolgte (Ausnahmen nur im Zusammenhang mit einem Zitat).

dem Kind in dessen Welt, vielleicht an einer Stelle, wo das Kind selbst noch keine Ausdrucksmöglichkeit findet. Wie in einem Gleichnis erfährt das Kind in der Metaphergeschichte etwas über sich selbst. Nur indirekt wird sein Problem behandelt. Es ist gut, wenn die Geschichte eine positive Lösung aufzeigen kann (wobei das nicht die Lösung des Kindes sein muss). Jedoch werden dadurch seine Kräfte und die Zuversicht, dass es eine Lösung gibt gestärkt.

Sabine Weinberger (2005, S. 145ff.) beschreibt einen sehr kreativen und kindnahen Umgang mit Märchen, Geschichten und Metaphern. Es wird der Einsatz von Märchen in der Einzel-, Gruppen- und Familienarbeit vorgestellt.

„Die Arbeit mit Märchen bietet sich an, um

- das Kind mit seinen abgewehrten Gefühlen von z. B. Angst, Wut und Traurigkeit in Kontakt zu bringen,
- das Kind mit seinen Ressourcen in Verbindung zu bringen,
- dem Kind das Gefühl zu geben, mit seinem Problem nicht „der Einzige in der Welt“ zu sein,
- eigene Erfahrungen in das Märchen zu projizieren und somit noch einmal ‚durchzuarbeiten‘, (ebd., S. 147).

Wichtig ist eine gute Auswahl des Märchens; eines, das zur Situation des Kindes (der Gruppe, Familie) passt. Das Erzählen kann durch Malen, szenische Darstellung, Spiel am Sandkasten, Formen mit Ton oder Knete ergänzt werden.

Auch die therapeutische Geschichte spielt bei Weinberger eine wichtige Rolle als „eine individuell auf das Kind zugeschnittene Geschichte“ (ebd., S. 150). Anwendung und Ziele, wie wir sie auch beim Märchenerzählen vorgefunden haben, werden beim Geschichtenerzählen noch ergänzt. Es ermöglicht:

- „innere Suchprozesse in Bezug auf eigene Lösungen anzuregen,
- dem Kind Lösungswege aufzuzeigen, die seine bisherigen Muster, mit einer Situation umzugehen, durchbrechen und neue Erfahrungen ermöglichen“ (ebd., S. 152).

Anleitungen zum Erfinden von therapeutischen Geschichten werden gegeben sowie Übungen für den Zugang zu Märchen und Geschichten und deren gestalterische Umsetzung. Es bestätigt mein Konzept, dass Weinberger (ebd., S. 154) vorschlägt, die Therapiekinder auch eigene Geschichten erzählen oder aufschreiben zu lassen und diese eventuell durch gemalte Bilder zu ergänzen.

Ruth Etienne Klemm (2003) sucht mit ihren Klienten nach deren inneren Bildern und Geschichten. Dies können Bilder sein, die die derzeitige Situation des Klienten widerspiegeln. Die „kognitive und emotionale Wahrnehmung seines Problems“ (ebd., S. 224) durch das innere Bild wird dem Kind geholfen, seine Situation neu zu erkennen und Lösungswege

zu finden. Das sind Bilder, „aus dem Heute geboren für das Heute“ (ebd., S. 224).

Eine andere Art von inneren Bildern sind die „Überlebensbilder“, die einst in einer schweren oder traumatischen Situation dazu dienten, „psychisches Überleben zu sichern und sich einen kreativen, lebendigen inneren Raum mit einem schützenden, tröstenden, verbindenden Übergangsobjekt zu erhalten und eine Gegenwelt aufzubauen“ (ebd., S. 225). Klemm weist darauf hin, dass diese Bilder einen so individuellen Ursprung haben, dass sie nur vom Klienten selbst wiedergefunden, wieder erinnert werden und auch nach Jahren noch ihre positive, eigene Dynamik entfalten können.

Für ihren Umgang mit inneren Bildern prägt Klemm den Begriff der „Bilderresonanz“. „Es ist dann, als würde man [...] ins Bild des Klienten springen, sich darin bewegen, ohne darin verloren zu gehen und diese Welt erlebnismäßig verfügbar zu machen“ (ebd., S. 221).

Vier Aspekte aus der außerordentlich umfassenden Forschungsarbeit von Klemm (vgl. Klemm, S. 217ff.) möchte ich im Hinblick auf meinen eigenen Umgang mit dem Erzählen von Geschichten hervorheben:

- Das Finden, Erfinden und Erzählen der inneren Bilder entspringt dem Bedürfnis, die Welt zu ordnen, zu erklären und zu verstehen.
- Es fördert das Erleben der eigenen Identität und Geschichtlichkeit und damit „eine höchstpersönliche Problemlösung und [...] auch eine vorwegnehmende wunscherfüllende Lebensperspektive“ (ebd., S. 218).
- Es regt innere Kommunikationsprozesse an, indem alte und neue Erfahrungen abgeglichen werden.
- Es drückt die Sehnsucht nach Beziehung und Zugehörigkeit aus als ein Grundbedürfnis des Menschen und hilft u. U., sich sozial neu einzubinden.

Durch mein Fallbeispiel werden diese Aspekte besonders deutlich und bestätigt.

Herta Krismer-Eberharter und Jobst Finke (2008) sehen im Märchen ein hervorragendes Medium, um die Selbstexploration des Klienten anzuregen und zu vertiefen. Die Gründe, warum sich Märchen dafür besonders eignen, möchte ich hier zusammenfassen:

- „Die markanten, prototypischen Figuren und die plastischen Szenen sprechen unsere Gefühle unmittelbar an und evozieren die Projektion eigener Probleme“ (ebd., S. 49).
- Eine lange Erzähltradition, die das Märchen als „kollektive Imagination“ (ebd., S. 49) hervorgebracht hat, und die individuelle Erfahrung mit der Erzähltradition in der eigenen Familie schwingen gleichermaßen immer wieder erneut bei jedem Märchen-Hören und -Lesen mit. Sie rühren an die eigene Kindheit und frühe Prägungen.

- „Die Bildsprache des Märchens eröffnet mit ihrer unmittelbaren Anschaulichkeit und Vieldeutigkeit einen Zugang zum organismischen Erleben“ (ebd., S. 49f.).
- Der Klient kann sich über die Bildsprache des Märchens mit seiner eigenen Thematik befassen. Dies ermöglicht ihm zunächst eine Distanz zu seiner eigenen Problematik. Krismer-Eberharter und Finke betonen, dass dies hilfreich sein kann, wenn Klienten „ihr Selbstkonzept in unerträglicher Weise bedroht sehen“ (ebd., S. 50).
- Die Bildsprache der Märchen regt die Phantasie an und ruft eigene Wünsche und Sehnsüchte hervor. Sie aktiviert somit ein „utopisches Potential“ (ebd., S. 50) und eröffnet damit für den Klienten Zukunftsaspekte.
- Märchen bieten kreative und spielerische Problemlösungen an.
- Die Suchwanderung des Märchenhelden kann „ein Sinnbild der Aktualisierungstendenz sein. Sie ist dann gewissermaßen die Folie, auf die hin der Klient seinen eigenen Lebensweg und seinen Wachstumsprozess reflektieren sowie seine Entwicklungsziele neu überdenken kann“ (ebd., S. 50).

Das Märchen bietet reiche Facetten von Projektions- und Identifikationsmöglichkeiten an. Es erhellt die eigene Situation und macht sie anschaulich erlebbar. Der Therapeut begleitet den Klienten empathisch und wertschätzend in dessen Auseinandersetzung mit den Bildern des Märchens. Krismer-Eberharter und Finke stellen dies an einem eindrucksvollen Fallbeispiel dar.

Voraussetzung personenzentrierter Arbeit mit Märchen ist eine fundierte Märchenkenntnis des Therapeuten, der ein der Thematik des Klienten optimal entsprechendes Märchen anbieten können sollte. Im besten Fall greifen Klienten selber auf Bilder ihnen bekannter Märchen zurück.

Konzept zum Erfinden und Erzählen von Geschichten in meiner Arbeit

Zwei mich sehr prägende Erfahrungen führten mich zur Entwicklung meines eigenen Konzeptes des Erzählens mit Therapiekindern: In meiner jahrzehntelangen Arbeit als Märchenerzählerin vor allen Altersstufen habe ich vor allem beim Erzählen vor Kindern (meistens in Schulen) immer wiederkehrende Beobachtungen machen können:

- Kinder hören beim Märchenerzählen viel aufmerksamer zu als bei der Vermittlung von Unterrichtsinhalten. Sie sind geradezu gebannt und wie „in einer anderen Welt“. Selbst unruhige, ja sogar hyperaktive Kinder werden ruhig und hören zu. Die von Lehrern angekündigten „Störenfriede“ habe ich nie kennen gelernt.

- Nach dem Märchenhören erzählen Kinder von den eigenen inneren Bildern, die sie beim Zuhören „gesehen“ haben, wenn man ihnen die Möglichkeit dazu gibt.
- Dieses „Bildersehen“ ist oft mit einem so starken Erleben verbunden, dass ganz konkrete Gefühle wie Freude, Angst, Trauer, Hoffnung ... spontan vom Kind benannt werden. Auch Wünsche und Sehnsüchte gehören dazu bis hin zu der Äußerung eines Abiturienten, in dessen Klasse ich über die Bedeutung des Märchens in der Romantik gesprochen hatte: „Jetzt weiß ich, dass ich innerlich stark werden muss, um mein Leben zu meistern“.

In meiner kindertherapeutischen Arbeit erlebte ich andererseits, welche tiefgreifende Veränderungen beim Kind durch ein Resonanz gebendes therapeutisches Verhalten ausgelöst werden. Wissend um den großen Wert des Erzählens und angeregt durch die Möglichkeiten, die mit der „Interaktionsresonanz“ (Behr, 2009) verbunden sind, begann ich in meiner Praxis mit Kindern Geschichten zu erfinden. Daraus erwuchs mein Konzept, das ich hier vorstellen möchte.

Es erfordert ein behutsames Vorgehen bei der Frage, ob ein Kind im Rahmen der Therapiestunde erzählen möchte. Meist wird diese Frage nach etlichen Stunden überhaupt erst möglich sein. Grundsätzlich biete ich allen Kindern die Möglichkeit des gemeinsamen Erzählens an, unabhängig von Störungsbildern. Vorher muss eine gute Beziehung entstanden sein auf der Grundlage der bedingungslosen Akzeptanz. Das Kind muss das Vertrauen haben, dass seine Geschichten nicht als Leistung (wie z.B. Schulaufsätze) bewertet werden. Kinder, die schulische Probleme besonders im sprachlichen Bereich haben, wehren sich bei der Frage nach dem Erzählen meistens sofort mit dem Hinweis, dass sie bei mir doch nicht in der Schule seien. Das sollte man dann auch akzeptieren. Ich stelle die Frage nach dem Erzählen ganz behutsam so: „Wollen wir eine Geschichte erzählen?“ Ist es dazu bereit, wird das Kind dankbar sein, dass es hier nicht alleine etwas „leisten“ muss. Manchmal hat es aber auch einfach nur Lust, gemeinsam zu erzählen, wie man ja auch gemeinsam spielt.

Meine nun folgenden Fragen ähneln der Regieabfragung beim Rollenspiel (vgl. Behr, 2009):

- „Was meinst du, wer in der Geschichte vorkommt?“
- Wie alt ist derjenige?
- Wann spielt das Ganze? Und wo?
- Was passiert in der Geschichte?
- Was ist noch wichtig?
- Wer von uns soll beginnen?“

Mit diesen Fragen führe ich das Kind an seine eigene Bilderwelt heran. Oft fordert es mich auf, mit dem Erzählen zu beginnen, weil es vielleicht selbst noch unsicher ist. Ich greife nun die Regieanweisungen des Kindes auf, beginne zu erzählen und zwar so freilassend wie irgend möglich, was die Handlung

betrifft. Vielleicht gebe ich auch nur eine kurze Einstimmung. Ich erzähle z. B. – wie vorher besprochen – von einem Jungen (oft heißt er wie das Therapiekind und ist gleichen Alters), der sein Elterhaus verlässt. Und dann kann das so klingen: „Er läuft über eine Wiese, die so bunt ist, dass ihm rote, gelbe und blaue Farben entgegenleuchten. Die Sonne scheint ganz warm, und er spürt diese Wärme am ganzen Körper. Und es riecht nach Sommer – riechst du das? – ein bisschen nach Heu und nach Blumen und nach Sonne.“ Wichtig ist, dass starke Sinneserfahrungen mit dem Erzählen verbunden sind, da sie das Erleben des Kindes vertiefen und es sich auf diese Weise in die Geschichte hineingetragen fühlt. Adjektive machen das Erzählte farbig und spürbar. Gut ist es, im Präsens zu erzählen: Gerade jetzt geschieht dies alles, gerade jetzt kann das Kind das alles erleben. Habe ich mich zuvor durch das Regieabfragen mit dem Kind seiner Bilderwelt genähert, so ist jetzt durch den erlebnisnahen Erzählansatz das Tor in den Innenraum dieser Bilderwelt aufgetan. Das Kind kann sich nun frei darin bewegen.

Vielleicht nur durch eine kleine Geste übergebe ich das Erzählen an das Kind. Erzählfreudige Kinder „spinnen den Faden“ nun ohne Schwierigkeiten weiter. Meine Rolle wechselt von der Erzählerin zur aktiven ZuhörerIn: Mit Spannung verfolge ich nun die Geschichte und werde, wo es möglich ist, dem Kind durch meine Gestik und Mimik, durch Laute und Töne Resonanz geben und so sein Erzählen unterstützen. So stelle ich z. B. bei der Schilderung des Hurrikans in der ersten Geschichte meines Therapiekindes das aufgewühlte Meer und die hohen Wellen mit meinen Armen gestisch dar. Ich mache dabei das Rauschen des Meeres durch Zischlaute hörbar. Für das Kind bedeutet das ein intensiviertes Erleben seines Erzählens.

Hier kann das Prinzip der „Interaktionsresonanz“ von Behr seine uneingeschränkte Anwendung finden: „Die TherapeutIn interagiert nun mit dem Kind in dem von ihm gewählten Medium. Analog den oben beschriebenen Konzepten macht sie sich als reale Person und zugleich nicht lenkende Person erfahrbar. Auf das Spielhandeln des Kindes gibt sie gleichfalls spielhandelnd Antwort. Sie tut etwas darauf Bezogenes, Analoges mit ähnlicher Energie und Richtung, aber nicht dasselbe [...]. Sie zirkuliert, vibriert, agiert wie ein Körper, der durch die kindliche Aktivität zum Schwingen gebracht ist, der Vorgabe zwar folgt, aber sie mit anderer Tönung, Gestalt, Ausprägung ausdrückt. Sie gibt Resonanz in der Interaktion, Resonanz durch ihr Handeln im Medium“ (Behr, 2009, S. 48).

Interaktionsresonanz beim Erzählen wertet das Erzählte auf und würdigt es, gibt ihm mehr Farbe und Leben. Sie ergänzt es auf einem anderen Sinneskanal und macht es hörbar, sichtbar, fühlbar. Das Kind kann sich dabei wahrgenommen, verstanden und getragen fühlen. Es erlebt sich in einer Weise wie sonst nie, und sein Erzählfluss wird immer weiter angeregt und

gestärkt. Manche Kinder brauchen die oben beschriebene Hinführung und Einstimmung nicht. Sie wollen ihre Geschichte selber erzählen. Interaktionsresonanz oder hier passender: Erzählresonanz begleitet aber selbstverständlich das Erzählen des Kindes weiterhin.

Fallbeispiel

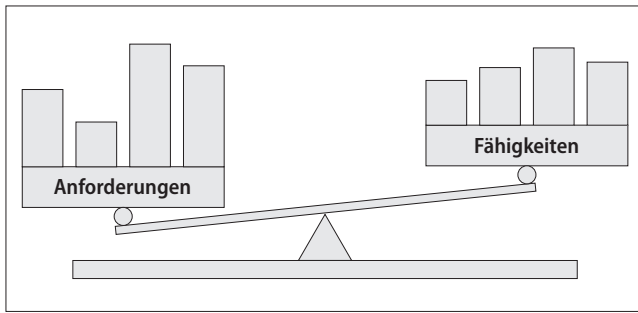
Ich möchte am Beispiel eines Therapiekindes – nennen wir es Jakob – aufzeigen, wie durch selbst erfundene Geschichten des Kindes ein therapeutischer Prozess sichtbar geworden ist, und Probleme bearbeitet und aufgelöst werden konnten. Die Geschichte erzählte Jakob alleine. „Das kann man nur alleine, Geschichten erzählen“, sagte er mir, als ich ihm vorschlug, ob wir eine Geschichte erzählen sollen. So übernahm ich von Anfang an die Rolle der aktiven ZuhörerIn und wendete die oben beschriebene Erzählresonanz im Sinne der Interaktionsresonanz an.

Doch nun zu Jakob: Es handelt sich um einen Jungen mit einem psychogenen Stottern. Steckbriefartig möchte ich die Anamnese skizzieren: Er ist zu Beginn der Behandlung acht Jahre alt, im zweiten Schuljahr, kommt aus einer Akademikerfamilie. Er hat einen um drei Jahre älteren Bruder, der schwerst mehrfachbehindert ist. Jakob selbst war eine Frühgeburt (acht Wochen zu früh). Sein Geburtsgewicht betrug knapp ein Kilogramm. Er lag längere Zeit im Brutkasten. Trotz dieses belastenden Lebensbeginns gestaltete sich die frühe Kindheit normal, nachdem Entwicklungsdefizite aufgeholt worden waren. Die Entwicklung war dann zeitgerecht, so auch die Sprachentwicklung. Mit sechs Jahren wurde er eingeschult. Er ist ein ausgesprochen begabtes Kind. Die schulischen Leistungen sind gut bis sehr gut. Die Mutter gibt an, dass er sehr gewissenhaft bis perfektionistisch sei. Er stünde gern im Mittelpunkt, könne beim Spielen schlecht verlieren und neige zu Wutausbrüchen.

Mit 6 Jahren beginnt sein Stottern, das sich in der ständigen Wiederholung von Bindewörtern (und, wenn, aber, oder, denn) äußert und eine andere Bedeutung hat als bei einem Kind, von dem man sagt, es redet schneller als es denkt.

Aus den vielen Theorien zur Ätiologie des Stotterns ist mir besonders das Modell von Starkweather und Gottwald (in Sandrieser & Schneider, 2004, S. 54ff.) wichtig geworden. Dieses Modell, welches sich aufgrund seiner Anschaulichkeit auch gut für die Psychoedukation von Eltern eignet ist diagnostisch wertvoll: Es betont die Bedeutung des Gleichgewichtes zwischen Anforderungen und Fähigkeiten für ein flüssiges Sprechen. Stottern entsteht, „wenn ein andauerndes oder ausgeprägtes Ungleichgewicht besteht zwischen den motorischen, kognitiven, linguistischen und sozialen Anforderungen auf der einen Seite und den motorischen, kognitiven, linguistischen und emotionalen Fähigkeiten auf der anderen Seite“ (ebd., S. 54).

Abbildung 1: Modell von Anforderungen und Fähigkeiten bei der Entstehung von Stottern (Sandrieser & Schneider, 2004, S. 55)



Die Anforderungen können von außen an das Kind hergetragen werden oder das Kind stellt sie als Anspruch an sich selbst. (Ich beschränke mich bewusst auf diese Theorie zur Ätiologie des Stotterns. Sie erhellt in meinem Fallbeispiel den diagnostischen Hintergrund. Weiter auf das große Gebiet der Ursachen von Stottern einzugehen, würde den Rahmen des Beitrages sprengen).

Auch bei Jakob liegt ein Ungleichgewicht vor: Seine Fähigkeiten sind zwar überdurchschnittlich, aber die an ihn gestellten Erwartungen und seine eigenen Ansprüche an sich selbst sind immens. Es liegt nahe, dass er auch für seinen schwerstbehinderten Bruder „mitleisten“ und ausgleichen muss, wozu dieser nicht in der Lage ist.

Starkweathers und Gottwalds Modell von dem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Fähigkeiten als Auslöser des Stotterns wird durch die personenzentrierte Diagnostik bestätigt. Jakob wird aufgrund seines Selbstkonzeptes getrieben, gut zu funktionieren und Leistung zu bringen. In ihm sind viel Wut (Wutausbrüche!) und Trotz, die aber in der Familie nicht erwünscht sind. Ein engmaschiges außerschulisches Förderprogramm (Flöten, Tanzen, Fußball, Tennis und Therapien) zwingt ihn zusätzlich ein, verärgert ihn zeitweise und macht ihn lustlos. Wie Jakobs spätere Geschichten zeigen werden, trägt er ein Selbstkonzept in sich, in dem er „außergewöhnlich“ gut sein muss. (Die Helden seiner Geschichten bezeichnet er als „außergewöhnlich schnell“, „außergewöhnlich klug“, ...). Er muss perfekt sein, darf sich keine Fehler erlauben und auch keine negativen Seiten von sich zeigen. Seine ‚conditions of worth‘ bedeuten für Jakob, dass er umso mehr geliebt wird, je mehr er leistet. Vordergründig gehen die Ansprüche der Eltern an ihn mit den eigenen Ansprüchen an sich selbst konform. Sein Stottern ist jedoch das Kardinalsymptom seiner Inkongruenz. Eigentlich ist er in allem sehr gut, aber der äußere und innere Leistungsdruck sind zu stark und führen zu einer großen inneren Spannung.

Therapieverlauf

In den ersten zehn Stunden spielt Jakob ausschließlich mit der Ritterburg, in der „die Guten“ wohnen, immer repräsentiert durch Tiere. Seine Identifikationsfigur ist dabei der Fuchs. „Die Bösen“ wohnen in einer zweiten Burg und variieren in Gestalt und Stärke: Mal sind es die bösen Mikados oder Murmeln, Dominosteine oder Xylophonschläger. Das Muster ist immer das Gleiche: Die Bösen greifen an, nehmen die Tiere gefangen, und der Fuchs rettet die Situation. Die Bösen werden getötet, verschleppt oder gefangen, und die Tiere können weiter friedlich in der Burg leben. Einige Motive fallen besonders auf, z. B. das Motiv des sich Opfern. Da ist z. B. das kleine Schaf, das sich opfern und verbrennen lassen will, „damit ich nicht mehr so viel leiden und die Angriffe der Bösen aushalten muss.“ Da ist aber auch das Motiv des unfriedlichen Königs, der über alle Erdreiche herrscht. Die Tiere wollen „ein Band des Friedens legen“, aber der unerbittliche Herrscher dröhnt: „Ich bin der König über Europa, Asien, Amerika, Afrika und Australien. Es gibt keinen Frieden!“ Hier zeigen sich innere Kräfte, mit denen Jakob sich auseinandersetzen muss.

Jakobs Kampfhandlungen gehen oft in handfeste Schwertkämpfe mit mir über. Zunächst verstärkt sich noch einmal das Stottern. Jakobs Mutter klagt darüber, so wie auch über große Auseinandersetzungen mit ihm. Jakob habe es „auf Kampf angelegt“. Aber dennoch ist bereits nach der sechsten Stunde sein Stottern kaum noch wahrzunehmen.

Ich finde keine neuen Aspekte in seinem Spiel und schlage ihm in der achten Stunde vor, dass wir eine Geschichte erzählen. Er greift den Vorschlag begeistert auf, und nun beginnt eine Serie von dreizehn Geschichten, die deutlich seinen therapeutischen Prozess widerspiegeln. Zu Beginn jeder Stunde erzählt er eine Geschichte, die etwa fünf bis acht Minuten dauert. Seine Geschichten schildern so eindrucksvoll seine seelische Situation, dass ich drei davon wiedergeben möchte. Unabhängig davon bleibt sein Spiel mit der Ritterburg als immer wiederkehrendes Motiv erhalten.

Der erzählte eigene therapeutische Prozess

Die Geschichte von der Maus Willi

„Es war einmal eine Maus, die hieß Willi. Es war eine sehr kluge Maus und eine Maus, die sehr gerne Abenteuer erlebte. Die Maus Willi fuhr mit einem ... (unverständlich) und wollte da ein Abenteuer erleben. Dann ging sie zum Hafen. Da war nämlich ausgerechnet in einem großen, großen Kreuzfahrtschiff eine kleine Klappe, aber in der keine Mausefalle drin war. Im Gegenteil: Da war keine drin, aber Speck und Käse und Wasser, aber keine Falle. (Er beschreibt nun mit seinen

Armen die Größe des Lochs.) Und dann ging die Klappe zu, und da blieb sie dann, und dann war alles aus. Und auf einmal: ‚Tüt, tüt‘ – das war das Einzige, was sie hörte. Nämlich auf einmal gab es einen Ruck durch das Wasser, und auf einmal bewegte sich alles. Und da dachte sie: ‚Ich bin auf einem Schiff gelandet, auf einem Schiff, und wie soll ich da jemals wieder rauskommen?‘ Aber das Gute war: Sie konnte die Klappe aufmachen. Aber das Blöde war: Der Hafen war schon bestimmt 50 km entfernt und am Horizont. Und da dachte sie: ‚Es ist ja Verpflegung hier, und dann muss ich mich darum kümmern und mich hier wohlfühlen.‘ Aber da hatte sie sich geirrt. Das Kreuzfahrtschiff schwamm nämlich auf etwas anderes zu. Also das Kreuzfahrtschiff war schon ungefähr eine Woche gefahren, und es war auch sehr schnell. Und es war ja von Deutschland, von Rügen aus ... und war schon fast in Argentinien. Und da passierte etwas Komisches: Auf einmal breitete sich eine kleine Wolkenmasse aus, die im Kreis geht. Nach einer Stunde – es war immer noch zu sehen – die fuhren immer mehr auf den Kreis zu. Auf einmal wurde das Wasser doller. Da wurde es sooo doll, und auf einmal waren sie in einem richtigen Hurrikan. Und da auf einmal fuhren sie rein und schleuderten das Boot nach oben. Schschsch. Und dann landete es mitten in dem Hurrikan. Und da sagten ganz viele Stimmen: ‚Über Bord!‘ Und da sprangen tausend, ja Millionen Leute von Bord, sprangen in die Fluten.“

Therapeutin: „Und ertranken?“

Jakob: „Ich weiß auch nicht, was das soll, aber das haben die getan. Und die Maus Willi sagte: ‚Hm, nun bin ich ganz alleine.‘ Weil die war ja noch in ihrer Klappe. Auf einmal war der Hurrikan weg, und es waren auch keine Wolken mehr am Himmel. Da sagte die Maus: ‚Ich sehe etwas! Ich sehe da oben eine Falltür.‘ Und da erkannte sie, dass das Ganze in einem Mäuseschiff drin war, (er beschreibt das Boot) das für eine Person ist mit Vorratskammer, Schlafbett, Dusche und das Steuer ganz oben. Und da fuhr sie weiter, weiter bis zu den Pinguinen. Und dann hielt sie da an und wusste: ‚Aha!‘ Und dann freundete sie sich mit einem Pinguin an, der hieß auch Willi, und dann konnte sie auch mit ihm spielen. Und das ist das Ende der Geschichte.“

Seine Geschichten beginnen oft mit den besonderen Fähigkeiten der Tiere: „Fridolin war ein außergewöhnlich kluger und schneller Schwimmer, und er konnte superschnell laufen und springen, denn er war ein Superpinguin.“ Oder: „Es war einmal eine kleine Rakete, die war sehr schlau, denn sie flog sehr schnell – mit Lichtgeschwindigkeit.“ Aber es klingt auch ein anderes Motiv an, nämlich besondere Fähigkeiten bei einem gleichzeitigen Mangel: „Es war einmal ein Känguruh, das war sehr klug und sehr groß, aber nicht besonders stark.“ Oder: „Es war einmal ein Jäger, der war ein nicht so guter Denker, aber er war gut im Schießen.“ Jakob verarbeitet hier wohl sein eigenes

sprachliches Defizit. Der erwähnte Mangel hat in seinen Geschichten aber keine weitere Bedeutung.

Es zeigt sich immer wieder, dass Jakobs Geschichten von außergewöhnlichen Helden (meistens Tieren) berichten, die Außergewöhnliches leisten müssen. Ein Erzählmuster zeichnet sich ab:

- Die Hauptfigur seiner Geschichte wird von der Gemeinschaft getrennt oder sogar – wie in der vierten Geschichte – von der Familie fortgejagt: Die Eisbärfamilie heißt mit Nachnamen „Fischfang“. Eisibär, der Sohn, hat nur seinen Vornamen. Die Zugehörigkeit ist aufgehoben. Er erlebt Alleinsein, Einsamkeit und Traurigkeit, die auch so benannt werden.
- Die Handlung ist immer dramatisch. Es müssen schwerste Situationen durchgestanden werden: Die Maus Willi muss einen Hurrikan bestehen. Der Pinguin Fridolin muss mit einem Orcawal fertig werden. Eisibär wird von Touristen beschossen, er überlistet sie und frisst am Ende noch deren Fische.
- Nach bestandener Prüfung wird der Held wieder in die Gemeinschaft aufgenommen: Willi landet bei den Pinguinen und freundet sich mit einem Pinguin an, der auch Willi heißt. Eisibär trifft Eisibär und „sie wurden beste Freunde“. Dies könnte ein Bild dafür sein, dass Jakob sich innerseelisch selbst begegnet und mit sich Freundschaft schließt. Fridolin feiert mit seinen Freunden den Sieg über den Orca. Die Freunde spielen überhaupt eine große Rolle in den Geschichten, besonders in einer Geschichte, die ausschließlich von der Suche nach einem Freund handelt.

Wie ein roter Faden durchzieht dieses Erzählmuster die meisten seiner Geschichten.

In seiner fünften Geschichte setzt sich Jakob mit den Gegensätzen „ganz klein“ und „riesengroß“ auseinander, wobei das auch für „unbedeutend“ und „bedeutend“ steht. Ein riesiger Käfer, der nur von 1000 Fotografen in einem Bild festgehalten werden kann und für dessen Bild eine riesige Zeitung gedruckt werden muss, hat am Schluss keine Bedeutung mehr, während ein kleiner, gefangener Käfer, von dem parallel erzählt wird, nach einer Leidenszeit seine Freiheit erhält. Dies ist die elfte Stunde. Zum ersten Mal findet kein Ritterburgspiel statt. Es geht vielmehr um einen Wettkampf zwischen zwei Flugzeugen mit anschließender Siegerehrung.

Aus allen Stunden ragt die fünfzehnte Stunde heraus. Jakob erzählt seine zehnte Geschichte.

Die Geschichte von der Katze

„Es war einmal eine Katze, die war sehr klein, aber sehr schnell. Die war ganz jung, und die hieß Jonathan. Und auf einmal kletterte sie mit Mühe einen Baum hoch – sie versuchte es. Als sie zwei Meter hoch war, rutschte sie auf einmal ab und flog nach unten. Und zwei Meter ist ja für eine Katze, die gerade mal so groß ist (er zeigt die Größe mit den Händen) – sogar wenn wir

von zwei Metern Höhe fallen und auf einen Stein, das ist auch nicht so angenehm. Und sogar noch beim Kätzchen! Und die ist dann voll auf die nassen Straßenplatten gefallen und hatte hier (zeigt auf seine linke Seite) eine richtige Blutwunde. Die Mutter und der Vater kamen alle herbei gerannt und stupsen sie dann in ihr Katzennest. Ihr Katzennest war zwar noch im Haus, aber es war ein Loch ... (beschreibt sehr genau das Katzenhaus). Da schubsten sie es in das Krankenzimmer. Der Vater war ja Arzt, also ein Katzenarzt. Der hatte so bestimmte Steine und ganz bestimmte Körner, so Roggen und so was. Und damit konnte er sie heilen. Er nähte mit Mais die Wunde und mit Steinen machte er die Wunde zu, damit kein Dreck hereinkam. Und dann sagte die Katze: ‚Ich werde erst auf einen Baum klettern, wenn ich richtig groß bin.‘“

Das ist etwas Neues! Das meint ja: Ich mute mir nicht *mehr* zu, als ich bewältigen kann. Ich will nicht mehr so hoch hinaus. Parallel zu Jakobs seelischem Fortschritt hat sein Stottern ganz aufgehört. Sicherlich förderte auch die intensive Elternarbeit, in der vor allem Fragen des zu hohen elterlichen Anspruchs an das Kind behandelt wurden, diesen positiven Prozess.

In der siebzehnten Stunde erzählt Jakob seine zwölfte Geschichte:

Die Geschichte vom Jungen, der gerne ein Ritter sein wollte

„Es war einmal ein Junge, der wollte gern ein Ritter sein, aber in dieser Zeit gab es ja keine Ritterburgen und Ritter. Die waren ja schon vor längerer Zeit. Er schaute immer gerne Gemälde an. Eines Tages ging er ins Museum. Da sah er eine kleine Luke. Darauf war noch nie jemand gekommen. Es war alles verstaubt. Und da durch guckte er und sah ein Bild. Das war von einer schönen Ritterburg, wo alle Ritter drauf standen. Als er genau eine Minute darauf geguckt hatte, guckte er nicht mehr in das Bild. Er guckte auf die Ritterburg. Er war mitten auf dem Schlachtfeld. Er war mitten auf dem Turnier, was gerade die Ritter veranstalteten. Voller Freude ging er ins Zugtor und bat um Einlass. Dort wurde er als Page eingestellt, und dort musste er braten, servieren und Tisch decken. Er machte seine Arbeit so gut, dass eines Tages der höchste Koch zu dem Jungen sprach: ‚Wenn du so weiter machst einen Monat lang, dann bekommst du von mir einen schönen blauen Edelstein.‘ Er zeigte ihn, und dem Jungen gefiel der Edelstein. Er war so schön, so blau glänzend, dass er ihn eigentlich immer haben mochte. Und die Tage vergingen immer schneller und schneller. Und irgendwann, also er hatte ja am 1. November angefangen, und am 1. Dezember da weckte ihn jemand aus seinem Schlaf, also morgens. Da stand der höchste Koch mit einem Edelstein: ‚Hier ist dein Lohn.‘ Er nahm ihn. ‚Möchtest du jetzt noch weiterarbeiten?‘ Da fiel ihm ein, dass er eigentlich... Nur, er wusste gar nicht, ob das echt war. Und dann

irgendwie stand er wieder vor dem Bild. Aber in der Hand, in seiner ausgefahrenen rechten Hand lag der blaue Edelstein. Und dann sah er hinter sich seine Eltern, und er zeigte ihnen den Edelstein. Und sie fragten ihn, wo er gewesen sei, und er erzählte ihnen die ganze Geschichte von neuem. Und diesen Edelstein bewahrte er gut auf, denn den hatte er ja von der Ritterburg bekommen.“

Noch einmal taucht also das Motiv der Ritterburg auf, nun aber innerseelisch. Ein Ritter will er doch werden und wird am Ende „nur“ ein Page, der kocht, den Tisch deckt, serviert und damit zufrieden ist. Er nimmt einen wertvollen Stein (Schatz) als Geschenk mit nach Hause, den er gut bewahrt. Er hat etwas gewonnen aus seiner Zeit als Page. Faszinierend ist der Wechsel vom Betrachter des Gemäldes zum Akteur und zurück zum Betrachter, der nur an dem blauen Stein in seiner Hand merkt, dass das Ganze kein Traum war. Bemerkenswert ist auch, dass der Protagonist erstmals kein Tier, sondern ein Junge ist.

Doch zurück in diese siebzehnte Stunde. Nach dem Erzählen spielt Jakob friedlich mit dem Bauernhof, und es gibt keine Feinde mehr. Nach dieser Geschichte ist mir deutlich, dass unsere gemeinsame Zeit zu Ende geht. Wir gestalten die achtzehnte Stunde als schöne Abschiedsstunde. Er erzählt die Geschichte vom kleinen Pony, das nun gar nicht mehr außergewöhnlich ist, sondern nur gerne auf Reisen gehen möchte. Das Fazit dieser Geschichte in Jakobs eigenen Worten: „Groß ist nicht besser als klein – Beide sind gut.“

Überlegungen zur Therapie

Dass Jakob ausgerechnet durch das Erzählen, durch das Sprechen, seine Sprachstörung heilte, ist etwas Besonderes und ist viel tiefer begründet als nur im Trainieren der Sprache (etwa wie das Trainieren eines Beines nach einem Bruch). Sein Erzählen hat ihm einen tiefen Zugang zu sich selbst ermöglicht und zeigt uns, dass seine Selbstheilungskräfte erwacht und gewachsen sind. War es doch seine ureigenste Bilderwelt, in die Jakob eintauchte, und an die er Woche für Woche anknüpfen konnte. Er konnte seine Bilder „aussprechen“, formulieren und das bedeutet, sich selbst formen und ordnen. Die für mich wichtigsten Aspekte aus Klemms Forschungsarbeit finden in Jakobs Geschichten ihre Bestätigung, ganz besonders die inneren Kommunikationsprozesse, bei denen immer wieder die alten und neuen Erfahrungen abgeglichen und Lösungsmöglichkeiten durchgespielt werden. Es ist ein deutlicher und eindrucksvoller Symbolisierungsprozess, wobei dieser nicht unbedingt vom Kind verstanden werden muss. „Verhaltensänderungen können auch ohne bewusstes, kognitives Verstehen stattfinden“ (Goetze, 2009, S. 138).

Krismer-Eberharter und Finke beschreiben das Märchen als „kollektive Imagination“ (ebd., S. 49). Jakobs Geschichte vom „Jungen, der gern ein Ritter sein wollte“, berührt genau diese kollektive Ebene. Diese Geschichte geht in ihrer Bedeutung weit über Jakobs persönliches Erleben hinaus. In ihr klingt der Mythos von der „Fahrt des Helden“ an. Der bekannte Mythenforscher Joseph Campbell beschreibt ihn folgendermaßen: „Es gibt einen bestimmten Mythentypus, den man die Suche nach dem Gesicht nennen könnte, das Ausziehen auf der Suche nach einem Preis, einer Vision, das in jeder Mythologie die gleiche Form hat. [...] Diese ganzen verschiedenen Mythologien zeigen uns dieselbe wesentliche Suche. Man verlässt die Welt, in der man ist, und geht in eine Tiefe oder in eine Ferne oder eine Höhe hinauf. Dann gelangt man zu dem, was einem in der Welt, die man zuvor bewohnte, bewußtseinsmäßig [sic] fehlte. Dann kommt das Problem, entweder daran festzuhalten und die Welt von sich abfallen zu lassen oder mit diesem Preis zurückzukehren und zu versuchen, ihn sich zu bewahren, während man wieder in die Welt seiner Gesellschaft hineingeht“ (Campbell, 2007, S. 154). Die Parallelen sind unverkennbar: Das Sich-Wiederfinden in einer anderen Welt, in der man sich bewähren muss an einem ungewohnten Platz mit nicht vertrauten Handlungen. Es ist die Erfahrung des Neuen, des Andersartigen, mit dem man sich auseinandersetzen muss und an dem man reift. Das ist der eigentliche Gewinn. In gewisser Hinsicht könnte man Jakobs ganze Therapie als „Fahrt des Helden“ bezeichnen.

Noch einmal möchte ich den Gedanken von Krismer-Eberharter und Finke aufgreifen, dass die Suchwanderung des Märchenhelden ein Symbol für die Aktualisierungstendenz sein kann. Wir erleben bei den Helden in Jakobs Geschichten eine ständige Auseinandersetzung mit den eigenen Kräften und Fähigkeiten und somit mit der eigenen Bedeutsamkeit. Jakob reflektiert in seinen Geschichten sein Selbstkonzept und entwirft sein eigenes neues Bild: Er wird zu dem, der nicht mehr so „hoch hinaus“ will, und der sich so akzeptiert, wie er ist. Das Gleichgewicht von Anspruch und Fähigkeiten ist wieder hergestellt. Dadurch kann Jakob sein Stottern völlig überwinden.

Schlussgedanken

Die inneren Bilder, die ein Kind aus der Tiefe schöpft, empfindet es als unbedingt wahr. Sie zeigen ja gerade sein Erleben mit allen Ängsten, aller Freude, der Hoffnung und dem Vertrauen, dass alles gut wird. Davon zu erzählen, ist eigentlich das Unmittelbarste überhaupt, wenn auch nicht das Einfachste. Erzählen beinhaltet, dass man nichts erklären muss und doch alles in Bildern verschlüsselt aussprechen kann. Und so wenig wie der Erzähler erklärt, muss ich als ZuhörerIn zunächst verstehen. Das entlastet! Ich entdecke den roten Faden seiner Bildermitteilungen vielleicht erst nach einigen Stunden. Ich kann dies sogar in Geduld abwarten, denn ich habe im Resonanzgebenden Zuhören durch Mimik und Gestik die Möglichkeit, den Erzähler zu begleiten und sein Erzählen zu unterstützen. Er wird sich auf diese Weise auf jeden Fall verstanden und geborgen fühlen. Dem Erzählten wohnt eine eigene Dynamik inne, so wie wir es hier erlebt haben. Wir können dabei auf die strukturierende, ordnende und heilende Kraft der inneren Bilder vertrauen.

Literatur

- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klienten-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58), Göttingen: Hogrefe.
- Campbell, J. (2007). *Die Kraft der Mythen*. Düsseldorf: Albatross.
- Goetze, H. (2009). *Metaphergeschichten – Über das Erfinden von Geschichten für Spieltherapeuten*. Göttingen: Hogrefe.
- Klemm, R. E. (2003). *Die Kraft der inneren Bilder*. Basel: Schwabe & Co.
- Krismer-Eberharter, H. & Finke, J. (2008). Personenzentrierte Arbeit mit Märchen. *PERSON* 12(2), 49–60.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2004). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen*. Weinheim: Juventa.

Spieltherapie in Kindertageseinrichtungen – Konzept, Praxis, Wirksamkeit

Emilie Rommel

Kinderhaus Villa Regenbogen Göppingen
Deutschland

Michael Behr & Gernot Aich

Pädagogische Hochschule Schwäbisch
Gmünd, Deutschland

Wie lässt sich das interaktionelle spieltherapeutische Behandlungskonzept des personenzentrierten Ansatzes als Intervention im Alltag von Kindertageseinrichtungen umsetzen und welche Auswirkungen hat sie in diesem Kontext auf das Verhalten von Kindern. Vorgestellt wird das Konzept IPSA (Integration personenzentrierter Spielförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen), das speziell auf die Bedürfnisse von Kindern im vorschulischen Alter und auf die Institution Kindertageseinrichtung zugeschnitten ist. Spieltherapeutische Einzelbetreuung wird schrittweise zu dyadischer, triadischer und Kleingruppenbetreuung erweitert, bis die Spielförderung schließlich in der gesamten Kindergruppe stattfindet. Das Konzept wurde in einer fünfmonatigen Projektphase getestet und Erfahrungen bei Eltern und Fachkräften erhoben. Insgesamt nahmen 5 Kinder mit einem Durchschnittsalter von 4,7 Jahren an der Studie teil. Die Erhobenen Erfahrungen bei Eltern und Regelfachkräften der Einrichtung sowie die systematischen Protokollierungen der durchführenden Spieltherapeutin identifizierten positive Tendenzen in den Bereichen Bindungsverhalten, Gruppenintegration, Assertivität, Kreativität, Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Emotionsregulation. Weitere Erprobungen des Konzeptes könnten mit anderen Symptomgruppen, anderen Übergängen von der Einzel- zur Gruppenförderung, oder weniger strukturierenden Gruppenregeln erfolgen.

Schlüsselwörter: Spieltherapie, klientenzentriert, Kindergarten, Kindheitspädagogik

Playtherapy in Kindergartens — Concept, Practice, Outcome. How can interactive person-centered play therapy be realized in the everyday life of kindergartens and which effects does it have on children's behavior in this context? The concept IPSA (Integration of Person-centered play therapy into the everyday life of kindergartens) is presented, which aims at the needs of preschoolers in kindergartens. Single child play therapy is broadened step by step to dyadic, triadic, and small group work, finally the play therapy takes place in the complete regular group. The project was tested during 5 months and the experiences of parents and educators were documented. 5 Children aged 4.7 years in average took part. Parents and educators experiences and as well the systematic documentations of the play therapist identified divers positive tendencies including attachment behavior, group integration, assertiveness, creativity, attention, self-esteem and emotion regulation. Further test of this concept could be performed with other symptom groups, other transition from single to group work, or less structured group regulations.

Keywords: Playtherapy, client-centered, kindergarten, early education

Emilie Rommel ist Kindheitspädagogin und seit 2011 als Leiterin einer Kindertageseinrichtung in Göppingen tätig. Sie hat im Rahmen ihres Studiums der Frühen Bildung an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd eine Grundausbildung in personenzentrierter Gesprächsführung und Spieltherapie erworben. Seit 2011 macht sie eine Ausbildung in Transaktionsanalyse.

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Schwerpunkte: Beratung und Psychotherapie, psychosoziale Entwicklungsförderung, Spieltherapie. Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als Gesprächspsychotherapeut und als personenzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche in Stuttgart sowie als Ausbilder der GwG für Gesprächspsychotherapie

und personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Stuttgart.

Gernot Aich ist Akademischer Rat in der Abteilung Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention. Seine Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Kommunikation und Konfliktlösung und Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern. Außerdem ist er Lehrender und supervidierender Transaktionsanalytiker unter Supervision im Anwendungsfeld Pädagogik/Erwachsenenbildung (PTSTA-E). Zudem ist er seit 2001 im Bereich Kommunikation und Konfliktlösung in der Lehrerfort- und Weiterbildung tätig.

Korrespondenzadresse: Emilie Rommel, 73033 Göppingen, Nördliche Ringstraße 51/2, E-Mail: emilierommel@kabelbw.de

Wer sich im Kindertagesstättenalltag nicht zu sehr von lauten, aggressiven und unterkontrollierten Kindern ablenken lässt, dem fallen immer wieder auch eher introvertierte Kinder auf, die wenig Selbstwert zeigen und die selten mit Gleichaltrigen spielen. Während es in vielen Fällen aussichtslos oder zu langwierig wäre, diese Kinder nebst ihren Eltern der kinderpsychotherapeutischen Versorgung zuzuführen, können spieltherapeutische Einzel- und Gruppenförderungen in der Kindertageseinrichtung eine sehr niedrigschwellige Sofortförderung bzw. Prävention mit sehr guten Prognosen darstellen (Drewes, Carey & Schaefer, 2001). Dieser Beitrag skizziert hierzu ein Konzept, dass sich von Fachkräften in Kindertageseinrichtungen nach einem Training in personenzentrierter Spieltherapie umsetzen lässt, und über dessen günstige Wirksamkeit hier erste Hinweise berichtet werden.

Überkontrollierte Kinder signalisieren oft schon durch ihre Körpersprache Unbehagen und soziale Unsicherheit. Obwohl diese Kinder die Eingewöhnungszeit in der Kindertagesstätte lange hinter sich haben, verbringen sie die meiste Zeit mit der Beobachtung anderer Kinder (Largo, 2009), anstatt eigenständig ihr Umfeld zu erforschen. Bei neuen Aufgaben hört man sie bereits im Voraus Sätze sagen wie „Ich kann das nicht!“, „Kannst du das für mich machen?“ oder sogar „Ich bin zu dumm dafür!“. Die Aussagen dieser Kinder widersprechen den unrealistisch positiven Selbstbewertungen, die für Kinder im vorschulischen Alter typisch sind (DeLoache, Eisenberg & Siegler, 2005). Solche Kinder nehmen häufig sehr unauffällige Rollen in der Gruppe ein und erhalten dadurch wenig Beachtung.

Prävalenz-Studien und Metaanalysen belegen, dass solche Kinder in Einrichtungen auch ein quantitatives Problem darstellen. So fanden Ihle & Esser (2002) in ihrem Review 19 großer epidemiologischer Studien über Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychotherapie eine mittlere Prävalenz von 18 % bei seelischen Störungen insgesamt. Bei Stichproben mit Kindern bis zu 13 Jahren erhalten 7 % die Diagnose Angststörung, 6,5 % dissoziale, 3,5 % hyperkinetische und 1,5 % depressive Störung; 2,8 % Tics und Stereotypien, 2,5 % Enuresis und 0,4 % Enkopresis (S. 163). Kuschel u. a. (2004) untersuchten Prävalenzraten im Kindergartenalter unter Verwendung des Elternfragebogens der CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). *Internalisierende* klinisch auffällige Störungen wurden bei ca. 13,5 % und grenzwertige Auffälligkeiten bei ca. 9 % der Jungen und Mädchen gefunden. Anders als bei älteren Kindern fanden sich in dieser Studie keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Überkontrollierte Kinder mit internalisierenden Auffälligkeiten laufen Gefahr zu wenig Aufmerksamkeit zu bekommen und sich dadurch schon früh sehr vielen Frustrationserlebnissen auszusetzen. Das ohnehin geringe Selbstwertgefühl kann dadurch zusätzlichen Schaden nehmen und das Selbstkonzept

des Kindes negativ beeinflussen (Goetze, 2002; Schaefer, 2010). Auch werden diese Kinder häufig in ihrem angepassten Verhalten bestärkt, da es ihren Bezugspersonen die Gruppenleitung erleichtert und die Kinder dafür Anerkennung bekommen. Schaefer (2010) belegt, dass Kinder mit internalisierten Störungen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, schwerer psychisch zu erkranken und Entwicklungsschritte einzubüßen.

Die personenzentrierte Spieltherapie (Axline, 1947; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009; Behr, 2012) ist als Förder- und Präventionsmaßnahme für Kindertageseinrichtungen sehr gut geeignet, da Kinder in diesen frühen Lebensjahren in der Lage sind, psychische Belastungen und einschneidende Erlebnisse leichter zu verarbeiten (Schmidtchen, 2002). Schaefer (2010) konstatiert, dass ein früher Beginn der Therapie den zusätzlichen Vorteil mit sich bringt, dass sich einerseits noch nicht so viele Frustrationserlebnisse ansammeln konnten und diese andererseits noch nicht so weit zurückliegen und sich verfestigt haben können wie bei einem Erwachsenen (ebd., S. 3ff). Sollte das Kind in eine akute Krisensituation geraten, kann zudem schnellere und effizientere Hilfe geleistet werden, wenn die personenzentrierte Spieltherapie bereits ein Bestandteil der Arbeit einer Kindertageseinrichtung ist.

Die personenzentrierte Spieltherapie eignet sich für verschiedene Zielgruppen, wie z. B. ängstliche, aggressive, verhaltensgestörte, sexuell missbrauchte, autistische, selektiv mutistische, traumatisierte und geistig behinderte Kinder (Schmidtchen, 1989; Goetze, 2002; Füßner, Döring, Steinhauser & von Zülow, 2012; Jürgens-Jahnert, Boeck-Singelmann, Monden-Engelhardt & Zebiri, 2012; Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012; Hüsson, Döring & Riedel, 2012; Behr, Hölldampf & Steiger, 2012). Dadurch lassen sich allein durch dieses Verfahren bereits viele auf Verhaltensauffälligkeiten von Kindern beruhende Probleme in pädagogischen Praxisfeldern lösen. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse konstatieren, dass „Programme, die in die Lebenswelt des Kindes integriert sind“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2010, S. 32), beispielsweise in den Alltag von Kindertageseinrichtungen, gute Wirkungen erzielen. Bei solchen Maßnahmen handelt es sich um niedrigschwellige Angebote, die auch Kinder erreichen, deren Eltern sonst keine therapeutische Hilfe für ihr Kind in Anspruch nehmen würden. Der personenzentrierte Ansatz ist auch deshalb sehr gut für die Kindertageseinrichtung geeignet, weil er Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder Auffälligkeiten unterhalb oder an der Grenze zur Therapieindikation fördert (Fröhlich-Gildhoff, 2010). Beim Umgang mit solchen Kindern kann sich die pädagogische Fachkraft im Stich gelassen fühlen. Obwohl das Kind eine überdurchschnittliche Betreuung benötigt, kann keine zusätzliche Hilfe beantragt werden. Die Fachkraft muss versuchen, das Kind mit ihren Ressourcen zu unterstützen. Die personenzentrierte Spieltherapie könnte hier als Ansatz für solche Fälle dienen.

Die personenzentrierte Spieltherapie lässt sich auch mit Kindern durchführen, die noch nicht über die deutsche Sprache verfügen, da die Sprache nicht von tragender Bedeutung für den Therapieprozess ist. Gleichzeitig kann sie auch den Spracherwerb unterstützen, insbesondere wenn es um das Benennen von Gefühlen, Motiven oder Affekten geht.

Kontexte von spieltherapeutischen Förderkonzepten in Kindertageseinrichtungen

Im anglo-amerikanischen Raum gibt es bereits eine ganze Reihe von Konzepten, die spieltherapeutische Förderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen und eher noch Schulen einbeziehen. Kinder mit auffälligem Verhalten oder bei denen man einen Förder- bzw. besonderen Präventionsbedarf sieht, werden während des laufenden Betriebes einzeln oder in kleinen Gruppen spieltherapeutisch betreut. Dies übernehmen Fachkräfte mit einer spezifischen Ausbildung; meist bieten sie die Förderung für 30 bis 45 Minuten bei Einzelkontakten oder für 45 bis 120 Minuten bei Kleingruppen an. Dies kann ein- oder mehrmals pro Woche geschehen (Landreth & Tyndall-Lind, 2001), die Konzepte variieren hier beträchtlich. So existiert eine Variante des Filialtherapie-Konzeptes (Guernsey, 1964), welche die Förderung durch Lehrkräfte in (Vor-)Schulen vorsieht (Guernsey & Flumen, 1970). Es finden sich durchweg positive Effekte, wie Peterson Johnson (2001) in ihrem Review über Outcomestudien zu solcher Arbeit fand. Die Ergebnisse der Meta-Analyse von Hölldampf, Crawford, Härtel und Behr (2011) bestätigen darüber hinaus positive Effekte der von Eltern durchgeführten Filialtherapie spezifisch in Hinblick auf die Förderung von Risikokindern. Zudem weist die Meta-Analyse von Bratton, Dee, Rhine & Jones (2005) 36 Studien aus, bei denen Spieltherapie erfolgreich in einem Schul-Setting durchgeführt wurde.

Obwohl es mehr Konzepte für die Schule als für die Vorschule gibt (Drewes, Carey & Schaefer, 2001; Niel & Landreth, 2001) werden in Schulsettings besondere Probleme identifiziert. Oft stehen weder Spielzeug noch ein Raum zur Verfügung und das Herausnehmen des Kindes aus dem Klassenverbund wird von Lehrern in Hinblick auf versäumten Unterricht kritisch gesehen. Dies ist in Kindertagesstätten oft anders. Die Raum- und Spielmaterialfragen stellen sich selten und es gibt genügend Freispiel-Phasen, während denen das Kind bzw. die Kleingruppe problemlos gefördert werden können (Knoblauch, 2001). Die Kindertageseinrichtung als Ort für präventive Maßnahmen bietet außerdem den Vorteil, dass sowohl die Kinder als auch die Eltern mit der Einrichtung und dem Personal vertraut sind. Die Kinder verbringen dort sehr viel Zeit und erkennen die Erzieher/innen als Bezugspersonen neben ihren

Eltern an. Da in der Kindertageseinrichtung eine Erziehungspartnerschaft mit den Eltern angestrebt wird und ein regelmäßiger Austausch über die Entwicklung des Kindes stattfindet, kann das Kind sowohl in der Kindertageseinrichtung als auch zuhause unterstützt werden. Aus diesen Gründen bietet es sich an, angelehnt an die Filialtherapie, für das hier vorgestellte Konzept vergleichbare Trainings für Erzieher/innen durchzuführen.

In Kindertageseinrichtungen ist das benötigte Material für eine personenzentrierte Spieltherapie zumeist vorhanden. Es stehen geeignete Spielsachen in ausreichender Menge zur Verfügung und somit entstehen keine zusätzlichen Kosten und Mühen für die Anschaffung des Materials. In modernen Einrichtungen findet man häufig einen Raum, den man zusätzlich zum Gruppenraum zur Durchführung der Spieltherapie nutzen kann. Im Tagesablauf jeder Kindertageseinrichtung sind ausgedehnte Freispielphasen vorgesehen, die vielfältige Möglichkeiten zur Integration der Spieltherapie in den Alltag der Einrichtung bieten.

Konzeptentwicklung und Fragestellungen: Personenzentrierte Spielförderung im Alltag von Kindertageseinrichtungen (IPSA)

Aus diesen Gründen wurde eine Methode zur Integration der personenzentrierten Spielförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen (kurz: IPSA) entwickelt. Sie basiert auf den Grundlagen der interaktionellen Form der personenzentrierten Spieltherapie (Behr, 2012; Behr, 2009b). Schrittweise integriert sie die Spielförderung in den Alltag der Einrichtung. Mit IPSA können Erzieher/innen eigenständig Spielförderungen durchführen sowie die personenzentrierte Grundhaltung in ihr pädagogisches Handeln einfließen lassen. Außerdem sollen sie als Fachkräfte ein Bewusstsein für den richtigen Umgang mit belastenden Gefühlen bei Kindern gewinnen. Die Kinder sollen durch die Methode lernen, ihre Gefühle angemessen wahrzunehmen und auszudrücken, ein größeres Selbstwertgefühl entwickeln und offener auf andere Menschen zugehen. Für die Intervention wurde eine Mischform aus Einzel- und Gruppenförderungen gewählt. Auf diese Weise können die Kinder von den Vorzügen beider Konstellationen profitieren (Landreth & Sweeney, 2001; Landreth & Tyndall-Lind, 2001; Schmidt, 2001; Selugga-Reinschenk & Selugga, 1988).

Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund wurden bei der Entwicklung und Erprobung des Konzeptes folgende Fragen verfolgt:

- Wie kann eine Integration der personenzentrierten Spielförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen mit

möglichst wenig Aufwand und als besonders niedrigschwellige Maßnahme vollzogen werden?

- Lassen sich die günstigen Effekte bei der Integration personenzentrierter Spielförderung in pädagogische Institutionen, die im anglo-amerikanischen Sprachraum gefunden wurde, im deutschsprachigen Bereich und in Kindertageseinrichtungen wiederfinden?

Durchführung der Erprobung und Evaluation

Teilnehmer: Die Gruppe setzte sich aus drei Mädchen und zwei Jungen zusammen. Das Durchschnittsalter der Kinder lag zum Förderbeginn bei 4,7 Jahren, davon ist das jüngste Kind 3,8 Jahre und das älteste 6,1 Jahre alt, $sd = 0,79$. Die teilnehmenden Kinder wurden aus der Gesamtheit aller 50 Kinder der Einrichtung ausgewählt. Die Erstautorin und die Fachkräfte identifizierten konsensual 18 Kinder, die als auffällig überkontrolliert erschienen. Aus diesen wurden die teilnehmenden Kinder ausgelost.

Die Untersuchungsteilnehmer fielen durch ein introvertiertes Verhalten auf und zeigten wenig Selbstvertrauen und ein geringes Selbstwertgefühl. Sie waren sehr angepasst, schüchtern und ängstlich und gingen im Alltag der Einrichtung häufig unter. Zudem hatten sie Schwierigkeiten beim Finden einer Beschäftigung, konnten sich nur kurzzeitig konzentrieren und hatten entweder kaum oder gar keine gleichaltrigen Freunde. Das soziale Verhalten, der Umgang mit Gefühlen und die Interaktion mit anderen Kindern und Erwachsenen erschien den Fachkräften bei diesen Kindern auffällig. Zwei Kinder wiesen einen Migrationshintergrund auf und zeigten Sprachproduktionsschwierigkeiten. Das Sprachverständnis ist hingegen bei allen Kindern normal entwickelt. Die Erstautorin führte die Intervention als Förderkraft durch. Sie hatte eine Grundausbildung in personenzentrierter Spieltherapie mit 200 Ausbildungsstunden absolviert.

Als *Evaluations-Instrumente* wurden Stundenprotokolle der Interventionsleiterin sowie ein Fragebogen mit sechs selbst konstruierten offenen Fragen zum Verhalten des jeweiligen Kindes verwendet:

1. Sind Ihnen in den letzten Wochen Veränderungen an diesem Kind aufgefallen?
2. Wenn ja, welche?
3. Hat das Kind sich in den letzten Wochen in irgendeinem Bereich weiterentwickelt?
4. Wenn ja, in welchem?
5. Gibt es sonstige Besonderheiten an dem Kind, die Sie an dieser Stelle nennen möchten?
6. Haben Sie weitere Anmerkungen?

Vorgehen: Die Fragebögen wurden zunächst bei zwei an der Untersuchung nicht teilnehmenden Elternpaaren mit Migrationshintergrund auf ihre Verständlichkeit hin getestet. Vor Beginn der Intervention füllten jeweils sowohl die Eltern als auch die Erzieherinnen, welche mit den Kindern arbeiteten, die Fragebögen aus. Dies wurde unmittelbar nach Ende der Intervention wiederholt. Die Teilnehmer wurden dazu gebeten bei den sechs offenen Fragen frei Text zu notieren. Nach jeder Spielfördereinheit fertigte die Interventionsleiterin Gedächtnisprotokolle zum Ablauf der Einheit, dem Verhalten und mutmaßlichen Erleben der Kinder, der Gruppendynamik sowie Überlegungen zu Optimierung des Prozesses.

Durchführung der Intervention IPSA

Die Intervention wurde von der Erstautorin in einer Kindertagesstätte durchgeführt, bei der zuvor bereits ein persönlicher Kontakt zur Leitung bestand. Das Projekt wurde der Leitung und den Fachkräften in einer Teamsitzung vorgestellt. Diese erklärten sich bereit, die Maßnahme in den Alltagsablauf der Einrichtung zu integrieren und an den Datenerhebungen teilzunehmen. Die Eltern erhielten vor Beginn des Projekts einen Informationsbrief, in dem das Vorgehen sowie die Grundzüge der Spielförderung ausführlich beschrieben wurden. Die Eltern unterzeichneten zudem eine Einverständniserklärung für die Teilnahme ihres Kindes am Projekt. ...

Tabelle 1 zeigt den Ablaufplan zur Methode IPSA. Er lässt erkennen, welche Strukturierung und Zeiteinteilung der Methode zugrunde liegt.

Bevor die Förderperson mit der Durchführung der Methode beginnen kann, hospitiert die Interventionsleiterin einige Tage in der Kindertageseinrichtung. Dadurch erhält sie die Gelegenheit, die Kinder zu beobachten, behutsam auf sie zuzugehen und sie kennen zu lernen. Durch dieses Vorgehen erscheint die Person den Kindern nicht mehr so fremd und es gelingt ihnen besser, sich ihr gegenüber zu öffnen und eine Bindung zu entwickeln.

Baustein 1: Einzelförderungen im Spielzimmer

Zunächst werden Einzelförderungen für die Kinder angeboten. Diese finden in vier aufeinanderfolgenden Wochen in einem Spielzimmer statt, das mit den notwendigen Spielmaterialien ausgestattet ist (Axline, 1947; Landreth, 2002; Behr 2012). Einmal pro Woche wird pro Kind während der Freispielzeit eine 30-minütige Einzelförderung durchgeführt, die den Prinzipien der personenzentrierten Spieltherapie folgt (Axline, 1947; Behr 2012). Eine Anzahl von vier Sitzungen wurde gewählt, weil dies

Tabelle 1: Ablaufplan der Intervention IPSA (Integration personenzentrierter Spielförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen)

Zeit	Frequenz der Förderung	Intervention	Teilnehmer
Woche 1	5 × je 1–2 Stunden pro Tag	Hospitation, Beobachtung und Kennenlernen der Kinder	alle Kinder der Einrichtung
Woche 2 bis Woche 5	1 × wöchentlich je 30 Minuten pro Kind	Baustein 1: Einzelförderung im Spielzimmer	je ein Kind
Woche 6 bis Woche 8	1 × wöchentlich je 1 Stunde pro Gruppe	Baustein 2: Zweiergruppenförderung im Spielzimmer	je zwei Kinder
	1 × wöchentlich je 1,5 Stunden pro Gruppe	Baustein 3: Dreiergruppenförderung im Spielzimmer	je drei Kinder
Woche 9 bis Woche 11	1 × wöchentlich je 1,5 Stunden pro Gruppe	Baustein 4: Gesamtgruppenförderung im Spielzimmer	fünf Kinder
Woche 12 bis Woche 16	1 × wöchentlich je 30 Minuten pro Kind	Baustein 5: Einzelförderung im Gruppenraum	je ein Kind

erfahrungsgemäß ausreicht, um ein Kind mit dem Prinzip des selbstgesteuerten Spiels vertraut zu machen. Die Freispielzeit bietet sich im Tagesablauf für die Durchführung der Förderung besonders an, da die Kinder einer Kindertageseinrichtung in dieser Zeit bereits mit dem Spielen beschäftigt sind und sie somit durch die Förderung nicht aus ihrem Alltag herausgerissen werden. Dadurch erfolgt keine Stigmatisierung der Kinder mit besonderem Förderbedarf. Bei dieser Förderkonstellation soll das Kind mit der personenzentrierten Art zu spielen vertraut gemacht werden. Es soll feststellen, dass die Regeln und die gemeinsamen Interaktionen von den bisherigen Erfahrungen abweichen (Behr, 2009a). Für introvertierte Kinder, die eher schüchtern und zurückhaltend sind und Schwierigkeiten beim Knüpfen von Sozialkontakten haben, ist es wichtig zunächst eine vertrauensvolle und haltgebende Beziehung zur Förderperson aufzubauen. Das gelingt besser, wenn in der Anfangsphase keine weiteren Kinder anwesend sind. Die Förderperson hat durch diese Vorgehensweise gleichzeitig die Möglichkeit, sich vollständig auf das einzelne Kind und seine Bedürfnisse zu konzentrieren und sich einen Eindruck von seinem inneren Bezugsrahmen zu machen. Die Einzelförderung ist für den nächsten Baustein von Bedeutung, da sich die Förderperson bereits Gedanken über mögliche funktionierende Gruppenkonstellationen machen kann (Landreth & Sweeney, 2001, S. 193).

Baustein 2: Zweiergruppenförderung im Spielzimmer

Nach den Einzelförderungssequenzen folgt die personenzentrierte Spielförderung in Zweiergruppen. Die Zweiergruppenförderung erstreckt sich über drei Wochen, wobei die Förderung einmal wöchentlich je eine Stunde lang während der Freispielzeit durchgeführt wird. Für die introvertierte Zielgruppe ist das Hinzunehmen der sozialen Komponente von besonderer Bedeutung. Die Kinder sollen sowohl lernen zu

anderen Kindern eine positive Beziehung aufzubauen als auch sich ihnen gegenüber auf angemessene Weise zu behaupten. Letzteres stellt für diese Kinder häufig ein Problem dar, da sie sich besonders anstrengen, von anderen akzeptiert zu werden und sich darum in Peer-Beziehungen zu oft anpassen.

Bei der Zweiergruppenförderung gibt es eine methodische Veränderung durch die Einführung eines „Spielkönigs/-in“ (im Folgenden Verwendung der Gattungsbezeichnung, Mädchen

werden natürlich als Königin angesprochen). Für je 30 Minuten pro Förderungseinheit wird dabei ein Kind zum Spielkönig ernannt. Dieses hat einen besonderen Stand in der Gruppe, da es während der Zeit als Spielkönig das Privileg erhält, das Spiel zu lenken und nach eigenen Wünschen und Regeln zu gestalten. Beide Kinder werden darüber informiert, dass die Förderperson sich jeweils dem Spiel des Spielkönigs anschließt. Nach 30 Minuten erfolgt ein Wechsel. Durch die Balance aus Anpassung und Lenkung, die der Status des Spielkönigs mit sich bringt, sollen die Kinder wichtige soziale Fähigkeiten und ein Gespür für das richtige Verhalten in bestimmten Situationen erwerben. Zudem fühlt sich der Spielkönig in dieser Zeit besonders wertgeschätzt und erfährt sich in einer besonders angesehenen und überlegenen Position, die ihm sonst eher selten zuteilwird. Dadurch können sowohl das Selbstkonzept als auch das Selbstbewusstsein zusätzlich gestärkt werden. Der Spielkönig trägt ein verziertes Armband als Erkennungsmerkmal. Dieses dient einerseits dazu die Rolle des Spielkönigs für die Kinder attraktiv zu machen und andererseits die Kinder daran zu erinnern, wem momentan die Privilegien dieser Rolle zustehen. Am Anfang jeder Förderungseinheit wird die Funktion des Spielkönigs wiederholt dargestellt, damit sich die Kinder diese besser einprägen können. Das Kind, welches nicht der Spielkönig ist, darf selbst entscheiden, ob es am Spiel des jeweiligen Spielkönigs teilnehmen oder sich lieber einer anderen Beschäftigung widmen möchte. Wenn es mitspielen möchte, muss es sich den Vorstellungen und Spielideen des Spielkönigs anpassen. Der Status des Spielkönigs soll verhindern, dass die Spielvorstellungen des Kindes durch das andere Kind manipuliert und somit die positiven Entwicklungen durch das Ausleben der inneren Erlebensprozesse im Spiel blockiert werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass das andere Kind überhaupt keine eigenen Spielhandlungen einbringen darf. Solange diese keine allzu lenkende Wirkung auf das Spiel des Spielkönigs haben,

sind sie erlaubt. Im Falle einer zu starken Lenkung durch das andere Kind, verbalisiert die Förderperson emphatisch die Bedürfnisse und Gefühle, versucht zu vermitteln und weist auf die Spielkönigregel hin. Mithilfe dieser methodischen Gestaltung kann das Prinzip der Nicht-Direktivität (Axline, 1947) auch auf das andere Kind der Gruppe übertragen werden.

Der Spielkönig-Status ermöglicht einen weiteren wertvollen Lerninhalt für beide Kinder. Das Kind, das momentan die Rolle des Spielkönigs inne hat lernt, dass es dem anderen Kind nicht beliebig Befehle erteilen kann, da es sonst nicht mehr mitspielen möchte. Das andere Kind der Zweiergruppe lernt wiederum, dass es sich nicht alles gefallen lassen darf, da das Spielen keine Freude macht, wenn man sich selbst nicht einbringt, sondern nur die Wünsche des Spielpartners ausführt. Folglich werden beide einen Mittelweg suchen, wenn sie mit ihrer Art der Interaktion keinen Erfolg haben. Es soll folglich keine Forcierung auf die Macht des Spielkönigs entstehen. Da jedes Kind je 30 Minuten lang die Rolle des Spielkönigs einnehmen darf, fühlen sich die Kinder nicht benachteiligt. Gleichzeitig kann die Förderperson sicherstellen, dass sie sich trotz der Gruppenkonstellation um die individuellen Bedürfnisse der Kinder kümmern kann. Obwohl der Spielkönig im Zentrum der Aufmerksamkeit steht und die Förderperson hauptsächlich mit ihm die Spielförderung durchführt, behält sie auch das andere Kind im Blick und begleitet wichtige parallel ablaufende Prozesse, Gefühle und Handlungen mit Worten (Landreth & Sweeney, 2001). Jeder Wechsel wird zunächst verbal fünf Minuten vor Ablauf der Zeit und dann nach 30 Minuten durch ein Trommelsignal angekündigt. Dadurch soll sich der Spielkönig besser darauf vorbereiten können, sein Spiel entweder zum Abschluss zu bringen oder es ohne die Förderperson weiterzuführen.

Baustein 3: Dreiergruppenförderung im Spielzimmer

Parallel zur Zweiergruppenförderung kann eine Förderung mit drei Kindern durchgeführt werden. Diese verläuft ähnlich wie die Förderung in der Zweiergruppe. Sie wird einmal wöchentlich je 1,5 Stunden lang über einen Zeitraum von drei Wochen durchgeführt. Die Dreiergruppenförderung wird während der Freispielphase mit drei Kindern im Spielzimmer durchgeführt. Der Spielkönig-Status wird für diese Förderkonstellation ebenfalls beibehalten. Alle 30 Minuten findet ein Wechsel des Spielkönigs statt. Sowohl die Zweier- als auch die Dreiergruppenkonstellation dient dazu, die Rolle und Funktion des Spielkönigs zu verfestigen. Die Anwesenheit von drei Kindern bietet gegenüber der Zweiergruppe den Vorteil, dass sowohl der Spielkönig als auch das andere Kind einen weiteren Spielpartner zur Auswahl haben. Dadurch werden die Gruppenprozesse vielschichtiger und das Kind lernt, mit unterschiedlichen

Situationen umzugehen. Es kann sein, dass während einer Einheit beide Kinder mit dem Spielkönig spielen und während einer anderen eines oder keines. Das kann sowohl zu positiven als auch negativen Gefühlen führen. Da die Förderperson jedoch hauptsächlich den Spielkönig empathisch begleitet und Interaktionsresonanz gibt, kann der Spielkönig diese durchaus alltäglichen Situationen im geschützten Rahmen erleben und wird damit nicht alleine gelassen. Eventuell baut das Kind das Erlebte in sein Spiel ein und die Förderperson kann ihm zu einer Bewusstwerdung und Klärung der Gefühle verhelfen (Goetze, 2002). Da Gefühle der Ablehnung und Ausgrenzung der benannten Zielgruppe nicht fremd sind, hat die Verarbeitung solcher Erlebnisse Relevanz für ihre Lebenswelt.

Für die spätere Förderung im Gruppenraum ist zudem wichtig, dass die Kinder zunächst im kleinen und dann im großen Rahmen lernen, sich durchzusetzen und ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse nicht immer hinter die der anderen zu stellen.

Baustein 4: Gesamtgruppenförderung im Spielzimmer

Die Gesamtgruppenförderung stellt die letzte Stufe vor der Einführung der personenzentrierten Spielförderung in den Gruppenraum dar. Dabei werden fünf Kinder zur gleichen Zeit gefördert. Die Gesamtgruppenförderung umfasst einen Zeitraum von drei Wochen und wird einmal wöchentlich je 1,5 Stunden lang durchgeführt. Da eine Förderung, die sich über mehr als 1,5 Stunden erstreckt, für Kinder im vorschulischen Alter ungünstig ist, wird die Zeit trotz des Anstiegs der Teilnehmerzahl nicht weiter ausgedehnt (Landreth, 2002). Bei der Gesamtgruppenförderung erfolgt alle 18 Minuten ein Wechsel des Spielkönigs. Die Zeiteinteilung kann variieren, wenn die Förderperson feststellt, dass ein Kind im Vergleich zu den anderen einen größeren Förderbedarf aufweist. In diesem Fall verlängert man die Spielkönig-Zeit dieses Kindes um ein paar Minuten. Da Kinder im vorschulischen Alter kein ausgeprägtes Zeitgefühl haben, fällt es ihnen nicht auf, wenn ein Kind länger gefördert wird und sie fühlen sich folglich nicht benachteiligt. Die Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder steht hierbei über der Orientierung an der Zeit. Ein alternatives Vorgehen könne sein, dass die Kinder in einem gemeinsamen Prozess ihre jeweiligen Bedürfnisse einbringen und verhandeln. Die Förderperson könnte dann die Aufgabe haben, jedes Kind in diesem Prozess zu Wort kommen zu lassen und die Interaktionen zu verbalisieren. In der hier berichteten Erprobung wurde aber zunächst das Spielkönigkonzept verfolgt.

Die Gesamtgruppenförderung dient auch dazu, die Gruppendynamik zu beobachten. In diesem Zusammenhang soll überprüft werden, ob sich die förderbedürftigen Kinder weiterhin innerhalb einer größeren Gruppe zurückziehen und sich von ihrem Spiel und ihren Bedürfnissen abbringen lassen. Die

Gesamtgruppenförderung soll ferner bewirken, dass die Kinder voneinander lernen, indem sie erkennen, dass andere Kinder, die sonst auch introvertiert sind, während ihrer Zeit als Spielkönig die Führung übernehmen können. Die letzten Vorbereitungen auf die Situation in der Gruppe bringt die Förderperson zuwege, indem sie den Kindern nochmals die Funktion des Spielkönigs erläutert und sie darin bestärkt, das erlernte Spielverhalten als Spielkönig auch im Gruppenraum umzusetzen.

Baustein 5: Einzelförderung im Gruppenraum

Da das Ziel des Projekts die Einführung der personenzentrierten Spielförderung in den Alltag einer Kindertageseinrichtung ist, handelt es sich bei der Einzelförderung im Gruppenraum um die wichtigste Förderkonstellation der Methode IPSA. Für diese sind deshalb zehn Einheiten eingeplant. Die Einzelförderungen im Gruppenraum erstrecken sich über fünf Wochen, wobei die letzten fünf Förderungen geblockt in einer Woche stattfanden. In jedem der beiden Gruppenräume befinden sich während der Spielförderung etwa 25 Kinder. Die Kinder der Versuchsgruppe werden im Gruppenraum einzeln gefördert, da es schwierig wäre, die Gruppe in diesem Rahmen zusammenzuhalten und die verschiedenen Spielwünsche miteinander zu vereinbaren. Während der ersten beiden Einheiten im Gruppenraum wird zunächst auf das Armband des Spielkönigs als Erkennungsmerkmal verzichtet. Andernfalls wäre die Gefahr groß, dass sehr viele unbeteiligte Kinder nur aufgrund ihrer Neugier am Spiel des Spielkönigs teilnehmen würden. Das könnte in der Anfangsphase zu einer Überforderung des Spielkönigs führen. Es könnte zudem sein, dass dieser im Gruppenraum ohnehin dazu neigt, in alte Muster zu verfallen. Die förderbedürftigen Kinder sollen während der Förderungseinheiten im Gruppenraum erkennen, dass die Interaktion mit der Förderperson ähnlich verläuft wie im Spielzimmer, obwohl viele Kinder im Raum sind. Sobald die Förderperson das Gefühl hat, dass die Kinder das erkannt haben, werden schließlich alle Kinder aus der Einrichtung darüber aufgeklärt, welche Funktion der Spielkönig hat. Die Förderperson erklärt die Privilegien des Spielkönigs und teilt den Kindern mit, dass sie die Wünsche und Vorstellungen des momentanen Spielkönigs in einem vertraglichen Rahmen respektieren müssen, wenn sie an seinem Spiel teilnehmen wollen. Sie werden auch darüber informiert, dass der

Spielkönig selbst entscheiden kann, ob jemand sich seinem Spiel anschließen darf. Nach dieser Erklärung kann das Armband wieder zum Einsatz gebracht werden. Dieses ist als Erkennungsmerkmal notwendig, da es die Strukturierung der Arbeit mit den Kindern im Gruppenraum erleichtert. Die unbeteiligten Kinder werden darüber aufgeklärt, dass sie nach dem Projekt ebenfalls die Möglichkeit erhalten, Spielkönige zu sein. Diese Erklärung ist sehr wichtig, damit die anderen Kinder sich nicht benachteiligt vorkommen und es besser akzeptieren können, momentan nicht in die Rolle des Spielkönigs schlüpfen zu dürfen. Die personenzentrierte Spielförderung soll mithilfe dieser Methode für alle Kinder der Einrichtung zu einem festen Bestandteil des Alltags werden.

Erfahrungen

Tabelle 2 berichtet die vollständigen Text-Notierungen der Eltern jeweils vor und nach der Intervention. Tabelle 3 die gibt die entsprechenden Fachkräfte-Einschätzungen wieder.

Verdichtete und systematisierte Beschreibung aus den Protokollen zu den Fördereinheiten.

Verhalten und Erleben der Kinder in der Einzelförderung.
Alle Kinder aus der Versuchsgruppe verhielten sich bei der Einzelförderung während der ersten beiden Fördereinheiten zunächst schüchtern und zurückhaltend. Die Situation im

Tabelle 2: Einschätzungen zum Verhalten der einzelnen Kinder durch die Eltern, jeweils vor und nach der Intervention

Vor der Intervention	Nach der Intervention
„Mein Kind spielt nicht gern allein, aber es findet sehr schwer Anschluss.“ „Mein Sohn hat Probleme damit, wenn andere Kinder sein Gebautes oder Gebasteltes hässlich finden. Er wird dann sehr traurig.“	„Das Projekt hat ihm sehr viel Spaß gemacht und er hat sich enorm weiterentwickelt. Er geht viel offener auf andere Menschen zu. Vor allem im künstlerischen Bereich hat er sich extrem weiterentwickelt.“
„Er kann sich nicht alleine beschäftigen.“ „Mein Kind wurde nicht eingeschult, weil es sozial instabil und noch nicht reif genug ist.“ „Er spielt fast immer allein.“	„Er hat gelernt, sich alleine zu beschäftigen. Er fängt auch ohne mich an zu spielen und hat tolle Ideen.“
„Sie macht sich über sehr viele Dinge Gedanken und steigert sich dann hinein. Es fehlt ihr an Stärke. Sie kann nicht hinstehen und sagen „Ich kann das!“. Sie kann sich auch nicht wehren. Sie braucht häufig eine „Auszeit“ von der Gruppe.“ „Ich merke, dass sie darunter leidet, wenn ihr andere keine Aufmerksamkeit schenken.“	„Sie ist jetzt gerne die „Bestimmerin“. Sie versucht öfter ihren Kopf durchzusetzen. Sie wird außerdem selbständiger in verschiedenen Bereichen. In letzter Zeit hat sie öfters Phasen, wo sie sich ungern an Regeln hält und aufmüpfig wird.“
„Sie möchte immer jemanden zu sich nach Hause einladen und ist dann niedergeschlagen, wenn die Kinder nicht wollen.“	„Sie ist viel offener geworden.“

Tabelle 3: Einschätzungen zum Verhalten der einzelnen Kinder durch die Fachkräfte, jeweils vor und nach der Intervention

Vor der Intervention	Nach der Intervention
„Sie traut sich sehr wenig zu und muss immer ermuntert werden. Ihr Selbstwertgefühl ist sehr gering.“	„Sie erscheint mir selbstbewusster und offener. Sie entdeckt zunehmend mehr Gefühle und lebt auch mal ein wenig Trotz aus. Sie war bisher ein sehr angepasstes Kind und es gefällt mir, dass sie nun mehr und mehr aus sich herausgeht und auch negative Gefühle an sich entdeckt und damit umgeht. Sie geht auch verantwortungsvoller mit ihren eigenen Bedürfnissen um.“
„Er kann es nicht ausdrücken, wenn ihn etwas bedrückt. Er macht sich häufig in die Hose, wenn er Probleme hat.“ „Seine Erkrankung wirkt sich auf sein allgemeines Wohlbefinden aus. Sein Selbstwertgefühl ist dadurch sehr vermindert.“	„Er wirkt viel ausgeglichener, ist aber immer noch etwas schüchtern.“
„Er verhält sich sehr introvertiert und wirkt immer bedrückt und verstockt.“ „Er hat Schwierigkeiten auf andere Kinder zuzugehen und Kontakte zu knüpfen. Er ist oft mit sich selbst beschäftigt, redet mit sich selbst und seinem Spielzeug und verhält sich ruhig und abwartend.“	„Er hat sich im sozialen Bereich sehr weiterentwickelt. Seit dem Projekt spielt er vermehrt mit anderen Kindern zusammen. Er hat sich sogar mit einem neuen Kind im Kindergarten angefreundet.“
„Sie hat kein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und hat ein sehr geringes Selbstbewusstsein.“	„Sie ist selbständiger und reifer geworden und kann sich intensiv mit Dingen beschäftigen.“
„Sie wurde vom Schulbesuch zurückgestellt, da ihr Selbstvertrauen und Durchsetzungsvermögen fehlten.“	„Sie arbeitet zügiger und konzentriert sich bis zum Schluss auf ihre Aufgaben. Die stabile Reife und das Durchsetzungsvermögen für die Schule sind jetzt erreicht.“

Spielzimmer erschien ihnen fremd. Anfangs haben sie beim gemeinsamen Spiel mit der Förderperson, ihren bisherigen Erfahrungen zufolge, erwartet, dass ihnen die Richtung und lenkende Spielideen vorgegeben werden. Als dies nicht geschah, waren sie zunächst irritiert. Ab der dritten Fördereinheit wurde deutlich, dass die Explorationsphase bei den meisten Kindern eingesetzt hatte und sie sich vermehrt für die Erkundung des Spielzimmers interessierten.

Beispiel: Die Kinder liefen im Spielzimmer umher und betrachteten die zur Verfügung stehenden Materialien. Sie nahmen auch unterschiedliche Materialien in die Hand und überprüften, was man mit ihnen machen kann.

Die Kinder lernten in der Einzelförderung die Funktion des Spielkönigs kennen und gewöhnten sich an diese Art der Interaktion. Die Einzelförderungen im Spielzimmer wurden von allen Kindern aus der Versuchsgruppe positiv aufgenommen. Sie genossen die Förderung, da sie mit einer erwachsenen Person nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen spielen konnten. Sie lernten dadurch schnell, ihre passive Rolle im Spiel aufzugeben und die Führung beim gemeinsamen Spiel mit der Förderperson zu übernehmen.

Beispiel: Die Kinder gaben erste Anweisungen an die Förderperson. Zum Beispiel sagte ein Mädchen genau, was die Förderperson mit den Puppen machen soll. Sie sagte: „Leg die Puppe in das Bettchen und füttere die andere Puppe, denn sie ist hungrig.“

Der Nachteil der Einzelförderungen in einem separaten Raum bestand allerdings in der geringen Alltagsnähe für Kindergärten mit festen Gruppenstrukturen. Für eine/n Erzieher/in in ist es dann nicht möglich, den Raum für 30 Minuten oder länger zu verlassen, um eine Einzelförderung durchzuführen, da die anderen Kinder ebenfalls betreut und gefördert werden müssen. In Einrichtungen, die nach dem offenen Konzept arbeiten und über Funktionsräume verfügen, ist diese Förderkonstellation eher möglich.

Verhalten und Erleben der Kinder in der Zweiergruppenförderung mit Spielkönig-Regel.

Bei der Zweiergruppenförderung bewegten sich die Kinder bereits viel freier und selbstsicherer durch das Spielzimmer und beschäftigten sich explorativ mit den vorhandenen Spielmaterialien. Die Kinder aus der Versuchsgruppe haben die Privilegien

des Spielkönigs genutzt, um ihre eigenen Ideen im Spiel durchzusetzen. Während die Kinder anfangs häufig nur an einem Spiel teilnahmen, um sich zugehörig zu fühlen, lernten sie mit der Zeit, nach ihren eigenen Bedürfnissen und Interessen zu entscheiden.

Beispiel: Der Spielkönig hat das andere Kind gefragt, ob es mit ihm Golf spielen möchte. Das andere Kind lehnte ab und sagte, dass es momentan lieber mit den Autos spielen möchte.

Wenn ihnen ein Vorschlag des Spielkönigs nicht gefiel, lehnten sie ab und entwarfen ihr eigenes Spiel. Die Spielkönig-Kinder schienen aber in jedem Fall durch die Funktion des Spielkönigs eine besondere Art der Wertschätzung zu erfahren, die bei ihnen Wohlbefinden auslöste. Zwischenzeitlich hatte es den Anschein, dass der Spielkönig-Status in eine falsche Richtung führen würde, da sich die Kinder etwas unbeholfen und forsch in der bisher unbekanntem Machtposition verhielten.

Beispiel: Einige Kinder kommandierten ihre Spielgefährten in der Rolle als Spielkönig stark herum und verlangten viel von ihnen. Zum Beispiel befahl ein Spielkönig mit forschem Tonfall einem anderen Kind, dass es mit seinem Spielzeugauto zunächst gegen eine Matratze fahren und danach mit dem Auto des Spielkönigs zusammenstoßen soll.

Durch die Interaktion mit den anderen Kindern entwickelten sie jedoch nach ca. 3 Fördereinheiten ein feines Gespür für die richtige Balance zwischen Anpassung und Durchsetzungsvermögen. Eine besondere Herausforderung bestand bei der Zweiergruppenförderung darin, dem Kind gerecht zu werden, welches gerade nicht der Spielkönig war. Durch das Warten auf die eigene Ausübung der Funktion stellten sich bei einigen Kindern negative Emotionen ein. Dies geschah häufig, wenn die Kinder kein gemeinsames Spiel verfolgten. Um dieses Problem zu beheben, wurde die Spielkönig-Zeit in zweimal 15 Minuten gesplittet. Diese Veränderung verbesserte die Stimmung der Kinder enorm. Sie empfanden die kürzere Zeitspanne, in der sie auf ihre eigene Spielkönig-Zeit warteten, als aushaltbar und zeigten sich viel fröhlicher und ungezwungener.

Die Spielkönig-Regel in der Dreiergruppenförderung

Die Dreiergruppenförderung bot im Vergleich zu den beiden ersten Konstellationen viele Vorteile. Hier gab es keine Probleme mit der Funktion des Spielkönigs, da immer die Mehrzahl der anwesenden Kinder diesen Status nicht hatte. Sie akzeptierten es leichter, nicht der Spielkönig zu sein, wenn ein anderes Kind es auch nicht war. Da die Kinder zudem darauf vertrauen konnten, bei jeder Förderungseinheit einmal Spielkönig zu sein, waren sie bereit, die Rolle auch den anderen Kindern zuzugestehen. In der Dreiergruppe profitierten die Kinder von einem weiteren potenziellen Spielpartner.

Entwicklung des Erlebens und Verhaltens

Die Spielhandlungen wurden kreativer, intensiver u. vielfältiger.

Beispiel: Die Kinder gaben sich selbst Zauberkräfte, um Hindernisse zu überwinden (siehe unten!).

Die Kinder lernten sich zunehmend in ihr eigenes oder gemeinsames Spiel zu vertiefen. Es war zu beobachten, dass sich der Umgang der Kinder miteinander von Einheit zu Einheit verbesserte.

Beispiel: Der Spielkönig fragte die anderen Kinder, ob sie mit ihm Familie spielen möchten. Er erklärte seine Vorstellung von diesem Spiel, versuchte jedoch auch die Ideen der anderen Kinder einzubauen.

Von Nachteil war bei der Dreiergruppe dagegen, dass es in manchen Situationen schwierig war, sich überwiegend auf den Spielkönig zu konzentrieren, da die anderen Kinder der Förderperson häufig etwas mitteilen oder zeigen wollten. Durch einen kurzen Verweis auf den momentanen Spielkönig, die Erinnerung an seine Funktion und die Aussicht auf die eigene Spielkönig-Zeit konnte der Kontakt zum momentanen Spielkönig wiederhergestellt und möglichen Frustrationen bei den anderen Kindern entgegengewirkt werden.

Die Kinder zeigten nach Ablauf der ersten Hälfte der Durchführung eine erhebliche Verbesserung des Selbstvertrauens und

gaben immer häufiger zu erkennen, dass sie ihre eigenen Fähigkeiten entdeckten. Nach einiger Zeit begannen die Kinder sogar in Hinblick auf ihre Stärken zu konkurrenzieren.

Beispiel: Zwei Jungen stritten darüber, wer schneller rennen konnte und machten daraufhin ein Wettrennen durch das Spielzimmer.

Die Kinder entwickelten viele Sozialkompetenzen durch den Umgang miteinander, indem sie beispielsweise schwierige Herausforderungen im Spiel gemeinsam lösten und Ideen in der Gruppe umsetzten.

Beispiel: Die Kinder bauten gemeinsam eine Höhle aus großen Schaumstoffteilen und überlegten, wie sie Decken und Matten so daran befestigen können, dass die Höhle nicht einstürzt. Während zwei Kinder die Decke festhielten, befestigte sie das dritte Kind mit Wäscheklammern an den Höhlenwänden. Sie verfolgten diese Spielidee sehr ausdauernd und engagiert.

Die Gruppendynamik deutete darauf hin, dass jedes Kind einen Platz in dieser Gruppe gefunden hatte. Selten wurde jemand ausgegrenzt oder nahm eine Randposition ein. Regeln und Grenzen wurden von allen Mitgliedern der Versuchsgruppe akzeptiert und sorgten für die nötige Struktur, um ein sicheres Spielen zu gewährleisten. Die Tatsache, dass nicht die Gefühle des Kindes unterdrückt, sondern nur ein bestimmtes Verhalten untersagt wurde, ließ die Kinder positiver auf Grenzsetzungen reagieren. Für das nicht geduldete Verhalten wurden jeweils erlaubte Alternativen angeboten, die eine ähnliche Erfahrung mit anderen Aktivitäten ermöglichten.

Beispiel: Ein Kind schlug mit einem Plastikgolfschläger auf die Wand ein. Da die Wand dadurch hätte beschädigt werden können, wurde als Alternative eine Weichbodenmatte von der Fachkraft angeboten.

Verhalten und Gruppendynamik bei der Gesamtgruppenförderung

Auf die Förderungen in der Gesamtgruppe stellten sich die Kinder sehr schnell ein. Sie verhielten sich nach ca. 2 Fördereinheiten nicht mehr zurückhaltend. Bei der Gesamtgruppenförderung entstanden ausgedehnte Spielinszenierungen, an denen sich alle Kinder mit einer selbstgewählten Rolle beteiligen konnten und die sich nahezu in jeder Einheit wiederholten beziehungsweise weiter ausgebaut wurden.

Beispiel: Die Kinder teilten sich in zwei Gruppen auf und bauten zwei große Burgen aus verschiedenen Materialien, die sie gegen ihre Feinde aus der anderen Gruppe verteidigten. Die Kinder dachten sich immer wieder neue Fähigkeiten für sich selbst aus, um die Feinde zu besiegen und die andere Burg zu erobern. Der Fußboden war während des Spiels immer verzaubert und durfte nicht berührt werden, da das Kind sonst z. B. verbrannte oder etwas anderes Schlimmes passierte. Die Kinder kamen auf die Idee, dass man den Fußboden nur mithilfe

eines Schutzzaubers überqueren kann. Der Schutzzauber war allerdings nur dann aktiv, wenn ein Kind einen Schlüssel in der Hand hielt.

Andererseits gab es immer wieder Phasen, in denen sich ein oder zwei Kinder für kurze Zeit zurückzogen, um einer anderen Tätigkeit nachzugehen oder nach einer kleinen Ruhephase wieder am Gruppengeschehen teilzunehmen. Sie drückten diesen Wunsch nach Ruhe sehr selbstbewusst aus.

Beispiel: Ein Mädchen sagte nach einer wilden Spielphase, dass es ein Buch anschauen möchte. Nach ca. 10 Minuten wollte das Mädchen wieder am Spiel der Gruppe teilnehmen.

Die individuellen Bedürfnisse der Gruppenmitglieder wurden von den anderen Kindern fast immer bedingungslos akzeptiert. Ein weiterer Vorteil der Gesamtgruppenförderung war, dass die Kinder auf die Situation im Gruppenraum vorbereitet werden konnten, da sie dort trotz vieler potentieller Spielpartner ihre eigenen Bedürfnisse nicht außer Acht lassen und nicht in ihre bisherigen angepassten Verhaltensmuster zurückfallen sollten. Die Kinder verfolgten ihre eigenen Spielideen, auch wenn ein anderes Kind sie davon abbringen wollte. Vor der Förderung unterwarfen sie sich häufig den Spielideen anderer Kinder, um überhaupt einen Spielpartner zu haben.

Alle Kinder verhielten sich als Spielkönige im Gruppenraum gleichermaßen wie im Spielzimmer. Auch der Umgang mit anderen Kindern stellte kein Hindernis für sie dar. Sie meisterten schwierige Situationen, in denen ein anderes Kind sie von ihrem Vorhaben abbringen wollte, indem sie erklärten, dass sie momentan der Spielkönig seien und über das Spiel bestimmen dürften. Zum Zeitpunkt der Verlegung der Spielförderung in den Gruppenraum verbanden die Kinder aus der Versuchsgruppe offenbar bereits wichtige Erfahrungen, Handlungen und Privilegien mit dem Begriff des Spielkönigs. Aufgrund dessen gelang es ihnen unmittelbar, die Situation im Spielzimmer auf den Gruppenraum zu übertragen. Bei den ersten beiden Fördereinheiten im Gruppenraum wurde auf das Armband als Erkennungsmerkmal verzichtet, damit die Kinder Zeit hatten, sich langsam an die neue Situation zu gewöhnen, ohne die Neugier der anderen Kinder zu wecken. Vor der dritten Fördereinheit wurden schließlich die anderen Kinder des Kindergartens über das Projekt aufgeklärt. Einige Kinder fragten daraufhin häufiger nach, wann sie in die Rolle des Spielkönigs schlüpfen dürfen. Nach einer kurzen Erklärung und einen Verweis auf die Wartezeit konnten alle Kinder die Situation sehr gut akzeptieren und fühlten sich auch nicht benachteiligt. Der Gruppenraum war für die Förderung optimal geeignet, da er mehr Platz und vielfältigere Spielmöglichkeiten als das Spielzimmer bot. Die Kinder konnten dadurch noch gezielter nach ihren eigenen Bedürfnissen entscheiden, welche Spieltätigkeiten sie wählten.

Diskussion

Die Erprobung gibt Hinweise, dass IPSA, die „Integration von personenzentrierter Spielförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen“, ein alltagspraxistaugliches Konzept für die psycho-soziale Entwicklungsförderung in Kindertageseinrichtungen sein kann. Die Konzepte anglo-amerikanischer Fördermaßnahmen weiterführend, beschreibt sie kleinschrittig und praktisch umsetzbar ein personenzentriertes spieltherapeutisches Beziehungsangebot, das mit verhältnismäßig sehr geringem Aufwand realisiert werden kann. Damit kann das Konzept vor allem da helfen, wo niedrigschwellige Unterstützungsangebote nötig sind, und wo Kinder mit Präventionsbedarf und im Grenzbereich zu psychischen Störungen schnell eine Förderung benötigen.

Mit seiner Kombination aus Einzel- und schrittweise sich aufbauender Gruppenförderung versucht das Konzept eine Förderung auf zwei Ebenen: es will die Inkongruenzkonstellation im Kind verändern, sodass das Kind seine Erfahrung besser organisieren kann – und es unterstützt die Entwicklung des Sozialverhaltens beim Kind und ermöglicht so schrittweise die Integration in die Gruppe. Letztere Prozesse werden zweifach unterstützt: zum einen mit der Kombination von Einzel-, Dyaden-, Triaden und Kleingruppensettings, zum anderen mit dem breiter ausgelegten, europäisch geprägten Paradigma des interaktionellen Vorgehens die personenzentrierte Spielförderung: neben dem bedingungsfrei wertschätzenden Mitschwingen mit den Spielerfahrungen des Kindes bietet sich die Förderperson auch als Interaktionspartnerin an, die mitspielt und die auch die Interaktionen mit anderen Kindern aktiv unterstützt. (Behr, 2012, Wakolbinger, 2009). Damit führt das Konzept die amerikanischen Modelle kreativ weiter und passt das Vorgehen an die Realität der Kindertagesstättenpraxis im deutschsprachigen Raum an.

Die erhobenen Erfahrungen unterstützen die positiven Hypothesen zur Wirkung des Konzeptes. Die Kinder können flexibler auf ihre Spielpartner eingehen und sowohl ihre eigenen Gefühle als auch die der anderen bewusster wahrnehmen. Sie drücken ihre eigenen Gefühle besser aus und scheinen sie besser regulieren zu können. Die Kinder waren zudem weniger angepasst und zwanghaft in ihrem Verhalten. Auch eröffnen die Ergebnisse, zusammen mit den Erfahrungen welche die Versuchsleiterin gewann, diverse Optionen zur Optimierung des Vorgehens und seiner Anpassung an die Bedingungen in den jeweiligen Einrichtungen.

Fragen bzgl. möglicher Optimierungen betreffen die Dyaden-Situation, die in Verbindung mit dem Spielkönig-Konzept zu unbefriedigenden Momenten für das Nicht-Spielkönig-Kind führte, – und die Frage, wie mit unbelasteten Kindern in der Großgruppe umzugehen wäre, die auch einmal Spielkönig

sein möchten. Das Spielkönig-Konzept greift relativ machtvoll in die Gruppendynamik ein. Es hilft der Fachkraft, diese besser kontrollieren zu können und gibt eine einfacher zu handhabende Struktur vor. Das Prinzip der Selbststeuerung und damit ein Element personenzentrierten Vorgehens wird damit jedoch zurückgestellt. Denkbar sind Konzeptmodifikationen, bei denen die verschiedenen Bedürfnisse der Kinder von einer empathisch vermittelnden Fachkraft transparent gemacht und vermittelt werden.

Vorstellbar erscheinen auch Konzeptmodifikationen, die Dyaden-Situation wegzulassen und gleich Triaden zu bilden, dann eine Einzelförderung verstärkt im Gruppenraum bei Anwesenheit aller Kinder durchzuführen. Diese könnte pro Förderbedarfskind ca. 15 Minuten dauern, wohingegen unbelastete Kinder 5 Minuten erhalten. Zukünftige Projekte sollten sich auch mit den Spezifika der Konzeptanwendung bei unterkontrollierten Kindern sowie bei Kindern mit spezifischen Diagnosen mit Krankheitswert befassen.

Vor allem aber belegte die Studie die praktische und risikolose Durchführbarkeit des Konzeptes. Das Kind muss während des gesamten Projekts nichts tun, was es nicht von sich aus tun würde und bemerkt dadurch nicht einmal unbedingt, dass eine Förderung stattfindet. Auch schwer erreichbare und bildungsferne Eltern haben diese Art der Förderung nicht als Kränkung, Entmündigung oder Übergriff erlebt. Da dem Freispiel im Alltag des Kindergartens viel Zeit gewidmet wird und alle notwendigen Materialien vorhanden sind, ist es mit wenig Aufwand verbunden, ein Setting für die Durchführung der personenzentrierten Spielförderung zu schaffen. Was bleibt ist die Herausforderung, ein von den Gruppenräumen getrenntes Spielförderzimmer zu schaffen, dies hat sich als unverzichtbar herausgestellt, und auch ansonsten die – allerdings überschaubaren – organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen. Schließlich ist es für kindheitspädagogische Fachkräfte notwendig, sich persönlich für diese Art spieltherapeutischer Förderangebote zu professionalisieren. Dabei blieb die Frage offen, ob diese Art der Förderung von einer Fachkraft vorgenommen werden kann, die auch sonst in der Einrichtung arbeitet, oder ob die Förderkraft von außen kommen sollte.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. (2. Auflage mit deutschen Normen), bearbeitet von M. Döpfner, J. Plücker, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Axline, V. (1947). *Play Therapy: The inner dynamics of childhood*. Cambridge: The Riverside Press.
- Behr, M. (2009a). Constructing Emotions and Accommodating Schemas: A model of self-exploration, symbolization, and development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8 (1), 44–62.
- Behr, M. (2009b). Interaktionsresonanz – Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie: Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und Handlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (2012). Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogen ausgerichtete Verfahren. *Person 16* (1). 5–12.
- Bratton, S. C., Jones, L., Ray, D., & Rhine, T. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376–390.
- DeLoache, J., Eisenberg, N. & Siegler, R. (2005). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. München: Spektrum Verlag.
- Drewes, A., Carey, L., & Schaefer, C. (2001). *School-Based Play Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2010). Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für eine moderne Frühpädagogik. *Person*, 14. Jg., H. 1/2010, S. 43–53.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2010). *Resilienzförderung im Kita-Alltag: Was Kinder stark und widerstandsfähig macht*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.
- 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.
- Fußner, M., Döring, E., Steinhauser, 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.
- Guerney, B. G., (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 303–310.
- Guerney, B. G., Jr., & Flumen, A. B. (1970). Teachers as psychotherapeutic agents for withdrawn children. *Journal of School Psychology*, 8 (2), 107–113.
- Hölldampf, D., Crawford, I., Härtel, J. & Behr, M. (2012). Wirksamkeit Filialtherapeutischer Elterntrainings bei Eltern von Risikokindern. In S. Kägi & U. Stenger (Hrsg.), *Forschung in der Frühpädagogik – Grundlagen-, Professionalisierungs- und Evaluationsforschung*. (S. 302–320). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Hüsson, D., Döring, E., & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person 16* (1). 59–70.

- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159–169.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2012). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person* 16 (1), 32–45.
- Knoblauch, P. (2001). Play Therapy in a Special Education Preschool. In A. Drewes, L. Carey, & C. Schaefer (Eds.), *School-Based Play Therapy* (pp. 81–101). New York: John Wiley & Sons.
- Kuschel, A., Lübke, A., Köppe, E., Miller Y., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2004). Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern. Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32 (2), 97–106.
- Landreth, G. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship*. New York: Brunner Routledge.
- Landreth, G. & Sweeney, D. (2001). Child-Centered Group Play Therapy. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations* (pp.181–202). New York: Brunner Routledge.
- Landreth, G. & Tyndall-Lind, A. (2001). Intensive Short-Term Group Play Therapy. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations* (pp. 203–215). New York: Brunner Routledge.
- Largo, R. (2009). *Kinderjahre: Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung* (18. Auflage). München: Piper Verlag GmbH.
- Lueger, D. (2005). *Beobachtung leicht gemacht. Beobachtungsbögen zur Erfassung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklungen*. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG.
- Niel, B., & Landreth, G. (2001). Have Toys – Will Travel: A Traveling Play Therapist in the School Setting. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations* (pp. 349–360). New York: Brunner Routledge.
- Peterson Johnson, S. (2001). Short-Term Play Therapy. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations* (pp. 217–234). New York: Brunner Routledge.
- Schaefer, C. (Ed.) (2010). *Play Therapy for Preschool Children*. Washington: American Psychological Association.
- Schmidt, M. (2001). Using Play Therapy Assessment in an Elementary and Intermediate School Setting. In A. Drewes, L. Carey, & C. Schaefer (Eds.), *School-Based Play Therapy* (pp. 3–15). New York: John Wiley & Sons.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie: Grundlagen, Ziele, Methoden*. Köln: Kohlhammer Verlag.
- Schmidtchen, S. (2002). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S.153–194). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Selluga-Reinschenk, B. & Selugga, A. (1988). Klientenzentrierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Vergleich. In U. Esser & K. Sander (Hrsg.), *Personenzentrierte Gruppentherapie. Therapeutischer Umgang mit der Person und der Gruppe* (S. 51–64). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Entwurf für ein Handlungsmodell zur ethischen Reflexion in der Klientenzentrierten Psychotherapie

Sylvia Keil

Jürgen Kroemer

Brigitte Pelinka

Johanna Swoboda

Wien, Österreich

Psychotherapeutisches Handeln enthält immer eine ethische Dimension. Diese wird jedoch außerhalb von speziellen Dilemma-Situationen kaum reflektiert. Ethik-Kodizes, Supervision und die in der Ausbildung erlernte und gelernte klientenzentrierte Haltung sensibilisieren für ethische Probleme. Dies reicht aber nicht aus, Praktiker und Praktikerinnen in ihrem Anliegen zu unterstützen, berufliches Handeln nach allgemein-ethischen Kriterien zu überprüfen. Auf Basis des *begründungsorientierten, ethischen Kohärentismus* wird ein Modell vorgestellt, mit dessen Hilfe die ethische Reflexion von komplexen Praxissituationen strukturiert werden kann. In Form einer Matrix berücksichtigt das Modell auf den horizontalen Achsen persönliche, klientenzentriert-ethische, empirisch-fachliche und allgemein-ethische Bereiche. Auf den vertikalen Achsen leitet die Matrix dazu an, implizite Normen, Werte und Prinzipien, die aus den genannten Bereichen abgeleitet werden, zu explizieren. Als Indikator für eine moralisch richtige Entscheidung wird ein *felt shift* betrachtet, der durch den Reflexionsprozess entlang der Matrix ausgelöst wird. Ein zusätzliches Qualitätskriterium wird dann erfüllt, wenn sich die Handlungsoptionen, die sich aus dem *felt shift* heraus ergeben, mit Normen und Werten nachvollziehbar begründen lassen.

Schlüsselwörter: Ethik, Kohärentismus, professionelles Handeln

Ethical Reflection in Client-Centered Psychotherapy — a Concept for an Action-Model. Psychotherapeutic action always contains an ethical dimension. However, this is hardly reflected outside of specific dilemma situations. Codes of ethics, supervision and the client-centered attitude experienced and learned during apprenticeship sensitize to ethical issues. This is hardly enough to support practitioners in their request to review professional conduct by general ethical criteria. Based on the *justification-oriented, ethical coherentism* a model is presented that shows how ethical reflection of complex practical situations can be structured. In matrix form on the horizontal axes, the model takes into account the personal, client-centered, ethical, empirical professional and general ethical areas. The vertical axes of the matrix allow to expatiate on implicit norms, values and principles, which are derived from the above areas. The felt shift, which is caused by the reflection process along the matrix, is considered as an indicator of a morally correct decision. An additional quality criterion is met if the options for action arising from the felt shift are in comprehensible accord to standards and values.

Keywords: ethics, coherentism, professional action

Immer wieder gibt es Nachrichten, die das Ausmaß der moralischen Verantwortung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erschreckend eindrücklich ins Bewusstsein rufen,

Sylvia Keil, MSc, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitglied der Ethik-Kommission der ÖGwG.

Mag. Jürgen Kroemer, Musiker, Klientenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis. Koordinator der Ethik-Kommission der ÖGwG.

Brigitte Pelinka, MSc, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Kinder- und Jugendlichentherapeutin. Mitglied der Ethik-Kommission der ÖGwG.

Mag.^a Johanna Swoboda, Soziologin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision, als Kandidaten- und Kandidatinnenvertreterin Mitglied der Ethikkommission der ÖGwG.

Korrespondenzadresse: Sylvia Keil, 1080 Wien, Albertgasse 39/6
E-Mail: sylvia@keil.or.at

wie z. B. eine solche: „... Der 17-Jährige, der laut Staatsanwaltschaft in psychiatrisch-psychologischer Behandlung stand, soll seinen Schulkameraden mit 20 Messerstichen getötet haben, anschließend unternahm er einen Selbstmordversuch.“¹ Wer möchte hier Behandler oder Behandlerin gewesen sein? Auch wenn in einem solchen Fall überhaupt keine Kunstfehler vorliegen, drängen sich belastende Fragen, Schuldgefühle und Selbstzweifel auf. Wir hoffen zwar, dass solche dramatischen Verläufe Einzelfälle bleiben, sie weisen aber auf die Problematik der moralischen Verantwortlichkeit in der Psychotherapie hin, die weit über die Einhaltung von rechtlichen Vorschriften oder berufsethischen Richtlinien hinausreicht.

1 Österreich-Chronik: Mord an Mitschüler: Opfer hatte Abwehrverletzungen, derStandard.at 25. 10. 2011

Wir wollen in diesem Artikel den spezifischen Problemen nachgehen, die auftreten, wenn wir den Anspruch an uns stellen, in der Psychotherapie ethisch kompetent zu handeln. Dies setzt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff „Ethische Kompetenz in der Klientenzentrierten Psychotherapie“ voraus. Es stellen sich die Fragen: Woran erkennen wir, dass wir ethisch kompetent gehandelt haben? Was müssen wir tun, um ethische Kompetenz in der Psychotherapie qualifiziert umzusetzen?

Ziel dieses Artikels ist, einen Entwurf für ein Handlungsmodell vorzulegen und zur Diskussion zu stellen, das bei der Umsetzung von ethisch-verantwortlichem Handeln in der Klientenzentrierten Psychotherapie und Supervision helfen soll. Es ist ein Entwurf, den wir vor dem Hintergrund unserer praktischen Erfahrungen in intensiven Diskussionen in der Ethik-Kommission der ÖGWG entwickelt haben.

Einleitend folgt eine kritische Analyse der Ausgangssituation, um darzustellen, auf welchen Überlegungen das vorgestellte Modell aufbaut.

Analyse der Ausgangssituation

Wir gehen davon aus, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den meisten Situationen ethisch kompetent handeln. Sie tun dies jedoch, ohne speziell auf die ethische Dimension des Handelns zu achten. Sie machen ihre „Arbeit“. Als Klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten konzentrieren sie sich auf das empathische Verstehen. Sie reflektieren ihr Erleben in der Beziehung vor dem Hintergrund des Klientenzentrierten Theoriemodells und von Gendlins Experiencing-Konzept. Aus ihrer Resonanz heraus kreieren sie Interventionen, die für den Prozess hilfreich erscheinen.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit erfüllen sie damit gleichzeitig auch die ethischen Ansprüche an die Profession. Denn das Klientenzentrierte Konzept enthält selbst anspruchsvolle Moralprinzipien, wie z. B. das *need for positive regard* oder die therapeutische Beziehungsqualität. Es inkludiert – wie Leijssen (2003) feststellt – die wichtigsten Qualitäten, wie Respekt, Mitgefühl, Integrität und Vertrauenswürdigkeit. Die konsequente Orientierung am klientenzentrierten Menschenbild scheint daher jede ethische Reflexion darüber hinaus abzudecken. Nur relativ selten – in Ausnahmesituationen – werden Probleme als spezifisch-ethische identifiziert. Wenn beispielsweise die Frage auftritt, wie beim Vorlegen eines ausführlichen Therapieplanes gegenüber der Krankenkasse die Verschwiegenheitspflicht eingehalten werden kann. Es handelt sich in der Regel um ethische Dilemma-Situationen, für die Lösungen gesucht werden, meist indem Supervision genommen wird oder Anfragen an eine Ethik-Kommission gestellt werden. Psychotherapeutisches Handeln enthält aber immer – nicht nur im Ausnahmefall – auch

eine ethische Dimension, für deren kontinuierliche Reflexion in der gegenwärtigen Praxis noch zu wenige Konzepte zur Verfügung stehen.

Fehler, Schäden und Verantwortung

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen gehören neben Ärzten bzw. Ärztinnen oder Priestern und Priesterinnen zu der Berufsgruppe, von der in unserer Gesellschaft wohl die höchste ethische Kompetenz erwartet wird. Werden ihnen doch intime Bedürfnisse und Probleme anvertraut in der Hoffnung, Hilfe zu bekommen. Menschen haben oft einen jahrelangen Entscheidungsprozess hinter sich, bevor sie bereit sind, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen. Denn die therapeutische Beziehungskonstellation erfordert von den Hilfesuchenden die Bereitschaft, in einem verletzlichen Bereich ihrer Persönlichkeit Macht abzugeben, der aufgesuchten Person einen Vertrauensvorschuss entgegenzubringen und sich in eine emotionale Abhängigkeit zu begeben. Oftmals fühlen sich Menschen erst durch extremen Leidensdruck oder Krisen gezwungen, psychotherapeutische Hilfe zu suchen und sind auch von daher in ihren Selbstbestimmungsfähigkeiten eingeschränkt.

Aus dieser Beziehungssituation, in der wir grundsätzlich davon ausgehen müssen, dass Klienten und Klientinnen oftmals nicht sagen können, wenn wir ihnen schaden, ergibt sich ein hoher moralischer Anspruch (vgl. Holzbecher & Wittrahm, 2008). Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind verantwortlich für den therapeutischen Prozess, in den sie selbst als Person mit ihren Stärken und Schwächen involviert sind. Von dieser Verantwortung können sie sich nicht lossagen, auch nicht mit dem Verweis auf die Expertenschaft von Klienten und Klientinnen, die „selbst am besten wissen, wo der Schuh drückt“ (Rogers, 1961/1976, S. 27). In der direkten Arbeit mit den Klienten und Klientinnen ist dies eine wichtige emanzipatorische Einstellung. Sie sollte jedoch nicht das Faktum der Verantwortlichkeit verdecken, das mit der Übernahme der Funktion als Therapeut oder Therapeutin einhergeht.

Wer jedoch Verantwortung übernimmt in einem komplexen Beziehungsprozess wie Psychotherapie, kann auch Fehler machen. Er oder sie kann im Nachhinein feststellen, dass sein oder ihr Handeln nicht „richtig“ oder „schlecht“ war. Oder – was viel häufiger der Fall ist – er oder sie wird oft handeln müssen ohne Sicherheit, jetzt „richtig“ zu handeln. Damit ist ein hohes Schadensrisiko gegeben, das wir emotional in der täglichen Arbeit wohl ausblenden müssen. Immerhin beantworten aber 70 % von insgesamt 102 befragten Gesprächspsychotherapeuten und -therapeutinnen die Frage: „Können PatientInnen durch GT Schaden nehmen?“ mit „Ja“ (Frohburg, 2002, S. 80).

Wir erkennen daher ein Spannungsfeld zwischen der notwendigen professionellen Verantwortlichkeit auf der einen Seite

und der Unmöglichkeit auf der anderen Seite, im therapeutischen Beziehungsgeschehen zu jedem Moment mit Sicherheit zu wissen, was das fachlich und moralisch gute und richtige Handeln ist. Wir haben es hier mit einer der vielen Paradoxien zu tun, die generell mit professionellem Handeln einhergehen. Schütze (1992) beschreibt sechs Paradoxien, die professionelles Handeln bestimmen, unabhängig davon, ob es sich um eine medizinische, juristische, psychologische oder pädagogische Profession handelt:

- Prognosen nur auf schwankender empirischer Basis möglich
- Geduldiges Zuwarten versus sofortiger Intervention
- Professionelles Mehrwissen versus Aufklärungspflicht
- Ordnungs- und Sicherheitsaspekte versus Entscheidungsfreiheit der Klienten und Klientinnen
- Biografische Ganzheitlichkeit versus Notwendigkeit rascher Intervention
- Gefahr der Entmündigung durch Hilfe

In der Psychotherapie, insbesondere der Klientenzentrierten Psychotherapie, kommt eine weitere Paradoxie hinzu, die in obigen Dimensionen noch nicht inkludiert erscheint. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen müssen sich im professionellen Rahmen auf einen – situativ adäquaten – intensiven persönlichen Beziehungsprozess einlassen, um hilfreich zu sein (vgl. Swildens, 1991, S. 52ff). Wie kann jedoch in einer persönlichen, echten und intensiven Beziehung dennoch der professionelle Anspruch auf ethisch bzw. moralisch korrektes Handeln aufrecht erhalten werden?

Die Studie der Donau-Universität Krems über „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie“ (vgl. Leitner et al., 2012) kommt zum Schluss, dass es in Psychotherapien sehr wohl unerwünschte Wirkungen, Fehler, aber auch Schäden gibt, die mit dem allgemeinen Risikopotential in Psychotherapien zusammenhängen (vgl. Enk, 2010). Die Studie unterscheidet das Risikopotential hinsichtlich Strukturqualität (Setting, Ausbildung, Persönlichkeit der Therapeuten und Therapeutinnen), Prozessqualität (Beziehung, therapeutischer Prozess) und Ergebnisqualität.

Werden Risiken nicht gut bewältigt, kann dies zu Fehlern führen. Fehler-Machen bedeutet aber noch nicht, dass auch Schaden entsteht. Denn entscheidend ist, wie Patienten bzw. Patientinnen und Therapeuten bzw. Therapeutinnen mit dem Fehler umgehen. Erst der weitere Umgang mit dem Fehler führt zu schädlichen, aber in vielen Fällen auch zu nützlichen Therapieprozessen. Ob es zur positiven oder negativen Wirkung kommt, hängt vom Faktor des Problembewusstseins, der Reflexionsbereitschaft sowie der Besprechbarkeit ab. „Wenn ein Fehler nicht bemerkt oder reflektiert wird, ist seine Integration in den Prozess nicht möglich, die Gefahr für einen Schaden und das Wiederholungsrisiko erhöhen sich“ (Enk, 2010, S. 4).

Fehler-Machen ist demnach zum Unterschied von eindeutigen Regelübertretungen im Sinn des Berufskodexes *per se* noch kein Widerspruch zur Berufsethik.

Wir befürchten jedoch, dass die Grenzen zwischen dem unvermeidlichen Fehlermanagement in Psychotherapien und dem Auftreten von gravierenden Regelübertretungen fließend sind. Denn solche treten in den meisten Fällen nicht plötzlich auf, sondern resultieren bzw. eskalieren aus Einstellungen, Haltungen, Beziehungsdynamiken, diagnostischen Fehleinschätzungen oder dem Einsatz von belastenden Methoden und Praktiken, die den betroffenen Klienten bzw. Klientinnen und Therapeuten und Therapeutinnen noch nicht als ethisch problematisch bewusst sind.

Gegenwärtige Richtlinien und Praktiken

Die Psychotherapie-Aus- und -Fortbildungen bereiten zwar auf den verantwortlichen Beruf vor, in der Praxis sind wir jedoch alleine mit den Patienten und Patientinnen. Auch regelmäßige Supervision kann unser Handeln nicht kontrollieren. Denn es hängt von den Einzelnen ab, welche Fallsituationen sie in die Supervision einbringen. Des Weiteren müssen Supervisorinnen bzw. Supervisorinnen auf die psychische Verletzlichkeit der Therapeuten und Therapeutinnen Rücksicht nehmen, was offene Kritik bzw. offene Auseinandersetzung mit der Kritik verhindern kann (vgl. Auckenthaler, 1995). Ein supervisorischer Hinweis auf ethisch problematisches Handeln bekommt außerdem leicht den Charakter einer Maßregelung, wenn nicht entsprechende Reflexionshilfen zur Verfügung stehen.

Wir dürfen also auch als Klientenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen nicht sicher sein, dass Selbsterfahrung, Lehrtherapie, Ausbildung und Supervision vor ethisch problematischem Handeln schützen.

Die Richtlinien aus dem Berufskodex und gesetzliche Bestimmungen geben nur bedingt Handlungssicherheit. Sie stecken zwar generelle Rahmenbedingungen ab, es hängt jedoch von unserer Kompetenz ab, wann und wie wir diese Richtlinien nach eigenverantwortlicher Güterabwägung in der konkreten Situation umsetzen. Oftmals stehen wir vor Problemsituationen, die von diesen Richtlinien und Vorschriften noch gar nicht berührt sind. In anderen Fällen – etwa in Krisensituationen oder im Umgang mit persönlichkeitsgestörten Patienten und Patientinnen – kann eine strenge Auslegung der Regeln den Therapieprozess behindern.

In der Präambel des Berufskodexes wird extra darauf hingewiesen, dass die Umsetzung von Richtlinien noch keine „ethische Kompetenz“ bewirkt: „Die Tatsache, dass sich ethisch verantwortungsvolles Handeln durch Gesetze und Richtlinien letztlich nicht bewirken lässt, steht nicht im Widerspruch dazu, dass Auseinandersetzung, Verständigung und Vereinbarung

über verbindliche Gesichtspunkte ethisch verantwortlichen professionellen Verhaltens in konkreten Fragen sinnvoll und notwendig sind.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 3) Der Berufskodex in der derzeitigen Fassung muss daher als aktuelles Resultat der ethischen Reflexion der gesamten Berufsgruppe begriffen und respektiert werden. Er erspart jedoch keineswegs die eigenständige Auseinandersetzung mit der ethischen Dimension psychotherapeutischen Handelns.

Wie kann nun ethische Kompetenz erworben werden? Genügt die Selbsterfahrung im Rahmen von Ausbildung und Supervision, wie es der Feststellung von Leijssen (2003) zu entnehmen ist? „Selbsterkenntnis und Selbstrespekt sorgen für einen besseren Schutz vor unethischen Verhaltensweisen als die vollständigste und detaillierteste Regelaufstellung jemals wird erreichen können“ (ebd., S. 96). Dem ist entgegenzuhalten, dass professionelles Handeln generell – nicht nur in der Psychotherapie – eigenständige Problemlösungskompetenz erfordert und von daher niemals durch das Befolgen von „Regelaufstellungen“ durchgeführt werden kann. Nur über kontinuierliche Reflexion *vor*, *während* und *nach* der Handlung sind theoretische Konzepte zur Bewältigung von Problemstellungen in der Praxis umsetzbar (vgl. Schön, 1983). Dennoch sind Konzepte wichtig, die bei der reflexiven Arbeitsweise zur Orientierung dienen.

Wir meinen daher, dass in der Klientenzentrierten Psychotherapie über berufsethisches Wissen, Selbsterkenntnis und Selbstrespekt hinaus spezifische Konzepte zum Erwerb der ethischen Kompetenz erarbeitet werden müssen. Die bisherigen Ansätze dazu greifen unseres Erachtens zu kurz. So geht aus einschlägigen Veröffentlichungen hervor, dass die Reflexion von Fallskizzen in Aus- und Fortbildungsveranstaltungen – ohne persönliche Betroffenheit und Handlungsdruck – die ethische Sensibilität für die Praxis erhöhen soll (Arnold et al., 2006). Nach dem Problemlösungsansatz von Eberlein (1987, zit. in Arnold 2006) sollen Fallvignetten entlang folgender Fragen analysiert werden:

1. „Welche Handlungsalternative(n) stehen in der beschriebenen Situation zur Auswahl?“
2. Welche Personen bzw. Personengruppen sind von Konsequenzen betroffen, die diese Handlungsweisen nach sich ziehen?“
3. In welcher Weise könnten Rechte dieser Personen durch die Entscheidung für oder gegen diese Handlungsalternativen beeinträchtigt werden?“
4. Welche Handlungsalternative(n) halten Sie aufgrund dieser Überlegungen unter ethischen Gesichtspunkten für gerechtfertigt?“
5. Unter welchen Umständen würden Sie Ihre Entscheidung revidieren und eine andere Handlungsalternative für angemessener halten?“ (ebd., S. 56)

Die Reflexion von Fallsituationen nach diesem Schema schult sicherlich das Problembewusstsein für ethische Aspekte in der Praxis. Problembewusstsein allein fördert aber kaum die Handlungssicherheit, die gerade in der Praxis besonders vonnöten ist, wenn unter oft intensiver persönlicher Betroffenheit und Rechtfertigungsdruck gehandelt werden muss (vgl. Arnold 2006, S. 57). Wenn Holzbecher (2006) meint, dass es außer der Schulung zu erhöhter Sensibilität keine generellen Handlungsrichtlinien geben kann, drückt sie damit eine gängige Überzeugung innerhalb der klientenzentrierten Community aus:

Hilfreich wäre es an dieser Stelle, wenn allgemeingültige Regeln und ‚Gebrauchsanleitungen‘ für therapeutische Kontakte erstellt und vermittelt werden könnten. Doch ebenso wenig, wie es eine Rezeptur für das Gelingen von Ehen und Partnerschaften gibt, auch wenn dies in den populärwissenschaftlichen Ratgebern immer wieder versprochen wird, lassen sich therapeutische, professionelle Beziehungen in starre Verhaltensgerüste pressen. Und diejenigen, die dies dennoch versuchen, begeben sich in Gefahr, im Bemühen um die Verhinderung von Grenzverletzungen ebensolche zu produzieren, indem der Beziehung ein künstlicher Rahmen aufgezwungen wird, bei dem nicht das Gegenüber mit seinen Empfindungen im Mittelpunkt der Erkundung steht, sondern die Struktur den Kontakt bestimmt. (ebd., S. 40)

Es mag jedoch genau dieser Mangel an praxistauglichen, flexiblen Konzepten sein, der unserer Beobachtung nach dazu führt, dass das Thema Ethik als „Querschnittsmaterie“ in der Ausbildung trotz all der Aufforderungen durch Ethik-Kommissionen in den letzten 20 Jahren nach wie vor zu kurz kommt. Denn bislang fehlt im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie ein geeignetes Handlungsmodell, das hilft, die ethische Dimension unseres Handelns kontinuierlich zu reflektieren. Im Folgenden soll daher der theoretische Rahmen für so ein Reflexionsmodell dargestellt werden.

Der theoretische Rahmen des Handlungsmodells zur ethischen Reflexion

Die Begriffe Ethik und Moral werden im Alltag oft synonym verwendet. Im wissenschaftlichen Diskurs ist es jedoch üblich, die Begriffe zu differenzieren. Während Ethik die Theorien der Moral umfasst, bezeichnet Moral die subjektiven, konkreten Werthaltungen und Regeln von Menschen und Gesellschaften unabhängig davon, ob und wie sie sich wissenschaftlich erklären oder begründen lassen (zur differenzierten Begriffsklärung vgl. Düwell, Hübenthal & Werner 2011 oder Pieper 2007).

Als Teilgebiet der Philosophie untersucht Ethik menschliches Handeln, Gewohnheiten und Sitten. Im Gegensatz zu einer rein empirischen Wissenschaft, beschäftigt sie sich mit der Problematik, dass empirische Sachverhalte und Prozesse auf leidensfähige Wesen (Menschen und Tiere) wirken, d. h. Wohlbefinden oder eben auch Leiden verursachen können.

Ethik bezieht sich auf die Fähigkeit von vernunftbegabten Wesen, Entscheidungen zu treffen bzw. das eigene Handeln zu reflektieren und zu steuern. Denn solche Entscheidungen können für sich selbst mehr oder weniger „gut“ sein (*deontologische Ethik*), sie können aber auch mehr oder weniger „gut“ sein hinsichtlich der Auswirkungen und Folgen (*teleologische Ethik*). Desgleichen befasst sich Ethik mit der Problematik, dass Haltungen und Handlungsleitlinien, die bereits als „gut“ erkannt wurden, in komplexen Praxissituationen gelebt werden sollen. Konkrete Handlungen können daher danach beurteilt werden, ob sie auch „moralisch richtig“ umgesetzt werden. Ethik hat also immer mit den Kardinalfragen zu tun: Was ist ein „gutes“ Leben? Welches Handeln ist angesichts einer Situation moralisch gut/schlecht bzw. welches Handeln ist moralisch falsch/richtig?

Die *deskriptive* Ethik beschreibt, wie Werturteile zu Stande kommen, insbesondere aus welchen theoretischen Hintergründen Werturteile gebildet werden und wie diese begründet werden können. Die *normative* Ethik setzt sich zum Ziel, Prinzipien, Werte und Maximen der Moral sowie allgemein gültige Normen und Standards auf Basis von philosophischer Untersuchung festzulegen. Demnach lassen sich verschiedene Ethiken nach deren höchsten Moralprinzipien unterscheiden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier exemplarisch einige Ansätze angeführt:

- Pflichtethik: Würde als oberster Wert, kategorische Imperative (Kant)
- Utilitarismus: Nutzenmaximierung als oberstes moralisches Ziel (Bentham)
- Diskursethik: moralische Urteile sollen im Diskurs gefällt werden (Habermas)
- Wertethik: allgemein-gültige Werte können über Wertfühlen erschlossen werden (Scheler)
- Pragmatismus: Reflexion soll zur klaren Überzeugung/ zur Beruhigung in der Praxis führen (Dewey)
- Care-Ethik: Fürsorge-Prinzip (Gilligan)

Die *angewandte* Ethik versucht allgemein gültige ethische Werte und Normen für bestimmte Bereiche zu erarbeiten, z. B. Technik, Medizin, Wirtschaft etc.

Berufsethik und Klientenzentrierter Ansatz

Eine Bereichsethik hat immer zum Ziel, das Handeln und das Arbeitsfeld der Berufsgruppe unter allgemein ethischen Moralprinzipien zu analysieren und Richtlinien und Standards für typische Problemsituationen zu entwickeln. Denn nicht alles, was fachlich oder technisch möglich ist, wird auch als ethisch gut betrachtet, denken wir etwa an die Debatten im Bereich Gentechnik oder Atomkraft. Hier berufen sich alle Kontrahenten darauf, etwas Gutes für die Menschheit zu intendieren. Es

stellt sich also das Problem, dass sich wegen des hohen Abstraktionsgrades die meisten, auch gegenteiligen Standpunkte jeweils mit obersten Moralprinzipien rechtfertigen lassen.

Berufsethiken orientieren sich daher in der Regel nicht an einem höchsten Moralprinzip, sondern sie favorisieren einen Theorienpluralismus, indem sie aus den vorhandenen philosophischen Moralsystemen pragmatisch-selektiv Prinzipien auswählen. So benennt die Prinzipienethik (principlism) von Beauchamp und Childress (2009) für den Bereich der Biomedizin „Prinzipien der mittleren Ebene und Reichweite“ und verzichtet auf eine Letztbegründung. Die auch für die Psychotherapie relevanten Maximen *Autonomie, Nicht-Schaden, Nutzenvermehrung, Gerechtigkeit* werden in der Prinzipienethik gleichrangig behandelt und müssen für den Einzelfall abgewogen und gewichtet werden. Allfällige weitere Regeln, wie z. B. die Verschwiegenheitspflicht oder die Aufklärungspflicht, können bzw. sollen aus den vier Prinzipien abgeleitet werden (vgl. Wiesing & Marckmann 2011, S. 275).

Eine Berufsethik für die Klientenzentrierte Psychotherapie hat jedoch zu berücksichtigen, dass das Klientenzentrierte Konzept mit seiner „*way of being*“ bereits selbst – in der Terminologie der Moralphilosophie ausgedrückt – ein Moralsystem darstellt, dem sich Klientenzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verpflichtet fühlen. Wozu also brauchen wir überhaupt ein spezifisches Handlungsmodell für die Reflexion ethischer Probleme? Genügen nicht die Handlungsmodelle und Standards, die schon bisher für die Umsetzung des abstrakt-formulierten Therapiemodells in der Praxis entwickelt wurden, z. B. die Hermeneutische Empathie (Keil, 1997), die störungsspezifischen Ansätze (Binder & Binder, 1991), oder die vielfältigen methodischen Explikationen z. B. bei Finke (2005) und Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (2003)? Lässt sich die ethische Beurteilung unseres Handelns nicht einfach daran messen, mit welcher Fachkenntnis, Sorgfalt und Achtsamkeit die Orientierung und Reflexion nach dem Klientenzentrierten Modell erfolgt?

Demgegenüber ist festzuhalten, dass das Klientenzentrierte Konzept allein noch keine Psychotherapie darstellt, so betont Wood (1996):

The person-centered approach is not a psychology, a psychotherapy, a philosophy, a school, a movement nor many other things frequently imagined. It is merely what its name suggests, an **approach**. It is a psychological posture, a way of being, from which one confronts a situation². (S.163)

2 „Der Person-zentrierte Ansatz ist weder eine Psychologie, noch eine Psychotherapie, noch eine Philosophie, noch eine Schule, noch eine Bewegung, noch vieles anderes, was gelegentlich behauptet wird. Er ist lediglich das, was sein Name sagt, ein Ansatz. Er ist eine psychologische Einstellung, eine Seins-Weise, mit der man an eine Situation herangeht“ (Übers. d. Verf.).

Wir machen Psychotherapie mit einer klientenzentrierten *Hal-tung*, die Durchführung einer Psychotherapie verlangt jedoch zusätzliches Wissen und Können (vgl. Keil, 2002). Zu diesen zusätzlichen Kenntnissen gehört auch die Fähigkeit, das eigene Handeln unter allgemein gültigen ethischen Werten und Normen zu überprüfen und gegebenenfalls rechtfertigen zu können. Eine spezifisch klientenzentrierte Berufsethik hat also in einem ersten Schritt die Moralprinzipien des Klientenzentrierten Konzepts sowie die damit verbundenen Normen deutlich zu machen. In einem zweiten Schritt sollte ein Bezug zu moralphilosophischen Konzepten hergestellt werden. Dies gerade deshalb, um spezifisch klientenzentrierte, ethische Positionen gegenüber schulfremden Richtlinien abzusichern. Dies ist insbesondere bei Beschwerdefällen wichtig.

Die Interpretation von dem, was eine ethisch korrekte, klientenzentrierte Vorgehensweise ist, soll nicht externer Beurteilung überlassen werden.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass auch eine sorgfältige Umsetzung des Klientenzentrierten Konzepts häufig mit Unsicherheiten einhergeht, Unsicherheiten, die immer auch eine ethische Dimension enthalten. Diese ethischen Dimensionen sollen bewusst gemacht werden. Für den Umgang mit den erkannten Wert- und Norm-Konflikten braucht es spezifische Konzepte.

Außerdem gibt es bezüglich der korrekten Umsetzung auch zwischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen kontroverse Interpretationen, z. B. ob körperliche Berührungen in der Therapie stattfinden dürfen, welche Methoden integriert werden dürfen, aber auch hinsichtlich der Gestaltung der Rahmenbedingungen, wie Therapiedauer und Bezahlungsmodalitäten. Diese Unklarheiten sind vom ethischen Aspekt her bedenklich. Besonders deutlich manifestiert sich die Schwierigkeit im Beschwerdefall: Um vor einer Ethikkommission oder einem Schiedsgericht ein Verfahren unter rechtsstaatlichen Bedingungen grundrechtskonform durchführen zu können, ist die Bezugnahme auf konkrete und allgemein bekannte ethische Kriterien unabdingbar. Es gilt das Prinzip: Keine Strafe ohne Gesetz (EMRK, Art. 7) und das Recht auf ein faires Verfahren (EMRK, Art. 6)³.

Die ethische Begründung klientenzentrierter Praxis ist aber auch für die Weiterentwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes selbst von Interesse. Denn die radikale Subjektivität als Markenzeichen Klientenzentrierter Psychotherapie stellt einen hohen Wert dar. Viele kreative und entscheidende, therapeutische Anstöße tauchen spontan aus dem aktuellen Erleben in der Beziehung auf und weichen gelegentlich von üblichen Handlungsmustern ab. Alle kennen in solchen Situationen die bange

Frage: „Bin ich noch klientenzentriert?“ Praktiker und Praktikerinnen brauchen dann ein Instrumentarium, mit dem sie ihre Handlungen auch unter ethischen Gesichtspunkten überprüfen können. Damit jedoch bei der radikal subjektiven Praxis nicht der Eindruck der Beliebigkeit entsteht, ist es gleichzeitig notwendig, nach außen hin auszuweisen und nachvollziehbar darzustellen, wie sich im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie konkrete Vorgehensweisen nach allgemein gültigen ethischen Kriterien überprüfen lassen.

Ein Handlungsmodell zur ethischen Reflexion sollte daher nicht nur auf Kriterien Bezug nehmen, die dem Theorierahmen des Klientenzentrierten Konzepts entnommen sind, sondern auch Kriterien berücksichtigen, die an allgemein-psychotherapeutische und ethische Diskurse anschließen. Auf der Suche nach einem solchen philosophischen Rahmenkonzept, das mit klientenzentrierten Werthaltungen kompatibel ist und das der Komplexität psychotherapeutischer Problemsituationen Rechnung trägt, sind wir auf den *begründungsorientierten Kohärentismus* gestoßen, der im folgenden Kapitel erklärt wird.

Begründungsorientierter Kohärentismus als normativ-ethische Basis

Der *begründungsorientierte Kohärentismus* wird als einer von vielen Ansätzen dem *ethischen Kohärentismus* zugeordnet. Diese moralphilosophische Theorie sieht zum Unterschied von anderen (z. B. Kantianismus oder Wertethik) ihre Begründungsaufgabe nicht mehr darin, *letztgültige normative Fundamente* festzulegen, aus denen dann sämtliche moralische Urteile und Normen abgeleitet werden. Vielmehr soll das, was „gut“ und „richtig“ ist, am konsistenten argumentativen *Zusammenhang* (d. h. an der *Kohärenz*) gemessen werden, in dem moralische aber auch nicht-moralische (fachliche oder empirische) Überzeugungen in der ethischen Beurteilung einer bestimmten Situation verknüpft werden.

Die konzeptuellen Wurzeln des *ethischen Kohärentismus* gehen auf den Pragmatismus, insbesondere bei John Dewey, zurück (vgl. Badura, 2011). Von daher lassen sich Bezüge zum Klientenzentrierten Ansatz herstellen. Rogers wurde von Dewey indirekt via Kilpatrick beeinflusst, der im Studium sein Lehrer war und ihn in seiner Maxime bestärkte: „Erfahrung ist die höchste Autorität“ (Rogers, 1961/1976, S. 39). Ein moderner Vertreter des *Kohärentismus* ist John Rawls (1971), der im Rahmen seiner *Theory of Justice* das Konzept des „Überlegungsgleichgewichts“ (reflective equilibrium) eingeführt hat.

Den Ausführungen von Badura (2011, S. 200) ist zu entnehmen, dass dieses Konzept nicht nur für die Beurteilung von Gerechtigkeitsfragen herangezogen werden kann, sondern generell eine Anleitung für den Umgang mit ethischen Praxisproblemen darstellt. Mit der Methode des *reflective equilibrium*

3 Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK). Verfügbar unter <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/005.htm> [21. 8. 2012]

können situationsadäquate moralische Urteile gefällt werden, indem versucht wird, ein Gleichgewicht zwischen intuitiven Alltagsurteilen, Ableitungen aus empirischen Erkenntnissen und allgemein-anerkannten Moralprinzipien herzustellen. Wie ein Seiltänzer, der ebenfalls kontinuierlich sein Gleichgewicht austariert, sollen auch praktikable moralische Urteile immer wieder durch neu hinzukommende Informationen modifiziert werden.

Auf diese Weise zustande gekommene Urteile sind nicht beliebig. Denn subjektive Urteile müssen begründet werden und systematisch mit objektiven Sachverhalten und allgemein anerkannten Moralprinzipien in einen logisch-konsistenten Zusammenhang gebracht werden. Der *begründungsorientierte Kohärentismus* überwindet auf diese Weise die Spaltung zwischen Ethik und Empirie und berücksichtigt damit die enge Verflechtung zwischen ethischer und fachlicher Dimension in Praxiskontexten.

Normativen Prinzipien, Standards und Regeln kommt in diesem Prozess der Urteils- und Entscheidungsfindung keine höherrangige Bedeutung zu. Sie sollen lediglich die Sensibilität für den Problemzusammenhang erhöhen. „A moral principle, then, is not a command to act or forbear acting in a given way: it is a tool for analyzing a special situation in its entirety and not by the rule as such“⁴ (Dewey 1996/1908, zit. in Badura 2011, S. 202).

Die ethische Qualität einer individuellen und situativen Entscheidung ist demnach im *begründungsorientierten Kohärentismus* umso höher, je dichter die logisch-konsistente Einbettung der Entscheidung im Gesamtzusammenhang von relevanten Sachverhalten und anerkannten Normen, Standards und Werten erklärt werden kann. Der *Kohärentismus* erscheint als Basis für unser Handlungsmodell besonders geeignet, weil er der Subjektivität einen ebenbürtigen Platz bei der moralischen Beurteilung einräumt und außerdem die Prozesshaftigkeit von Entscheidungen im Rahmen von Psychotherapie berücksichtigt. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich „kohärentistische Begründungen dem Einwand ausgesetzt [sehen], dass die Verbindlichkeit ihrer Ergebnisse von Voraussetzungen abhängig ist, die nicht von allen geteilt werden müssen“ (Düwell et al., 2011, S. 14). Wir vernachlässigen diese Kritik, weil wir meinen, dass ethische Kompetenz in ausreichendem Ausmaß erfüllt ist, wenn konkrete Praxissituationen im Sinn des *Kohärentismus* analysiert werden und die professionelle Vorgehensweise nachvollziehbar begründet werden kann.

Entwurf für ein Handlungsmodell ethischer Reflexion

Klientenzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind daran gewöhnt, Interventionen kontinuierlich zu reflektieren. Ziel dieser üblichen Reflexion ist, die kongruente, empathisch wertschätzende Haltung zu überprüfen oder wieder zu erlangen. Dabei ist es in der Regel wichtig, die Inkongruenz bzw. die Störung der Klienten oder Klientinnen hermeneutisch zu verstehen. Ethische Reflexion hat hingegen zum Ziel, das professionelle Handeln auf seine moralische Richtigkeit hin zu überprüfen bzw. zu rechtfertigen. Dies setzt natürlich ein Verstehen der Problematik der Klienten und Klientinnen voraus, geht aber einen Schritt weiter, indem die ethische Dimension des therapeutischen Handelns in den Blick genommen wird. Es stellen sich Fragen wie: Ist das, was ich hier als Psychotherapeutin oder als Psychotherapeut tue oder tun will, auch gut für meine Klientin bzw. meinen Klienten? Ist es gut für die Förderung des Therapieprozesses? Ist es gut für mich selbst und gut in Hinblick auf die Profession in ihrer Außendarstellung? Wie kann ich begründen, dass die Strategie ethisch korrekt ist? Wie könnte eine Kritik daran lauten? Wie lässt sich das Handeln rechtfertigen?

Das Handlungsmodell zur ethischen Reflexion besteht aus einer Matrix, in der drei Ebenen (implizite Ebene, normative Ebene und Werte-Ebene) unterschieden werden. Jede der Ebenen enthält drei sich überlappende Felder (persönliches, klientenzentriertes und allgemeines Feld), die bei jedem ethischen Reflexionsprozess zu beachten sind. Eingerahmt wird die Matrix von zwei Spalten, in denen auf der linken Seite Stationen des experienziellen sowie auf der rechten Seite die Stationen des kognitiven Entscheidungsprozesses markiert werden. Das komplex-strukturierte Modell wird in den folgenden Unterkapiteln stufenweise beschrieben, erklärt und aufgebaut.

Implizite Ebene

Während wir psychotherapeutisch handeln, treffen wir implizit bereits eine Fülle von ethischen Entscheidungen, die sich in unserem intuitiven Vorgehen und Erleben zeigen. Dieses intuitive Vorgehen ist jedoch nicht „theoriefrei“, obwohl es einem Bewertungsprozess folgt, der im Kern organismisch ist. Die bewertende Entscheidung ist keinesfalls eine rein emotionelle sondern bezieht alle intellektuellen und kognitiven Komponenten mit ein (vgl. Gendlin 1967, S. 199). Sie sind in der gefühlten Bedeutung (*felt meaning*) quasi eingefaltet (impliziert) und werden nicht immer bewusst. Eine *felt meaning* enthält implizit auch alles, was ein Mensch gelernt hat, was ihm intellektuell zugänglich ist, was seine Kultur ihm mitgegeben hat und was bereits zuvor entschieden wurde.

4 „Ein Moralprinzip ist also kein Gebot, in einer bestimmten Weise zu handeln oder nicht zu handeln: es dient zur Analyse einer speziellen Gesamtsituation, nicht als Regel, die als solche angewendet werden soll“ (Übers. d. Verf.).

Der bewertende Entscheidungsprozess wird nicht immer von Null gestartet, also nur von einer *felt meaning* aus, sondern oft auch von einem vorgegebenen Wert (einer früheren oder fremden Bewertung), der im Bewertungsprozess weiter differenziert wird (vgl. Gendlin 1967, S. 196). Ethische Reflexion soll in Praxissituationen daher aus zwei Gründen starten: Entweder immer dann, wenn wir verunsichert sind oder in solchen Momenten, wenn wir unser Handeln stichprobenartig überprüfen, da schädliche Prozesse oft lange nicht bemerkt werden.

Der Entscheidungs- und Bewertungsprozess beginnt also in der Regel bei einem körperlichen Erleben (*felt sense*) der Art: „Der Fluss meiner Handlungen stockt, ich muss eine Entscheidung für eine bestimmte Handlung treffen. Die Entscheidung ist bedeutsam, es geht darum zu bewerten, was hier fachlich und moralisch gut und richtig ist.“ Die Entscheidung ist nun in einer *felt meaning* impliziert: „Ich tendiere zu einer bestimmten Richtung, einer möglichen Entscheidung, die ich mir bewusst machen kann.“

Wir gehen davon aus, dass in diesen impliziten Bewertungsprozess Werthaltungen aus drei Bereichen einfließen: 1. persönliche, 2. fachlich und ethisch-klientenzentrierte und 3. Wert- und Normvorstellungen, die fallbezogen aus sämtlichen Wissensbeständen abgeleitet werden, also aus human- und sozialwissenschaftlichem Wissen, aus rechtlichem Wissen, aus Störungswissen aber auch aus Praxiswissen, von berufsethischen Geboten und Verboten, sowie von informellen Standards.

Der *erste*, der persönliche Bereich bezieht sich auf folgende Tatsache: Auch wenn sich Klientenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen am Personzentrierten Ansatz orientieren, sind sie primär Mensch bzw. Person mit biografisch-persönlichen Werthaltungen, die eng mit Fragen der Identität verbunden sind, z. B.: Wer bin ich, als Mann oder Frau? Wie will ich leben? Wie stehe ich zur Welt und in der Welt? Warum bin ich Therapeut oder Therapeutin geworden? Aus diesen Werthaltungen heraus entwickeln sich individuelle Gewohnheiten, Einstellungen, Strategien und Normvorstellungen, die in der Therapiepraxis wirksam werden. *Wo* arbeiten Therapeuten bzw. Therapeutinnen (z. B. Institution, Praxisgemeinschaft, Einzelpraxis, aufsuchend)? *Wie* gestalten sie den Praxisraum? Mit welchen Zielgruppen bzw. Störungsbildern arbeiten sie? *Welche* Settings, Methoden und Techniken bevorzugen sie? Wie stehen sie zu Fragen nach der Sitzungsfrequenz und Therapiedauer? Wie gestalten sie ihre Arbeitszeiten, das Arbeitsausmaß und welches Honorar verlangen sie? Von all diesen Faktoren ist das Beziehungsangebot an die Klienten und Klientinnen bestimmt. Bei einer Reflexion der ethischen Dimension sollte daher immer auch der nicht unerhebliche Einfluss beachtet werden, der sich aus solchen persönlichen Kriterien ergibt.

Der *zweite* zentrale Bereich bezieht sich auf Werte und Normen, die sich aus dem hoch abstrakt formulierten

Klientenzentrierten Konzept für die ethische Reflexion ableiten lassen. Bei der Ausarbeitung dieses Modells ist uns aufgefallen, dass es auf niederen Abstraktionsebenen eine Fülle von praxeologischen Normen gibt, die zwar nicht befolgt werden müssen, an denen aber eine ethische Reflexion ansetzen kann, z. B.: Vertraue der Aktualisierungstendenz; achte auf eine wertschätzende Haltung; sei fehlerfreundlich; sei empathisch; mache Verstehenshypothesen, wenn du merkst, dass du nicht wertschätzen kannst; sei bereit, dich durch Verstehen selbst verändern zu lassen; unterstütze den Selbstexplorationsprozess; bleibe mit deinem *felt sense* in Kontakt; konfrontiere Klienten und Klientinnen mit deinem Erleben in der Beziehung, um den Selbstexplorationsprozess anzuregen; etc.

Dem *dritten* Reflexionsbereich haben wir sämtliche fachlich-empirischen, rechtlichen, sozialen, ethischen und praktischen Wissensbestände zugeordnet, die neben den persönlichen und klientenzentrierten Kriterien die Situationsanalyse und damit das empathische Verstehen bestimmen oder bestimmen sollten. Es handelt sich um ein sehr breites und komplexes Wissensspektrum, das zwar in jeder Praxissituation mit angesprochen ist, bei dem es aber klar ist, dass dieses Wissen nicht automatisch zur Verfügung steht. Lebenserfahrung, Quellberufe, Psychotherapie-Ausbildung und Praxis haben zwar dazu geführt, dass relevantes Wissen aus diesem Bereich inkorporiert wurde, aber oftmals macht erst eine Analyse die relevanten Wissensbestände deutlich oder zeigt Widersprüche und Wissenslücken auf, die noch geklärt bzw. gefüllt werden müssen.

In den einzelnen Interventionen verdichten sich also Werthaltungen aus allen drei Bereichen. Sie bestimmen das aktuelle Erleben, den *felt sense* der Therapeuten bzw. der Therapeutinnen, aus dem heraus sie implizit bewerten, reagieren und handeln. Ein Fallbeispiel mag diese komplexe Situation verdeutlichen, obwohl die Realsituation, von der das Beispiel abstrahiert wurde, noch einen weit höheren Komplexitätsgrad aufweist.

Fallbeispiel – Teil 1 / implizite Ebene

Eine Klientin mit einer komplex-traumatischen Störung, die seit Jahren keiner Berufstätigkeit mehr nachgeht und gravierende Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung hat, berichtet in der Sitzung verzweifelt, dass sie vom Arbeitmarktservice einem 6-wöchigen Bürokurs zugeteilt wurde, mit einer Anwesenheitsverpflichtung von 38 Stunden/Woche. Es sei eine Katastrophe, ohne Psychotherapie hielte sie diese Zeit nicht durch. Ihr Jobcoach habe ihr geraten, ihre Psychotherapeutin zu fragen, ob sie ihr nicht eine Bestätigung schreiben könnte, dass der Besuch der Psychotherapie während der Kurszeiten aus Gesundheitsgründen [*sic!*] notwendig sei. **Felt sense:** ein mulmiges Gefühl, tendiert zur Ablehnung des Ansinnens.

Felt meaning: „In der Rolle der Therapeutin bin ich keine Gutachterin.“ – „Ich will nicht beim Kurs-Schwänzen mitspielen.“ – „Klientin könnte mit einigem Aufwand meinerseits auch außerhalb der Kurszeiten in die Therapie kommen.“ – „Klientin soll sich von mir nicht abgewiesen fühlen.“ – „Der Kurs ist eine Überforderung zum aktuellen Zeitpunkt.“

Spontane Entscheidung: Therapeutin erklärt ihr Dilemma mit der Rolle als Therapeutin, in der sie nicht ein „objektives Urteil“ über die gesundheitliche Notwendigkeit abgeben möchte. Sie bietet der Klientin an, für Therapiestunden während der Kurszeiten eine Zeitbestätigung geben zu können. Aber das mulmige Gefühl bleibt, obwohl die Klientin mit dem Angebot einverstanden ist.

In diese spontane Entscheidung fließen Kriterien aus allen drei Bereichen ein, die bewusst gemacht werden können bzw. die bewusst gemacht werden sollten:

Persönliche Kriterien: Abneigung gegen den neoliberalen Trend in der Arbeitsmarktpolitik. Daraus ergibt sich eine ambivalent kritische Einstellung zum Kurs. Ärger über die Einmischung in den Therapieprozess.

Klientenzentrierte Kriterien: Klienten und Klientinnen sollen sich wertgeschätzt fühlen. Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut soll ihnen zutrauen, mit Anforderungen des Lebens fertig zu werden.

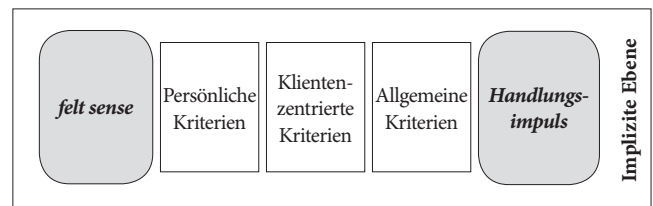
Allgemeine Kriterien: Rolle als Therapeut bzw. als Therapeutin soll gewahrt werden. Komplex traumatisierte Patienten und Patientinnen brauchen Schutz, weil sie sehr verletztlich sind.

Das Fallbeispiel steht für viele Therapiesituationen, in denen das Setting durch äußere Einflüsse gestört wird. Da die spontane Handlungsentscheidung im Fallbeispiel keine körperlich spürbare Erleichterung (*felt shift*) erzeugt hat, ist der ethische Reflexionsprozess auf der impliziten Ebene nicht vollständig geglückt. Die eingeschlagene Handlungsstrategie hat daher ein hohes Fehlerpotential. Dies wahrzunehmen und zu reflektieren wird durch die „fehlerfreundliche Haltung“ in der Klientenzentrierten Psychotherapie erleichtert. Die Therapeutin reagiert verunsichert, vermittelt aus dieser Haltung heraus vermutlich wenig Schutz, auch wenn die Klientin dies noch gar nicht bewusst wahrnimmt. Es handelt sich um eine kleine Weichenstellung, die in der Folge die therapeutische Beziehung gefährden kann, etwa weil die Klientin „sich – wie schon so oft in ihrem Leben – im Stich gelassen“ fühlt.

Als Baustein in der Reflexionsmatrix des Handlungsmodells lässt sich die implizite Ebene daher folgendermaßen darstellen (Abbildung 1):

Die Grafik weist darauf hin, dass der erste Schritt bei einer ethischen Reflexion darin besteht, ausgehend von einem *felt*

Abbildung 1: Implizite Ebene des Handlungsmodells zur ethischen Reflexion



sense (einem Unbehagen, einer Unsicherheit) implizite Handlungsimpulse danach zu untersuchen, welche Kriterien (Normen, Werte) darin enthalten sind.

Normative Ebene

Normen sind Verhaltensregeln, die dabei helfen sollen, Werte zu realisieren. Die Einhaltung von Normen garantiert jedoch nicht, dass angestrebte Werte auch tatsächlich erfüllt werden. Normverletzungen sind aus demselben Grund nicht per se als moralisch schlecht zu bewerten, da das ethische Urteil nur in Bezug auf die dahinter stehenden Werte zu fällen ist. Normen sind des Weiteren danach zu unterscheiden und zu gewichten, ob es sich um Verbote, Gebote, Leitlinien oder Standards handelt, die formalisiert (z. B. Berufskodex) bzw. legislativ (z. B. Strafrecht) festgelegt sind oder ob es um solche Normen geht, die sich eher informell in der Profession etabliert haben (z. B.: Es gibt Sozialtarife). Bei der Übertretung von Verboten müssen Therapeutinnen und Therapeuten mit Sanktionen rechnen, wenn ein Schaden festgestellt wird. Bei der Nicht-Einhaltung von Geboten, Leitlinien und Standards ist ein Fehlverhalten oftmals nicht deutlich festzustellen. Dennoch bleibt das Schadensrisiko bestehen. Hier ist weiter zu bedenken, dass Normen einander oftmals widersprechen, dass ethische Probleme aber auch dadurch auftreten können, dass Normen fehlen (z. B.: Ist das Erstgespräch kostenpflichtig?).

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sollen mit einem Verweis auf Kohlbergs Stufen der moralischen Entwicklung auf *postkonventionellem Niveau* handeln (vgl. Kohlberg, 1981). Sie sollen Normen nicht nur beachten aus „Angst vor Strafe“ oder „um ein konfliktfreies Miteinander zu ermöglichen“, sondern aus einer ethischen Überzeugung heraus.

Wir haben daher die normative Ebene in der Reflexionsmatrix nicht deshalb eingefügt, weil wir den Anspruch vertreten, dass Normen unreflektiert befolgt werden sollten, sondern weil das ethische Dilemma einer Situation präziser identifiziert werden kann, wenn es gelingt, die relevanten Normen zu erkennen und zu benennen, die auf den Fall zutreffen. Auch Holzbecher & Wittrahm (2008) weisen darauf hin, dass ethische Reflexion die Kompetenz braucht, „allgemeine Prinzipien auf konkrete Handlungssituationen zu beziehen und gerade in Zweifelsfällen und im Widerstreit verschiedener ähnlich wichtiger Prinzipien

in einer transparenten Weise zu entscheiden“ (Holzbecher & Wittrahm, 2008).

Nachdem die Reflexion auf der „impliziten Ebene“ dazu geführt hat, implizite Kriterien bewusst zu machen, sollen also auf der normativen Ebene des Handlungsmodells, diese explizierten Kriterien mit allgemeinen relevanten Normen aus allen drei Bereichen kontrastiert werden. Die Gegenüberstellung der „eigenen spontanen Werthaltungen“ mit allgemeinen Normen soll die Sensibilität für das ethische Problem oder Dilemma der Situation erhöhen. Als expliziter Input sollen sie den Entscheidungsprozess vorantreiben, bestärken und vervollständigen.

Die nächste Runde der Bewertung lautet also etwa: „Wenn ich diese (hinzugekommene) Norm betrachte, mit einbeziehe, wie beeinflusst das die Richtung meiner Entscheidung. Wie verändert sich dadurch meine *felt meaning*?“ Wenn es ein bedeutenderer Aspekt war, wird sich die *felt meaning* verändern, was als körperlich spürbare Erleichterung (*felt shift*) wahrnehmbar ist. Der Entscheidungsprozess ist beendet, wenn die Symbolisierung der *felt meaning* eine Qualität hat wie: „... one finds that the matter is ‘resolved’. One feels ‘whole’ or ‘clear’ or whatever poetic words one wishes to use for this condition“ (Gendlin 1967, S.186)⁵. Die Entscheidung ist umso besser abgesichert, je vollständiger die in Frage kommenden Normen berücksichtigt wurden.

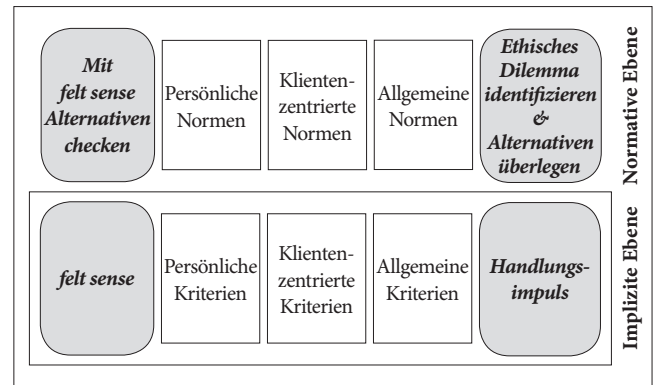
Beim Testen des Handlungsmodells ist uns aufgefallen, dass der Arbeitsschritt auf dieser Ebene enorm erleichtert wird, wenn die relevanten Normen aus den jeweiligen Bereichen, insbesondere die persönlichen Normen, rasch abrufbar sind. Es sei jedoch nochmals betont, dass solche Normen nicht ein starres Handlungs-Manual darstellen. Wir sehen darin eine dynamisch wachsende und sich stetig verändernde Sammlung von Werten und Normen. Werte und Normen des persönlichen Bereichs sind das Ergebnis vorhergegangener, abgeschlossener experienzieller Prozesse. Werte und Normen des klientenzentrierten Bereichs werden *top down* aus der klientenzentrierten Anthropologie und Therapietheorie abgeleitet. Allgemeine Werte und Normen existieren in der Kultur und in der Lernerfahrung des Individuums. Ganz im Sinne des kohärentistischen Modells ist es jederzeit möglich, auf Grund der Erfahrung des Einzelfalls Normen zu revidieren. „... [es kann] zu Revisionen an jedem Punkt des ursprünglichen Überzeugungssystems kommen, sei es bei den Urteilen, den Prinzipien oder den Hintergrundtheorien“ (Badura 2002, S.93).

Während der reflexiven Auseinandersetzung mit den jeweiligen Normen werden oftmals Normkollisionen erkennbar, die dann das ethische Problem verdeutlichen und erklären.

Gleichzeitig ist es sinnvoll, Handlungsalternativen zu überlegen. Während des gesamten Prüfungsvorgangs ist auf den *felt sense* zu achten, denn es kann sein, dass schon während des Prüfungsvorgangs ein *felt shift* auftritt, der darauf hinweist, dass das ethische Dilemma in der Situation gelöst ist.

Die Matrix des Handlungsmodells wird in Abbildung 2 um die zweite Ebene erweitert dargestellt:

Abbildung 2: Implizite und normative Ebene des Handlungsmodells zur ethischen Reflexion



Im Fallbeispiel soll nun die Reflexion auf der normativen Ebene demonstriert werden:

Fallbeispiel – Teil 2/Normative Ebene

Persönliche (generelle) Normen: Ich komme Klienten und Klientinnen bei ihren Terminwünschen nach Möglichkeit entgegen. Ich meide Aufwand, der über die Therapiestunden hinausgeht. Ich arbeite gerne mit Menschen mit schweren Störungen.

Klientenzentrierte Normen: Sei fehlerfreundlich; triff Entscheidungen nach dem Win/win-Modell gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen; sei empathisch; achte auf Kongruenz; prüfe, ob du Wertschätzung empfindest; knüpfe immer am Erlebensprozess an, bei dem Klienten und Klientinnen gerade stehen; lasse dich auf die Beziehung ein (Stichworte: Commitment, Personal Power).

Allgemeine Normen: Verschwiegenheitspflicht, Kooperationspflicht mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (Ethik-Kodex), Wahrung der Rolle als Therapeut bzw. Therapeutin und des Settings, besondere Rücksichtnahme auf die Vulnerabilität von Menschen mit komplex-traumatischer Belastungsstörung.

Wir sehen, dass die Liste im *Fallbeispiel – Teil 2* Normkollisionen sowohl innerhalb der einzelnen Bereiche als auch bereichsübergreifend enthält. Diese Widersprüche oder Paradoxien sind der Ausgangspunkt zur Formulierung der ethischen Probleme, für die eine situativ angemessene Lösung gesucht werden soll. Im obigen Beispiel soll die Therapeutin auf ein klares Setting achten, dies ist jedoch bei Menschen mit schweren Störungen

⁵ „... man findet, die Sache ist ‚gelöst‘. Man fühlt sich ‚ganz‘ oder ‚klar‘ oder welche poetischen Worte auch immer man für diesen Zustand verwenden will.“ (Übers. d. Verf.)

oft nicht möglich, weil sie entsprechende Strukturvorgaben oft nicht als wertschätzend erleben. Solche Normkollisionen sind nur nach einer sorgfältigen *Güterabwägung* (vgl. Horn, 2011) über die Reflexion der dahinter stehenden Werte (siehe folgenden Abschnitt: Werte-Ebene) aufzulösen.

Oftmals geschieht bei der Reflexion dieser normativen Ebene aber auch etwas anderes. Bei der Analyse des obigen Fallbeispiels hat die betroffene Therapeutin bei der Durchsicht des Ethik-Kodexes bereits einen *felt shift* erlebt: die *Kooperationspflicht mit angrenzenden Gesundheitsberufen* hat ihr gefühltes Dilemma gelöst. Sie erweitert spontan diese Regel auf Trainee-rin und Jobcoach. Denn – so ihre Interpretation – diese können angesichts der langzeitarbeitslosen Klientin insofern als „Gesundheitsberufe“ betrachtet werden, als sie die soziale Dimension von Gesundheit behandeln. Die Therapeutin fühlt sich in ihrer Rolle nun frei für alle Kooperationsformen, die sie mit der Klientin gemeinsam erarbeitet und mit der Kooperationspflicht rechtfertigen kann.

Werte-Ebene

Ohne auf die Differenzierung der Begriffe genauer einzugehen, sind Werte, Moralprinzipien oder Güter Orientierungsdirektiven für menschliches Handeln. Es gibt eine unüberschaubare Anzahl von Werten, z. B. psychische und physische Integrität, Leben, Würde, Anerkennung, Wahrheit, Autonomie, Freiheit, Glück, Friede, Fairness, Solidarität, Respekt, Verantwortung, Eigentum, Umweltschutz, Wohlbefinden, Gesundheit, Erholung, Ruhe etc. Werte hängen meist mit anderen Werten zusammen, sie bilden Wertsysteme, wobei höhere und niedrigere Werte zu unterscheiden sind. Werte können einander widersprechen oder kollidieren. Werte sind oft allgemein anerkannt, es gibt aber auch umstrittene Werte, die dann im Wandel begriffen sind, Stichwort „Wertewandel“ (aktuell z. B. *Eigentum* angesichts der Wirtschaftskrise) oder an Wert verlieren, Stichwort „Wertverlust“ (z. B. die *Ehe*). Häufiger besteht jedoch Uneinigkeit und Unsicherheit darüber, wie und mit welchen Normen oder Handlungsleitlinien Werte realisiert werden sollen.

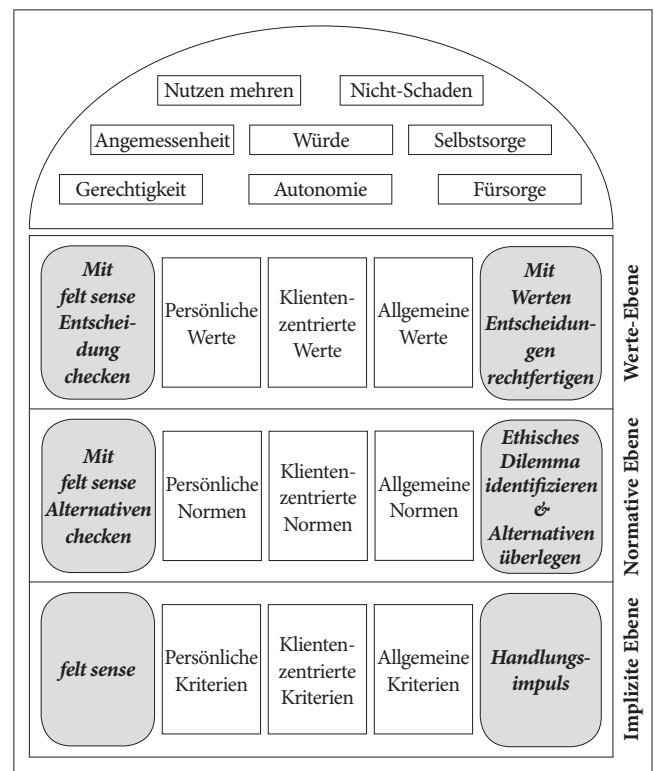
Unabhängig davon, ob nun Werte als ontisch gegeben betrachtet werden, etwa weil sie über das *Wertfühlen* (Scheler) hermeneutisch erschlossen werden können, oder ob sie als sozial-konstruiertes Resultat kommunikativer Aushandlungsprozesse begriffen werden, haben sie *Geltung* (vgl. Krijnen, 2011). Auf Grund ihrer Allgemeingültigkeit ist eine moralische Entscheidung daher am ehesten mit Werten zu begründen bzw. zu rechtfertigen. Es ist inter-subjektiv überprüfbar, ob entsprechende Handlungen tatsächlich die angestrebten Werte realisieren. Professionelles Handeln wird durch eine solche Begründung für andere transparent und prinzipiell nachvollziehbar. Während moralisierende Wert- und

Normdiskussionen meist – außer Streit – wenig bringen für moralisch korrektes Handeln (vgl. Luhmann & Horster, 2008), ist die Auseinandersetzung mit dahinterstehenden Werten bei der Überprüfung von ethischen Problemsituationen und Handlungstendenzen hilfreich, sie führt zur Klärung und Handlungssicherheit.

Auf der dritten Stufe des Handlungsmodells sollen daher die auf der impliziten und normativen Ebene erkannten Dilemmata und Normkollisionen daraufhin überprüft werden, welche Werte oder Güter aus allen drei Bereichen dabei zu beachten sind, welche Werte durch die jeweiligen Handlungsoptionen erfüllt werden bzw. welche dadurch vernachlässigt werden.

In der Abbildung 3 wird daher die Matrix um die dritte Ebene ergänzt. Weitreichende Moralprinzipien werden in der Grafik in einer Art „Himmel“ angeführt. Nicht deshalb, weil sie für die ethische Reflexion oder Entscheidungsfindung in diesem kohärentistischen Modell am wichtigsten wären, sondern weil sie bei allen ethischen Problemen in der Psychotherapie relevant sind und zur Rechtfertigung von eingeschlagenen Interventionen benützt werden können.

Abbildung 3: Reflexionsmatrix für das Handlungsmodell zur ethischen Reflexion



Das Klientenzentrierte Konzept enthält jedoch selbst Werte, denen in einer Klientenzentrierten Psychotherapie ein besonderes Gewicht zukommt. So ist auf individueller Ebene die Erfüllung des *need for unconditional positive self-regard* ein sehr hoher Wert. Desgleichen gilt die kongruente, empathisch wertschätzende Beziehungsqualität als zentraler Wert,

um Persönlichkeitsveränderung durch Therapie zu ermöglichen. Mit der Aktualisierungstendenz wird ein Menschenbild beschrieben, in dem Person-Sein als kontinuierlicher Prozess verstanden wird. Prozesshafte Entwicklung gilt daher selbst als hoher Wert im Klientenzentrierten Konzept. Es sind Werte, die bei ethischen Problemen schon deshalb vorrangig zu beachten sind, weil sie die Handlungsstruktur einer Klientenzentrierten Psychotherapie bestimmen. Da sie jedoch spezifisch mit dem Klientenzentrierten Ansatz verknüpft sind, können wir nicht von einer Allgemeingültigkeit ausgehen. Daher haben wir sie trotz ihrer Wichtigkeit in der Matrix nicht den weitreichenden Moralprinzipien zugeordnet. Es lassen sich aber sicherlich Bezüge herstellen, insbesondere zum Wert der *Würde*.

Dass wir als Indikator für „gute Entscheidungen“ den experienziellen Prozess (*felt sense, felt meaning, felt shift*) herangezogen haben, ist eine Konsequenz der schulenspezifischen Werthaltung, mit der ethische Reflexion im Rahmen von Klientenzentrierter Psychotherapie⁶ erfolgt.

Abschließend soll die Reflexion auf der Werte-Ebene im Fallbeispiel demonstriert werden:

Fallbeispiel – Teil 3 / Werte-Ebene

Die Therapeutin hat sich schon während der Reflexion der normativen Ebene für eine neue Handlungsoption entschieden: *Sie ist bereit, das Setting der Psychotherapie in Absprache mit der Klientin zu überschreiten und mit Jobcoach bzw. Kurstrainerin zu kooperieren. Sie tritt dabei nicht in der Rolle einer Gutachterin auf, sondern als Fallbeteiligte, die zur Kooperation verpflichtet ist.*

Die Überprüfung der Strategie auf dieser Ebene bringt folgende Werte ins Bewusstsein, die zur Begründung herangezogen werden können:

Persönliche Werte: Arbeitszufriedenheit (der Mehraufwand lohnt sich dafür)

Klientenzentrierte Werte: Klientenzentrierte Beziehungsqualität ist erfüllt (Hinweis auf kongruente Entscheidung durch *felt shift*)

Allgemeine Werte und Moralprinzipien: Kooperation, Sorgfalt, Nicht-Schaden, Effizienz (Kooperation führt zu ökonomischem Umgang mit Krankenkassen-Geldern)

Begründung: Die Entscheidung, inhaltlich zur Kursmaßnahme Stellung zu nehmen, gegebenenfalls sogar in einen persönlichen Austausch mit dem Jobcoach zu treten, fällt unter die Kooperationspflicht von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Damit werden Werte wie

professionelle Sorgfalt, das Prinzip „Nicht-Schaden“, aber auch Kostenbewusstsein realisiert.

Nachdem nun die gesamte Reflexionsmatrix Schritt für Schritt erläutert worden ist, kann darauf hingewiesen werden, dass der Reflexionsprozess natürlich nicht nur in der hier demonstrierten Weise – von unten nach oben – durchlaufen werden muss. Wir haben bei unseren Testversuchen bemerkt, dass wir während der Reflexion im Rahmen des Modells zwischen den einzelnen Feldern und Ebenen hin und her springen, durch das grafische Modell aber immer wieder Sicherheit und Orientierung im komplexen Reflexionsprozess bekommen.

Zusammenfassung

Psychotherapeutisches Handeln ist mit erheblichen Risiken verbunden, die Klienten und Klientinnen sowie deren Therapieprozesse gefährden. Dieses Risikopotential ist durch kontinuierliche ethische Reflexion zu minimieren. Die übliche Reflexion in einer Klientenzentrierten Psychotherapie ist zwar für das empathische Verstehen der Klienten und Klientinnen unbedingt erforderlich, deckt jedoch die ethische Reflexion noch nicht ab. In diesem Artikel wurde daher angelehnt am *begründungsorientierten Kohärentismus* ein Modell entworfen, das geeignet erscheint, die ethische Dimension von konkreten Interventionsstrategien zu überprüfen und gegebenenfalls zu rechtfertigen. Der Einsatz des Modells braucht zu Beginn sicherlich Übung, die in Ausbildung und Supervision gestartet werden könnte.

Um Neugier zu wecken, möchten wir zum Schluss auf eine positive Erfahrung hinweisen. Wir haben das Modell an Szenen getestet, in denen wir ein „mulmiges Gefühl“ oder ein „schlechtes Gewissen“ hatten. Obwohl wir eher damit gerechnet haben, durch das Modell auf Fehler aufmerksam zu werden, haben wir mit Erstaunen festgestellt, dass die Reflexion dieser Szenen auffällig oft zur Entlastung führte. Dadurch, dass wir das fragliche Handeln mit Normen und Werten rechtfertigen konnten, erhöhte es unsere Handlungssicherheit.

⁶ In der ÖGwG besteht *common sense* darüber, in der Therapiepraxis das Therapie-Konzept von Rogers und das Experiencing-Konzept von Gendlin zu integrieren.

Literatur

- Arnold, E., Franke, B., Holzbecher, M., Illhardt, F.-J., Lezius-Paulus, R. & Wittrahm, A. (Hrsg.) (2006). *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis*. Köln: GwG.
- Arnold, E. (2006). Materialien und Anregungen für die praktische Umsetzung. Methodische Einführung. In E. Arnold, B. Franke, M. Holzbecher, F.-J. Illhardt, R. Lezius-Paulus, & A. Wittrahm (Hrsg.), *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern* (S. 51–57). Köln: GwG-Verlag.
- Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Auflage). New York: Oxford University Press.
- Badura, J. (2002). *Die Suche nach Angemessenheit*. Münster: Lit-Verlag.
- Badura, J. (2011). Kohärenzismus. In M. Düwell, C. Hübenthal, & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 194–205). Stuttgart: Metzler.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J., & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U., & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Richtlinien_und_Informationen_im_Bereich_der_Psychotherapie [13. 5. 2012]
- Düwell, M., Hübenthal, C. & Werner, M. H. (Hrsg.) (2011). *Handbuch Ethik*. Stuttgart: Metzler.
- Enk, B. (2010). *Wo viel Licht, dort ist auch Schatten*. Verfügbar unter <http://www.donau-uni.ac.at/de/departement/psymed/veranstaltungen/id/03900/index.php?cursor=2> [13. 5. 2012]
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie. *Person*, 9 (1), 51–64.
- Frohburg, I. (2002). Untersuchungen zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeut(inn)en. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 72–88). Mainz: Grünewald.
- Gendlin, E. T. (1967). Values and the Process of Experiencing. In A. Mahrer (Hrsg.), *The Goals of Psychotherapy* (S. 181–205). New York: Appleton-Century-Crofts. Verfügbar unter: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2100.html [13. 5. 2012]
- Holzbecher, M. (2006). Grenzverletzungen in der therapeutischen Beziehung. In E. Arnold, M. Holzbecher, F.-J. Illhardt, R. Lezius-Paulus & A. Wittrahm (Hrsg.), *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis* (S. 39–44). Köln: GwG.
- Holzbecher, M. & Wittrahm, A. (2008). Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im personenzentrierten Ansatz. *Person*, 12 (1), 5–12.
- Horn, C. (2011). Güterabwägung. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 391–396). Stuttgart: Metzler.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1 (1), 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie. *Person*, 6 (1), 34–44.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Krijnen, C. (2011). Wert. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 548–553). Stuttgart: Metzler.
- Leijssen, M. (2003). Ethik. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Person-zentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 95–96). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2012). Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1–11. doi:10.1007/s10879-012-9215-7. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9215-7> [10. 8. 2012]
- Luhmann, N., & Horster, D. (2008). *Die Moral der Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.
- Pieper, A. (2007). *Einführung in die Ethik*. Stuttgart: UTB.
- Rogers, C. R. (1961/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin).
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als „bescheidene Profession“. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F. O. Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 132–170). Opladen: Leske & Budrich.
- Swidens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
- Wiesing, U., & Marckmann, G. (2011). Medizinethik. In M. Düwell, C. Hübenthal, & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 274–279). Stuttgart: Metzler.
- Wood, J. K. (1996). The Person-Centered Approach: Toward an Understanding of its Implication. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion* (S. 163–184). Frankfurt/M.: Peter Lang.

Gordon W. Allport – Ein Protagonist der Humanistischen Psychologie

Diether Höger

Universität Bielefeld, Deutschland

Allport wird als bedeutsamer Vertreter der Humanistischen Psychologie vorgestellt. Nach einem biographischen Abriss werden seine typische Denk- und Arbeitsweise sowie deren gemeinsame Basis mit dem Person-zentrierten Ansatz anhand seiner Auffassung vom Wesen der Persönlichkeit und seiner Theorie der funktionellen Autonomie der Motive dargestellt.

Schlüsselwörter: Humanistische Psychologie, Psychotherapie, funktionelle Autonomie der Motive

Gordon W. Allport – A protagonist of humanistic psychology. Allport is presented as an important representative of humanistic psychology. After a short biographic outline, based on his work about personality and his concept of the functional autonomy of motives his way of thinking and scientific work is delineated. The common roots with the Person-Centered Approach are shown.

Keywords: Humanistic psychology, psychotherapy, functional autonomy of motives

Gordon Willard Allport gilt als einer der Mitbegründer¹ und prominentesten Vertreter der humanistischen Psychologie. Ansehen in der akademischen Welt erwarb er vor allem in den Bereichen der Persönlichkeits- und der Sozialpsychologie. Rogers (1973) nennt ihn zusammen mit Abraham Maslow und Rollo May als Vertreter der von ihm selber bevorzugten Richtung der Psychologie, die er nicht etikettieren mochte, aber in Verbindung brachte mit Begriffen wie „phänomenologisch“, „existentiell“ und „person-zentriert“, „Selbstaktualisierung“, „Entwicklung“ und „Entfaltung“. Der gemeinsame Nenner dieser Wissenschaftler sei: „Interesse am Menschen und seiner Entfaltung in einer modernen Welt, die offensichtlich darauf aus ist, ihn zu ignorieren oder in seiner Bedeutung herabzusetzen“ (Rogers, 1973, S. 15). Gemeint hatte Rogers offensichtlich diejenige Richtung, die seinerzeit und auch heute noch als „Humanistische Psychologie“ bezeichnet wird.

Auch umgekehrt hat Allport explizit von Rogers Notiz genommen. In seinem 1948 verfassten Vorwort zur deutschen Übersetzung seines Buches „Persönlichkeit“, in dem er die Entwicklungen der Thematik in der Zeit seit dem Erscheinen der

amerikanischen Ausgabe (1937) beschreibt, bezeichnet er den Aufstieg und die Ausweitung des „*client-centered interview*“ bzw. „*nondirective counseling*“ nach Rogers als „das hervorragendste Ereignis in der beratenden und klinischen Psychologie Amerikas während des letzten Jahrzehnts“ (Allport, 1959, S. XXV). Er schreibt darüber weiter: „Es ist klar, dass die Annahmen, die diesem Verfahren zugrundeliegen, mit der theoretischen Auffassung übereinstimmen, die in diesem Buch vertreten wird. Sie ist im Wesen sehr verschieden von der orthodoxen Psychoanalyse und ebenfalls verschieden von allen Auffassungen der Persönlichkeit, welche die genetischen Determinanten und Gewohnheiten überbetonen. Das Individuum wird als freier und tüchtiger betrachtet; man traut ihm zu, unter normalen Bedingungen mit Hilfe der nicht-gelenkten Beratung seine persönliche Situation sich gegenüberzustellen und Lösungen zu entwickeln, die von der Gesamtheit seiner Ich-Struktur gefordert werden“ (Allport, 1959, S. XXVf.).

Es gibt also Grund genug, sich anzuschauen, wie diese gemeinsame theoretische Auffassung aus der Perspektive von Allport aussieht. Sie kann eine nützliche Ergänzung sein, um den wissenschaftlich-psychologischen Hintergrund zu verstehen, vor dem Rogers sein Konzept entwickelt hat. Es wird dabei deutlich werden, dass sich Allport, obwohl er sich anderen Bereichen der Psychologie, vor allem der Persönlichkeitspsychologie

Diether Höger, geb. 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.
Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Diether Höger, D-79111 Freiburg, Weierweg 10, App. 2408, E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

1 Mit dieser allgemeinen Formulierung sind auch im Folgenden beide Geschlechter gemeint.

und der Sozialpsychologie zugewandt hat, mit genau den gleichen theoretischen Problemen auf die gleiche Weise befasste, mit denen es auch ein personenzentriert Handelnder in der Praxis zu tun hat: auf wissenschaftlicher Grundlage dem einzelnen Individuum gerecht zu werden.

Um davon einen Eindruck zu vermitteln, soll uns die Auffassung Allports von einer sinnvollen Forschung im Bereich der Psychologie beschäftigen. Danach geht es um seine Definition der „Persönlichkeit“, gefolgt von seiner Theorie der „funktionalen Autonomie der Motive“, die in ihrem Ansatz Parallelen zum Vorgehen des personenzentrierten Therapeuten aufweist.

Zuvor aber einiges zu seiner Person.

Biographisches

Allport (11. 11. 1897 – 9. 10. 1967) wurde in Montezuma (Indiana) als jüngster von vier Brüdern geboren. Sein Vater, der zunächst als Geschäftsmann tätig gewesen war, hatte, bereits als Familienvater mit drei Söhnen, Medizin studiert und war Landarzt. Die Mutter war Lehrerin. Aufgewachsen ist Allport in Glenville bei Cleveland (Ohio). Sein Elternhaus charakterisierte er später als einfach, von protestantischer Frömmigkeit und harter Arbeit geprägt, was durch Vertrauen und gegenseitige Zuneigung gemildert worden sei (Allport, 1967). Die Parallele zum Elternhaus von Rogers ist hier nicht zu übersehen, sollte aber auch nicht überbewertet werden.

1915 begann Allport sein Studium an der Harvard-Universität in Cambridge (Massachusetts), das er 1919 mit dem A. B.-Grad abschloss. Diese renommierte Universität sollte auch für sein weiteres Leben bis zu seinem Tode zu seiner wissenschaftlichen Heimat werden. Schon während des Studiums nahm er – ähnlich wie Rogers – die Gelegenheit zur praktischen Arbeit wahr. Er engagierte sich in sozialen Projekten, was ihm, der sich als eher schüchtern und zurückhaltend bezeichnete, auch das Gefühl von Kompetenz gab und ihm half, ein allgemeines Minderwertigkeitsgefühl zu überwinden. Diese Arbeit ließ bei ihm die für seine spätere Forschung bezeichnende Überzeugung entstehen, dass eine solide Theorie Voraussetzung für eine wirksame Anwendung ist.

Als traumatisches Entwicklungserlebnis („traumatic developmental episode“) hat Allport seine Begegnung mit Sigmund Freud bezeichnet (Allport, 1967). Er hatte 1919 in Konstantinopel am Robert College eine Stelle als Lehrer für Englisch und Soziologie angetreten, als er von der Harvard-Universität eine Einladung zum Graduiertenstudium erhielt. Die Rückreise dort hin im Jahre 1920 unterbrach er in Wien. Einer seiner Brüder hielt sich gerade dort auf und hatte ihn eingeladen. Mit einer, wie er es selber bezeichnete, naiven Dreistigkeit eines Zweiundzwanzigjährigen schrieb er Freud, er sei gerade in Wien – in

der stillen Annahme, dieser würde sich freuen, seine Bekanntschaft zu machen. Den weiteren Verlauf der weithin bekannten Geschichte soll Allports eigener Bericht schildern:

„Ich erhielt eine freundliche Antwort mit seiner eigenen Handschrift, in der er mich zu einem bestimmten Termin in sein Büro einlud. Bald nachdem ich das berühmte rote Zimmer mit Bildern von Träumen an der Wand betreten hatte, wurde ich von Freud in sein inneres Büro beordert. Er sagte nichts, sondern saß in erwartungsvollem Schweigen, dass ich mein Anliegen vorbringe. Ich war auf Schweigen nicht vorbereitet und musste schnell einen angemessenen Beginn einer Unterhaltung suchen. Ich erzählte ihm ein Erlebnis in der Straßenbahn, auf dem Weg zu seinem Büro. Ein kleiner Junge von etwa vier Jahren hatte eine auffällige Schmutzphobie gezeigt. Er sagte ständig zu seiner Mutter, ‚Ich möchte hier nicht sitzen ... lass diesen schmutzigen Mann nicht neben mir sitzen‘. Für ihn war alles ‚schmutzig‘. Seine Mutter war eine ziemlich steife ‚Hausfrau‘, die dermaßen dominant und zweckbestimmt aussah, dass ich dachte, dass hier die Ursache und ihre Wirkung zugleich offenbar würden.

Als ich meine Geschichte beendet hatte, richtete Freud seine freundlichen therapeutischen Augen auf mich und sagte: ‚Und waren Sie dieser kleine Junge?‘ Verblüfft und mich etwas schuldig fühlend, versuchte ich das Thema zu wechseln. Während Freuds Missverstehen meiner Motive amüsant war, zeigte es außerdem einen tieferen Zug seines Denkens. Ich erkannte, dass er auf neurotische Abwehr eingestellt war und dass meine offensichtliche Motivation (eine Art ungehobelter Neugier und jugendlicher Ehrgeiz) ihm entgangen waren. Um therapeutisch weiter zu kommen, hätten wir hinter meine Abwehr blicken müssen, aber hier hatte sich etwas ereignet, bei dem das therapeutische Weiterkommen kein Thema war.

Diese Erfahrung lehrte mich, dass die Tiefenpsychologie, bei all ihren Verdiensten, zu tief graben dürfte, und dass Psychologen gut daran tun, den offensichtlichen Motiven volle Aufmerksamkeit zu schenken, bevor sie die unbewussten untersuchen. Obwohl ich mich niemals als Anti-Freudianer betrachtete, war ich immer kritisch gegenüber psychoanalytischen Übertreibungen“ (Allport, 1967, S. 7 f.; Übersetzung des Autors).

Diese Episode wirft bereits ein Schlaglicht auf einen Aspekt von Allports Denk- und Arbeitsweise in der Forschung, die analog der Art des personenzentriert-empathischen Zuhörens ist: Das, was Menschen über ihre Erlebnisse und Motive berichten, nahm er, genau so wie sie es gesagt hatten, ernst und machte es zum Gegenstand seiner Betrachtung. Ihm ging es mehr darum, sie als Ergebnis der Selbstwahrnehmung des anderen zu verstehen, und nicht das zu interpretieren, was „hinter“ ihren Beschreibungen zu vermuten sein könnte.

Bereits in Allports Dissertation „Personality traits: their classification and measurement“, die er zusammen mit seinem älteren Bruder Floyd veröffentlichte (Allport & Allport, 1921), wurde deutlich, dass die Persönlichkeitspsychologie einer seiner Forschungsschwerpunkte war. Wohl zu Recht vermutete er, dass es die erste Dissertation in den USA war, die sich explizit mit Persönlichkeitsmerkmalen als Bestandteile der Persönlichkeit befasste. Gleiches gilt für sein Seminar 1924/1925 in Harvard über „Personality: Its Psychological and Social Aspects“.

Ein Stipendium für einen zweijährigen Studienaufenthalt in Europa sollte sich als Markstein seiner persönlichen und

wissenschaftlichen Entwicklung herausstellen. Allport ging zunächst nach Deutschland, wo er u. a. von der Gestaltpsychologie zutiefst beeindruckt war. Mit ihren Begriffen wie „Ganzheit“ und „Gestalt“, „Struktur“ und „Lebensformen“ und die „unteilbare Person“ war dies die Art von Psychologie, nach der er sich lange gesehnt hatte und von der er nicht gewusst hatte, dass es sie gab. Ihm wurde aber auch deutlich, wie Romantizismus den wissenschaftlichen Boden vergiften kann. Entsprechend war er von der hohen Qualität der experimentellen Studien von William Stern und Kurt Lewin tief beeindruckt. Von William Stern erfuhr er von der tiefen Kluft, die zwischen der damals üblichen Differentiellen Psychologie und einer personalistischen bestand, die ihr Augenmerk auf die jeweils besondere Organisation der individuellen Persönlichkeitsmerkmale richtet und nicht auf die bloße Aneinanderreihung von Messwerten. Er lernte in Deutschland eine geistige Haltung kennen, die den Menschen als eine selbstbestimmende Quelle von Handlungen und einen zielgerichteten Akteur begreift, ein Verständnis, das auf Leibniz zurückgeht und von Kant und dem deutschen Idealismus wieder aufgegriffen und erweitert worden war.

Dieser Aufenthalt in Europa, insbesondere in Deutschland, sollte für die Arbeiten Allports erhebliche Konsequenzen haben, denn wie nur wenige vermochte er die europäisch-deutsche Denkweise mit der angloamerikanischen auf fruchtbare Weise zu integrieren.

Wieder zurück in den Vereinigten Staaten, erfuhr Allport zunehmend Anerkennung. Zwar waren viele Kollegen skeptisch gegenüber seinem Ansatz einer strikt auf das Individuum bezogenen Psychologie der Persönlichkeit, manche sogar feindlich. Von anderen wurde er jedoch durchaus geschätzt, und so wurde er 1930 auf den renommierten Lehrstuhl für Sozialpsychologie in Harvard berufen, den zuvor William McDougall inne gehabt hatte. Viele seiner zahlreichen Schüler wurden später zu namhaften Wissenschaftlern, auch stammte eine ganze Reihe von Büchern der damaligen Standardliteratur für Studierende aus seiner Feder, und bei mehreren Fachzeitschriften war er Miterausgeber. Zu seinen zahlreichen Ehrungen gehörte auch, dass er 1939 – ebenso wie Rogers im Jahre 1954 – zum Präsidenten der American Psychological Association (APA) gewählt wurde.

Die sinnvolle Forschungsfrage als Königsweg zu effektiver Forschung

Was Allport für personenzentriert Arbeitende bedeutsam werden lässt, ist seine kritische Haltung gegenüber dem rein akademischen Betrieb verbunden mit einer strikten Orientierung an der alltäglichen Realität. Ein wesentlicher Grund dafür ist vermutlich, dass er sich – ebenso wie Rogers – bereits während seines Studiums der sozialen Arbeit in der Praxis gewidmet

hat. Das bedeutete, dass er die Brauchbarkeit der ihm an der Universität angebotenen Theorien an deren Nutzen für seine praktische Tätigkeit maß. Und entsprechend lautet der erste Satz des ersten Kapitels seines Buches „Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart“, mit dem er im deutschsprachigen Raum erstmals bekannt wurde: „Das hervorstechende Merkmal des Menschen ist seine Individualität“ (Allport, 1959, S. 3). Er hat dieses Buch später völlig umgearbeitet und unter neuem Titel „*Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit*“ (Allport, 1970) veröffentlicht. Seine Auffassung von der Psychologie als Wissenschaft hat er vor allem im ersteren Buch explizit und detailliert dargelegt.

Der oben zitierte Satz gibt wieder, wie die Beschäftigung mit der Einzigartigkeit der Individualität des Menschen oberstes Prinzip von Allports Lebenswerk ist. Entsprechend hart hat er die (nicht nur damals) gängige Auffassung angegriffen, Psychologie sei eine Naturwissenschaft. Denn das Prinzip der Naturwissenschaft bestehe darin, Ordnung zu suchen, indem sie die Phänomene in Klassen einteilt. Und das erfordere, von den Besonderheiten des Einzelfalles abzusehen und Gruppierungsprinzipien, beispielsweise „extravertiert vs. introvertiert“, den Vorrang zu geben. Dabei bleibt jedoch diejenige besondere Ordnung unbeachtet, die sich in dem einzelnen Organismus durch die Zusammenhänge seiner körperlichen und seelischen Vorgänge offenbart. Dies führt vor allem dann zu mangelhaften Ergebnissen, wenn die Klassen wie in obigem Beispiel nicht naturgegeben sind, sondern willkürlich definiert werden.

Gemäß ihrem Prinzip gilt bei der naturwissenschaftlichen Methode der einzelne Organismus nicht als legitimes Forschungsobjekt. Vielmehr wird das Individuum lediglich als Einzelfall allgemeingültiger Gesetze betrachtet, und die Individualität als solche ausgeklammert. Dies kann – so Allport – legitim sein, sofern anschließend wieder die Besonderheit des Individuums ins Auge gefasst wird. Wenn jedoch diese Welt-sicht die einzig gültige sein soll, wird sie dem hervorstechenden Merkmal des Menschen, nämlich seiner Individualität, nicht gerecht. „Die verallgemeinerte menschliche Psyche ist ganz und gar mythisch; ihr fehlen die wesentlichsten Kennzeichen der Psyche: Einheitlichkeit des Ortes, organische Beschaffenheit, Wechselwirkung von Teilen und Selbstbewusstsein“ (Allport, 1959, S. 4). Kurz gesagt: die verallgemeinerte menschliche Psyche gibt es nicht.

Dennoch entwertete Allport niemals derartige Ansätze, sofern sie begründet waren. Für ihn waren auch verallgemeinernde Aussagen unter Umständen sinnvoll. Weil Definitionen auch in der Wissenschaft immer willkürlich seien, sei es legitim, sich auf den dreifachen Prozess der wissenschaftlichen Methode Analyse – Abstraktion – Generalisierung zu beschränken. Nur dürfe nicht das, was lediglich ein methodischer Kunstgriff ist, in eine Wirklichkeitslehre verwandelt werden. „Gedächtnis,

Intelligenz, Reaktion, Wahrnehmung, Empfindung, Wille und ähnliche Vorgänge sind *wirklich*, nur soweit sie organisch sind; sie sind nichts weiter als Merkmale persönlicher Tätigkeit. Die allgemeine Psychologie kann sie als Gegebenheiten betrachten, wenn es ihr beliebt, aber es sollte anerkannt werden, dass auf diese Weise eine Abstraktion durchgeführt wird“ (Allport, 1959, S. 20). Allport räumte ein, dass andere Ansätze als der seine jeweils ihren eigenen Gültigkeitsbereich hatten. Es ging ihm lediglich darum, dass keine Auffassung von Persönlichkeit allgemeine Gültigkeit beanspruchen kann, wenn sie die Individualität des Menschen nicht berücksichtigt.

Allport bezieht sich auf die von Windelband (1904) vorgeschlagene Einteilung der erfahrungsorientierten Wissenschaften. Dieser unterschied die *nomothetischen*, d. h. die abstrahierenden, an der Identifikation allgemeiner Gesetzmäßigkeiten orientierten Naturwissenschaften von den *idiographischen* Wissenschaften, die sich, wie dies bei den Geisteswissenschaften der Fall ist, der umfassenden Analyse konkreter Einzelfälle, also zeitlich und räumlich einzigartiger Gegenstände widmen. Für die Psychologie sichtbar wurde diese Unterscheidung bei der Gründung der deutschen Psychologischen Institute, die teils den philosophischen (z. B. München), teils den naturwissenschaftlichen Fakultäten (z. B. Göttingen) angehörten.

Von Allport hätte man angesichts seiner Betonung des Individuums erwarten können, dass er sich auf die Seite der idiographischen Methodik schlägt. Tatsächlich aber hielt er die strikte Trennung zwischen Psychologie als idiographischer oder nomothetischer Wissenschaft für zu gewaltsam. „Es ist vorteilhafter, dass beide Methoden sich überschneiden und unterstützen. Im Bereich der Medizin sind Diagnose und Therapie idiographische Verfahren, aber beide beruhen auf der Kenntnis allgemeiner Krankheitsfaktoren, die man nomothetischen Wissenschaften wie Bakteriologie und physiologischer Chemie verdankt. Ebenfalls ist die Biographie eindeutig idiographisch, und doch findet man in den besten Biographien eine kunstvolle Mischung von Verallgemeinerungen und individueller Charakteristik. Eine vollständige Erforschung des Individuums wird beide Verfahrensweisen umfassen“ (Allport, 1959, S. 26). Dies ergebe den Rahmen für eine *erweiterte* Psychologie.

Sinnvolle Forschungsfragen müssen in diesem Rahmen gestellt und in empirischen Untersuchungen beantwortet werden. Allport (1967) sah sich selbst als jemanden, in dessen Schrifttum im Vergleich zu seinen Kollegen der Anteil empirischer Arbeiten eher gering ist. Gleichwohl hielt er die empirische Forschung für absolut notwendig. Er machte geltend, dass er besonders viel Zeit und Arbeit einer gründlichen Analyse des Gegenstandes und Aufarbeitung des theoretischen Rahmens gewidmet hat, bevor er in die Empirie ging. Er hielt dies für wichtiger, als unbedacht in einen letztlich wenig sinnvollen weil erkenntnisarmen empirischen Aktionismus zu geraten.

So ist es nicht weiter verwunderlich, wenn Pettigrew über ihn schreibt:

„(1) Sein Werk bot eine weit ausgewählte Balance der vielen Seiten der Psychologie. (2) Er zeigte immer wieder die Fähigkeit, die zentralen Probleme der Disziplin auf die Zukunft gerichtet zu formulieren und innovative Ansätze zu ihrer Lösung vorzuschlagen. (3) Allports gesamtes wissenschaftliches Werk stellt eine konsistente, nahtlose und eindrucksvolle Perspektive dar“ (Pettigrew, 1999, S. 1, Übersetzung des Autors).

Auch Rogers ist bei seinen Forschungsarbeiten implizit nach genau diesen Prinzipien vorgegangen: Ausgehend von der Analyse der Mitschnitte einzelner „individueller“ Psychotherapiestunden hat er gemeinsame Merkmale effizienter Therapieprozesse identifiziert (z. B. „Selbstexploration des Klienten“) und diese wiederum in übergeordneten Bedingungen für therapeutische Veränderungen zusammengefasst, welche die besondere Art einer Beziehung beschreiben (Rogers, 1987). Weil diese Unterschiedlichkeit der Abstraktionsebenen von am Mainstream orientierten Psychologen nicht erkannt oder berücksichtigt wurde, konnte es zu dem Einwand kommen, Rogers Bedingungen für therapeutische Veränderungen seien deswegen nicht hinreichend, weil „neuere Untersuchungen weitere Merkmale des Psychotherapeutenverhaltens, wie z. B. Konkretheit, innere Anteilnahme, aktives Bemühen, Konfrontation u. ä. aufzeigen“ (Bommert, 1982, S. 153). Dabei wurde übersehen, dass diese Verhaltensmerkmale einer Abstraktionsebene angehören, die unterhalb derer liegt, auf der Rogers die personzentrierte therapeutische Beziehung beschrieben hat.

Allports Definition von „Persönlichkeit“

Allports Definition von „Persönlichkeit“ und die vergleichbaren Ausführungen von Rogers, insbesondere zur Aktualisierungstendenz, können als zwei verwandte, einander ergänzende Sichtweisen auf ein und denselben Gegenstand gesehen werden. Ergänzend deshalb, weil zu der durch die Psychotherapie bestimmten Sichtweise von Rogers (1987) mit Allport die Perspektive des Persönlichkeitspsychologen hinzukommt. Und stets rundet sich ein Bild ab, wenn ein Gegenstand von zwei unterschiedlichen Seiten her beschrieben wird.

Wenn Allport am Menschen im Unterschied zu Dingen, Pflanzen und (niederen) Tieren dessen Individualität besonders betonte, so meinte er damit die erstaunlich verwickelte Ordnung, welche die für das Individuum charakteristischen Denk- und Ausdrucksgewohnheiten, Einstellungen, Eigenschaften und Interessen und seine ureigene Lebensphilosophie umfasst. Für ihn war es die Aufgabe des Psychologen, seine Aufmerksamkeit auf die ganze mannigfaltige psychologische Individualität zu richten, die als *Persönlichkeit* bezeichnet wird. Eine Richtung der Aufmerksamkeit, die der des empathischen Verstehens analog ist.

Allport sah in „Persönlichkeit“ einen verschwommenen, dehnbaren Begriff, der in den unterschiedlichsten Zusammenhängen (Rechtsprechung, Literatur/Theater, Theologie, Philosophie usw.) verwendet wird, nicht zuletzt, weil er gut klingt. Es sei eines der abstraktesten Wörter in unserer Sprache und leide als solches auch unter übermäßigem Gebrauch. Um ihm einen für die Forschung wie für die Praxis eindeutigen Sinn zu geben, definierte er:

„Persönlichkeit ist die dynamische Ordnung derjenigen psychophysischen Systeme im Individuum, die seine einzigartigen Anpassungen (adjustments) an seine Umwelt bestimmen“ (Allport, 1959, S. 49).

In dieser Definition hat jeder Bestandteil seine eigene Bedeutung. *Dynamische Ordnung* besagt, dass die Ordnung dynamisch, d. h. in dauernder Entwicklung und Wandlung als motivierend und selbstregulierend gedacht werden muss, d. h. als Prozess. *Psychophysische Systeme* verweist darauf, dass die Persönlichkeit weder ausschließlich geistig noch ausschließlich körperlich ist, dass Leib und Seele *untrennbar* in eine personale Einheit verschmolzen sind. Mit *bestimmen* ist gemeint, dass die Persönlichkeit zugleich etwas ist und etwas tut. Sie ist nicht gleichbedeutend mit Verhalten oder Tätigkeit, am allerwenigsten ist sie gleich zu setzen mit dem Eindruck, den diese Tätigkeit auf andere macht. Sie ist das, was *hinter* besonderen Handlungen und *in* dem Menschen liegt. „Die persönlichkeitsbildenden Systeme sind in jedem Sinne *bestimmende Tendenzen*, und sie rufen, wenn sie durch passende Reize geweckt werden, diejenigen Akte der Anpassung und des Ausdrucks hervor, an denen man die Persönlichkeit erkennen kann“ (Allport, 1959, S. 50).

„*Einzigartig*“ hält Allport für ein an sich überflüssiges Kriterium, denn jede Anpassung jeder Person ist in Raum, Zeit und in ihrer Qualität einmalig. Dennoch sei es wichtig, wenn es bei den so genannten „allgemeinen Eigenschaften“ um deren unterschiedliche Ausprägung bei den einzelnen Individuen geht. Und *Anpassung an die Umwelt* bedeutet, dass die Persönlichkeit eine Form der Lebenserhaltung ist. „Anpassung“ muss dabei hinreichend weit gefasst werden, weil sie auch verfehlte Anpassungen einschließt und auch nicht als rein reaktive Anpassung verstanden werden darf, denn in ihr steckt viel gewolltes, schöpferisches Verhalten zur Umwelt, sowohl das *Meistern* als auch passive Adaptation. Vor allem ist darin wiederum die Prozesshaftigkeit der Person enthalten, denn „Anpassung“ führt nicht zu einem bestimmten Zustand der Person, sondern ist ein immerwährendes Geschehen, ein ständiger Wandel.

In diesem Anpassungsbegriff finden wir aus einer anderen Perspektive das beschrieben, was Rogers in seiner Definition der Aktualisierungstendenz als die Kapazität des Organismus beschrieben hat, nämlich sich zu *erhalten* und zu *erweitern*.

Allports Theorie der funktionellen Autonomie der Motive

Außer durch seine „Psychologie des Vorurteils“ (Allport, 1971) ist Allport auch heute noch in Fachkreisen speziell durch seine Theorie der funktionellen Autonomie der Motive bekannt, auch wenn sie in der gegenwärtigen Persönlichkeitspsychologie nicht wirklich aufgegriffen worden ist. In ihren Grundauffassungen ist sie jedoch weitgehend analog dem Vorgehen personenzentrierter Psychotherapeuten, die in ihren Klienten konsequent unverwechselbare *Individuen* im Hier und Jetzt sehen. Außerdem wenden sie sich deren Erleben mit einer phänomenologischen Einstellung zu, ohne Zusammenhänge zu interpretieren, die, dem Klienten noch verborgen, „eigentlich dahinter stehen“.

Motivationstheorien befassen sich mit der Frage nach den Ursachen bestimmter menschlicher Verhaltensweisen. Eng verbunden mit den Motiven sind die Emotionen, die Allport als „Erregungszustand des Organismus“ (Allport, 1970, S. 194) definiert. Sie bilden die subjektive Färbung von Motiven und erhöhen dessen Spannkraft. Dabei können sie für die Person sowohl förderlich sein als auch störend wirken. Manche Emotionen sind spezifisch für ein *gegenwärtiges* Bedürfnis (z. B. Schmerz, Hunger, Furcht, sexuelle Wünsche), andere sind umfassender und dauern länger an (Angst, Zärtlichkeit, Ehrfurcht). Emotionen sind Signale dafür, wie es um uns steht, ob gut oder nicht gut. Personenzentriert formuliert: Sie sind die organismischen Bewertungen.

Würde man hinter jeder einzelnen menschlichen Tätigkeit ein besonderes Motiv annehmen, wäre es angesichts der schier unendlichen Vielzahl unterschiedlicher menschlicher Tätigkeiten unmöglich, Übersicht zu gewinnen. Deswegen war der Versuch naheliegend, die beobachtbaren Verhaltensweisen nach ihrer Ähnlichkeit zu sortieren und zusammenfassend übergeordnete Motive zu definieren. Mit anderen Worten: Ein solches Vorgehen fasst die konkreten Verhaltensweisen als Spezialfälle allgemeiner Strebungen auf und sieht von den Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles ab. Die Ergebnisse solcher Versuche waren u. a. Listen von „Elementarbedürfnissen“ bzw. „angeborenen Instinkten“, die den einzelnen Bedürfnissen zugrunde liegen sollten. Allerdings waren diese Versuche vergebens, denn sie führten zu keinen einheitlichen Ergebnissen.

Das Resultat einer solchen Reduktion sind stets abstrakte Begriffe wie z. B. Libido und Destruktion/Aggression in der Psychoanalyse oder die Polarität des Aufsuchens von Lust versus Vermeiden von Schmerz/Unlust im Zusammenhang mit vitalen („primären“) Bedürfnissen in der Stimulus-Response-Theorie, zwei Theorien, mit denen sich Allport (1959, 1970) besonders auseinandersetzte. Was die Theorie Freuds betrifft, so würde sie mit ihrer Vorstellung von zwei Grundtrieben Libido und

Destruo ggf. mit deren Sublimierung (d. h. deren sozial verträgliche oder gar förderliche Umwandlung im Verhalten) sicherlich einigen Phänomenen des Verhaltens gerecht. Sie reichen jedoch bei weitem nicht aus, um die Vielfalt der Motive des reifen Menschen wirklich erklären zu können, beispielsweise ein besonderes Interesse an Literatur, bei dem jemand viel Geld für Bücher ausgibt und Zeit mit Lesen verbringt, oder aber die Begeisterung, ein Musikinstrument spielen zu lernen mit all der damit verbundenen Mühe des Übens.

Ebenso sei die Vorstellung der S-R-Theorie nicht hinreichend, wenn sie auf der Unterscheidung von primären und sekundären Bedürfnissen ausgeht, wobei letztere entstehen, wenn Verhaltensweisen ihrerseits zu erlernten (d. h. sekundären) Motiven werden, wenn sie mit der Befriedigung primärer Bedürfnisse verbunden sind, etwa wenn der Besitz von Geld die Befriedigung des primären Bedürfnisses Hunger ermöglicht. Wie ist es dann aber zu erklären, wenn beispielsweise ein begeisterter Schachspieler sich selbst dann intensiv der Lösung von Schachproblemen widmet, wenn er dafür gar keine Anerkennung anderer erwarten kann?

Eine angemessene Theorie der Motive muss nach Allport (1970) einer Reihe von Anforderungen genügen:

1. *Sie sollte die Gegenwartigkeit der Motive anerkennen*, denn die Motive für eine bestimmte Handlung sind für den momentanen Zustand einer Person charakteristisch, eben in der Gegenwart wirksam. In ihnen manifestieren sich keine elementaren, der Person aus der Vergangenheit mehr oder weniger unverändert erhaltenen Bedürfnisse, es sei denn, solche sind nachweislich in der Gegenwart dynamisch aktiv. Auch müssen ähnliche Entwicklungsschicksale von Personen nicht zu ähnlichen Motiven/Verhaltensweisen führen. „Es gibt keine ‚sekundären Motive‘ im dynamischen Sinne. Sekundär der Zeit nach schon, da alle gegenwärtigen Motive aus früheren Motiven hervorgehen. Daher können wir von Motiven sprechen, die sekundäre Bedeutung in der Persönlichkeit haben. Aber wenn wir von der *Energie* oder von der *Dynamik* eines Motivs sprechen, dann müssen wir zugeben, dass alles primär ist“ (S. 215).

2. *Sie sollte eine pluralistische Theorie sein, d. h. Motive vieler Typen zulassen*. Diese Position bedeutet: Die Gesamtheit der Motive lässt sich nicht auf eine endliche Zahl von Grundmotiven oder Motivarten zurückführen. Ebenso wie die Individuen unendlich vielfältig sind, ist auch die Gesamtheit menschlicher Motive unendlich vielfältig. Allport beruft sich auf Maslow und dessen Unterscheidung von Defizit- und Wachstumsmotiven: Sobald die elementaren Bedürfnisse wie z. B. Durst, Hunger, Schlaf, Sicherheit, Schutz (*Defizitmotive* deshalb, weil es bei ihnen darum geht, Defizite auszugleichen) hinreichend befriedigt seien, würden beim sich normal entwickelnden Erwachsenen zusätzlich vielerlei Strebungen, Interessen und Lebensziele entstehen, die sein eigentliches erfülltes Leben

ausmachen. Allgemein zu den Motiven bemerkt Allport: „Einige Motive sind vorübergehend, einige kehren immer wieder; einige leben nur im Augenblick, andere dauern lange; einige sind unbewusst, andere bewusst; einige sind opportunistisch, andere *proprietät*²; einige reduzieren Spannungen, andere erhalten Spannungen aufrecht. Motive sind so verschieden in ihrer Art, dass es schwierig ist, einen gemeinsamen Nenner zu finden. Aber jedenfalls können wir sagen, dass die Motive eines Menschen alles einschließen, was er zu tun versucht – bewusst oder unbewusst, überlegt oder reflexartig“ (S. 216).

3. *Sie soll den kognitiven Prozessen dynamische Kraft zuerkennen – z. B. dem Planen und der Intention*. In den meisten Theorien werden die kognitiven Funktionen als reine Ausführungsorgane der Motive aufgefasst. Im Gegensatz dazu beruft sich Allport auf Vertreter der Gestaltpsychologie, die aufgrund ihrer experimentellen Ergebnisse auch den kognitiven Operationen eine dynamische Kraft zugeschrieben haben. So kann beispielsweise die Einsicht in das ungelöste Problem der Endlagerung von radioaktivem Abfall Anlass sein, sich aktiv in der Anti-Atombewegung zu engagieren. Allport macht geltend, dass Wunsch und Vernunft zu einem einzigen Motiv verschmelzen können, das er als „Intention“ bezeichnet. Er sieht darin eine für das Verstehen der Persönlichkeit zentral bedeutsame Form der Motivation, die uns in die Lage versetzt, den Gegensatz von Motiv und Denken zu überwinden. Wie alle Motivation bezieht sich Intention auf das, was die Person zu tun versucht. Neben den unmittelbaren und kurzfristigen Intentionen (z. B. ein Glas Wasser zu trinken) hat dieser Begriff seine Bedeutung vor allem bei den langfristigen (z. B. ökologisch bewusst leben). Intentionen bestehen in der Gegenwart und sind auf die Zukunft gerichtet.

4. *Die Theorie soll der konkreten Einzigartigkeit der Motive Rechnung tragen*. Es geht dabei darum, der Besonderheit eines Motivs bei jedem einzelnen Individuum gerecht zu werden und es nicht primär einem „dahinter“ liegenden abstrakten Konzept zuzuordnen. So wird die Intention, ein politisches Amt zu bekleiden, bei unterschiedlichen Personen auch in unterschiedlichen Zusammenhängen stehen und damit auch unterschiedliche Qualitäten haben. Dieses Motiv beispielsweise auf ein Dominanzstreben zurückzuführen, mag vielleicht in einem bestimmten Einzelfall zutreffen, in einem anderen kann es jedoch mit völlig anderen Motiven zusammenhängen. Und was das Dominanzstreben betrifft, so finden andere Menschen auch andere Möglichkeiten, es zu verwirklichen.

2 Diesen Begriff hat Allport geprägt. Er bezieht sich auf das von ihm so genannte „Proprium“ (von lat. „*proprius*“ = eigen), worunter er das Selbst „als Objekt“ des Wissens und Fühlens versteht. „Proprietät“ bedeutet daher so viel wie „bewusst und speziell als zur eigenen Person gehörend erlebt“.

Auch in diesen vier Forderungen wird Allports spezifische Methodik als Wissenschaftler wieder sichtbar, die zugleich ein wesentliches Merkmal der humanistischen Psychologie ist: Ausgangspunkt ist die Vielfältigkeit der beobachtbaren Phänomene, wobei es zunächst vor allem darum geht, sie in ihrer Verschiedenartigkeit möglichst vollständig zu erfassen und vor allem keine vorschnellen Zuordnungen zu abstrakten Kategorien zu treffen. Auch wenn der Übersicht und der Verständigung halber Zuordnungen getroffen werden, darf die Einzigartigkeit des besonderen Individuums und seiner augenblicklichen Situation nicht aus den Augen geraten.

Was hier als Prinzip der Forschung gilt, können wir auch in der Praxis beim Vorgehen des personenzentriert Arbeitenden als Grundsatz wiederfinden. In bestimmten Zusammenhängen kann es zwar notwendig sein, eine Diagnose zu stellen, beispielsweise „Depression“. Sobald wir uns aber als Therapeuten der konkreten Person zuwenden, wird sich unser Verhalten ihr gegenüber primär nach ihrer individuellen Eigenart richten und nicht nach allgemeinen Regeln, nach denen „Depression“ zu behandeln sei. Behandelt werden Menschen und keine Diagnosen.

Bei jeder Abstraktion – so notwendig sie für die menschliche Wahrnehmung ist, um den Überblick und damit die Orientierung zu erhalten, die allein uns handlungsfähig sein lässt – bleiben die besonderen Aspekte von Sachverhalten (zunächst) unbeachtet, die jedoch je nach Kontext für den Einzelfall höchst bedeutsam sein können. Um sie nicht verloren gehen zu lassen, ist es notwendig, von jeder Abstraktion wieder zum Konkreten zurückzukehren und die Aspekte, die wir zunächst beiseite gelassen haben, auf ihre Bedeutsamkeit zu prüfen und gegebenenfalls einzubeziehen.

Allports eigener Beitrag, der diesen Bedingungen genügen soll, ist seine Theorie der funktionellen Autonomie der Motive. Er selbst schreibt dazu: „Die funktionelle Autonomie betrachtet die Motive des Erwachsenen als mannigfaltige, sich selbst unterhaltende und gegenwärtige Systeme, die aus vorhergehenden Systemen hervorgewachsen, aber funktionell unabhängig sind. ... Der Übergang mag allmählich vor sich gehen, ist aber trotzdem drastisch. Sowie das Individuum (oder das Motiv) reift, wird das Band mit der Vergangenheit zerrissen. Die Verbindung ist historisch, nicht funktionell“ (S. 221). Das bedeutet, dass die funktionell autonomen Motive zwar ursprünglich einmal der Befriedigung elementaren Bedürfnissen gedient haben mögen, sich inzwischen jedoch von ihnen abgelöst und ihre ureigenste Dynamik entwickelt haben. Briefmarkensammeln ist dann kein Symptom einer analen Fixierung, sondern folgt einem eigenen, unabhängigen Bedürfnis. Dieses hat zwar eine Entwicklungsgeschichte, die jedoch spezifisch für das Individuum ist und bei jedem Briefmarkensammler anders gewesen sein kann. „Funktionelle Autonomie bezieht sich also auf jedes

erworbene Motivsystem, dessen Spannungen nicht von derselben Art sind wie die vorhergehenden Spannungen, aus denen das erworbene System sich entwickelte“ (Allport, 1970, S. 224).

Allport unterscheidet zwei Ebenen der Autonomie:

1. *Perseverative*³ funktionelle Autonomie. Hier wird das Verhalten (erneut) in Gang gesetzt, weil es zumindest eine Zeit lang sich selbst aufrecht erhalten hat, quasi als Fortsetzung etablierter Gewohnheiten. Es ist der Wandel von früheren Mechanismen zu späteren Mechanismen. Beispiele sind Routinen wie z. B. Zähneputzen. Sie haben sich einmal eingespielt und drängen nun aus sich selbst heraus zur Wiederholung und werden zu einem eigenen Bedürfnis. (Der mögliche Hinweis auf gesundheitliche Überlegungen trifft hier nicht zu, denn in der Regel werden Kinder von den Eltern dazu angehalten und tun es aus Gehorsam. Das Argument der Zahngesundheit ist evtl. für die Eltern tragend, kann aber die Kinder eher selten beeindrucken.)

2. *Propriate* funktionelle Autonomie. Während die Motive der perseverativen funktionellen Autonomie in der Regel unverbunden nebeneinander bestehen, geht es bei den propriaten um übergeordnete Systeme, die mehr Einheitlichkeit in die Person bringen und ihr Ureigenstes darstellen. So kann sich eine Befähigung oft zu einem Interesse wandeln, denn was wir gut können, tun wir gerne. Dabei muss es sich nicht unbedingt um eine Anlage handeln, sondern es können zufällige Bedingungen eintreten, die zum Erlernen einer Fähigkeit führen, die dann zu einem eigenen übergreifenden Motiv wird, dem sich damit zusammenhängende zuordnen. Allport nennt als Beispiel den Sohn, der zunächst ohne große Lust die Firma des Vaters übernimmt, dann aber hineinwächst und sich voll engagiert, bis die Firma für ihn zu einem wesentlichen Lebensinhalt wird.

Allport betont, dass nicht alle Motive eines erwachsenen Menschen funktionell autonom sind, u. a. biologische Triebe zur Aufrechterhaltung des Organismus wie Essen, Trinken usw., oder Gewohnheiten, die nicht selber motivieren, sondern ihrerseits im Dienste von Motiven stehen.

Es ist nicht zu übersehen, dass Allports Ausführungen auch Schwächen aufweisen, vor allem wenn sich darin überholte Vorstellungen der damaligen Psychologie widerspiegeln. So ist für ihn ein zweijähriges Kind hinsichtlich seiner Motive ein „unspezialisiertes Schreckenskind“ (Allport, 1970, S. 192), was heute durch die Kleinkindforschung klar widerlegt ist. Auch spricht er von „Energien“ und „Spannungen“, die hinter den Motiven stehen und sie ausmachen, eine Vorstellung, die heute – wenn auch im Alltagsdenken noch allgemein verbreitet und der Selbstwahrnehmung auch in dieser Weise präsent – nicht mehr angemessen ist. Motive haben das Ziel, bestimmte Zustände des Organismus selbst oder seiner Umgebung zu erreichen (Sättigung,

³ Von „perseverare“ (lat.) = beharren.

Schlaf, Sicherheit oder aber eine florierende Firma), zu deren Erreichen die im Organismus vorhandene, allgemein verfügbare Energie eingesetzt wird und mit der jeweiligen Zielvorstellung verschmilzt. Der Beleg für diese Sichtweise ist, dass das Ende des zum Motiv gehörenden Verhaltens vom Erreichen des Ziels abhängt und nicht (abgesehen von Ermüdung) von dem Aufbrauchen einer bestimmten Motivenergie (vgl. Bowlby, 2006, S. 28 ff.). Diese Auffassung von Motiven ist mit Allports Konzept nicht nur vereinbar, angesichts seiner Denkweise hätte er sich ihr sogar höchst wahrscheinlich angeschlossen.

Ausblick

Manches von dem, was wir bei Allport lesen können, mag zunächst nicht in unser gewohntes Denken passen, etwa die Behauptung, kognitiven Prozessen komme eine motivierende Kraft zu. Sieht man aber genauer hin, findet man sie bestätigt und hätte es eigentlich immer schon wissen können. Allport bürtete auch – wie oben beschrieben – mit seinen erkenntnistheoretischen Auffassungen vielfach quer zum Etablierten. Folgt man ihm jedoch, wirkt dies nicht selten geradezu erhellend. Während das Etablierte nur zu oft am Eindeutigen orientiert ist, geht es Allport um die Vereinbarkeit von Gegensätzen, nicht in Form fauler Kompromisse, sondern als kreative Synthese in einem dialektischen Prozess.

Wer auf wissenschaftlicher Grundlage mit konkreten Personen arbeitet, macht immer wieder die Erfahrung, dass Theorie nicht weiter zu helfen scheint. Er findet das Konkrete der Praxis im Abstrakten der Theorie nicht wieder und wendet sich enttäuscht von ihr ab. Allports Sichtweise und Methodik des flüssigen Hin und Her des Blicks zwischen Abstraktem und Konkretem kann hier einen Weg zeigen, insbesondere dann, wenn dabei der *Kontext* der konkreten Situation berücksichtigt wird. Heiß (1971) hatte seinerzeit für die Psychodiagnostik mit seiner Unterscheidung zwischen Grund- und Stellenwert eines diagnostischen Zeichens eine explizite Möglichkeit geboten, die Bedeutung individueller Merkmale zu identifizieren. Während der „Grundwert“ die allgemeine, abstrakte Bedeutung eines diagnostischen Zeichens beschreibt, wird dessen „Stellenwert“ dann sichtbar, „sobald wir den Grundwert im Zusammenhang der anderen, in der Persönlichkeit wirksamen Verhaltensweisen betrachten“ (Heiß, 1971, S. 991). Es geht

also darum, die allgemeine abstrakte Bedeutung eines Verhaltens bei der konkreten Person im Gesamtzusammenhang mit ihren anderen Verhaltensweisen zu sehen. So mag das heftige Schimpfen eines bestimmten Klienten allgemein auf Aggressivität/Wut hinweisen (Grundwert), die Kenntnis seines ansonsten wenig aggressiven Verhaltens verweist jedoch auf einen augenblicklichen besonderen Anlass, wobei die Tränen in den Augen zusammen mit einer vorangehenden enttäuschenden Äußerung des Therapeuten dafür sprechen, dass sich der Klient verletzt fühlt. Und seine beherrschte Mimik kann anzeigen, dass er nicht möchte, dass der Therapeut das bemerkt.

Literatur

- Allport, G. W. (1959). *Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart* (2. Aufl.). Meisenheim/Glan: Anton Hain. (Original 1937: *Personality a psychological interpretation*).
- Allport, G. W. (1970). *Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit*. Meisenheim am Glan: Anton Hain. (Original 1965: *Pattern and growth in personality*).
- Allport, G. W. (1971). *Die Natur des Vorurteils*. Köln: Kiepenheuer & Witsch. (Original 1954: *The nature of prejudice*).
- Allport, G. W. (1967). Gordon W. Allport. In E. G. Boring & G. Lindzey (Eds.), *A history of psychology in autobiography* (Vol. 5, pp. 1–25). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Allport, G. W. & Allport, F. H. (1921). Personality traits: their classification and measurement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 16, 6–40.
- Bommert, H. (1982). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie: Theorie, Praxis, Forschung* (3. veränd. u. erg. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung*. München: Ernst Reinhard Verlag (Original 1969: *Attachment and loss, Volume 1: Attachment*).
- Heiß, R. (1971). Technik, Methodik und Problematik des Gutachtens. In R. Heiß (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie Bd. 6, Psychologische Diagnostik* (3., unveränd. Aufl.) (S. 975–996). Göttingen: Hogrefe.
- Pettigrew, T. F. (2009). Gordon Willard Allport: A Tribute. *Journal of Social Issues*, Fall, 1999. (Zugänglich über: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/0022-4537.00125/abstract;jsessionid=FC1D600F335D5CEC609F4C1F6EB77373.do4to4>)
- Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Original 1961a: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*).
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag (Original 1959a: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*).
- Windelband, W. (1904): *Geschichte und Naturwissenschaft* (3. Auflage). Straßburg: Heitz.

Rezensionen*

Theres Hollerer

Silke B. Gahleitner, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Friederike Wetzorke & Marion Schwarz (Hrsg.). Ich sehe was, was du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Stuttgart: Kohlhammer, 2011, 192 Seiten, ISBN 978-3170216181. € 28,00 / CHF 38,50

Der Titel und die Inhaltsangabe haben mich, als Praktikerin in der Personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie, neugierig gemacht und bewogen, die Rezension des vorliegenden Buches zu übernehmen. Der rezensierte Band entstand auf Grundlage von Vorträgen zur 5. wissenschaftlichen Fachtagung 2009 in Frankfurt/Main.

In drei großen Kapitel – 1. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Perspektiven verschiedener Psychotherapieschulen und Versorgungseinrichtungen, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Aktion, 3. Psychiatrie, Psychotherapie und Jugendhilfe: Interdisziplinäre Aspekte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – werden unterschiedliche Zugänge zum Thema publiziert. Die Unterschiedlichkeiten ergeben sich einerseits aus den methodischen Hintergründen der Autorinnen und Autoren („zu Wort“ kommen Vertreter und Vertreterinnen der Personzentrierten Psychotherapie, der Psychodynamischen Psychotherapie, der Systemischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie), andererseits aus den Rahmenbedingungen, in denen diese tätig sind (niedergelassene psychotherapeutische Praxis, Psychotherapieforschung, klinisch-psychotherapeutische Diagnostik, interdisziplinäre Zusammenarbeit). Es wechseln praktisch orientierte mit theoretisch orientierten Artikeln vor dem Hintergrund unterschiedlicher Menschenbilder ab.

Anregend lesen sich jene Artikel im 1. Kapitel, die methodenspezifisch zwei Falldarstellungen „aufrollen“. Hier finden sich – vor allem für die praktische Arbeit – interessante Zugänge und Überlegungen auch aus den anderen Psychotherapieschulen: etwa die Elternarbeit betreffend (einbeziehen oder nicht, wenn ja, in welcher Weise) oder den Umgang mit „mitgebrachten“ Diagnosen (wann, wo, durch wen diagnostiziert;

überprüfen aufgrund der eigenen aktuellen Beziehungsdiagnostik). Zum Thema Angstbewältigung finden sich personzentrierte Überlegungen, die es wert sind – aus praktischer Sicht – überprüft zu werden: Else Döring (in Zusammenarbeit mit Maria Füssner, Hildegard Steinhauser, Carola von Zülów) beschreibt beispielsweise ein störungsspezifisches Vorgehen. Anhand eines Phasenverlaufs (Therapieeingangphase, Mittlere Therapiephase und Therapieabschlussphase) werden neben Begegnungshaltung auch Handlungsstrategien und Interventionsmedien aufgelistet.

Anregend finde ich die Artikel im 1. Kapitel insbesondere deshalb, weil sie einen Abriss des jeweiligen schulenspezifischen Grundkonzeptes, Störungsverständnisses sowie des therapeutischen Vorgehens beinhalten. Manches – aus personzentrierter Sicht – „unverständliche“ Vorgehen wird in dieser Gesamtschau nachvollziehbarer. Gleichzeitig regen sie an, die eigene Grundhaltung in Bezug auf Störungsverständnis und therapeutisches Vorgehen zu überdenken.

„Holpriger“ lesen sich die Artikel im 2. Kapitel. Obwohl der Titel auf „Anregungen aus der Praxis“ verweist, findet sich im Speziellen darin wenig. Es ist interessant, über die Untersuchung von Kindern und Müttern im ersten Lebensjahr (Sabine Trautmann-Voigt: Bindungsforschung und Bewegungsanalyse) zu lesen, deren Interaktions- und Bewegungsverhalten analysiert und mit dem Bindungsverhalten der Kinder im ersten Lebensjahr in Verbindung gebracht wird, und wie daraus spezifische Verhaltensanregungen für Mütter und spezifische bewegungstherapeutische Maßnahmen für Säuglinge entwickelt werden. Beides erscheint mir aber doch zu klinisch orientiert, um für die niedergelassene psychotherapeutische Praxis – derzeit – relevant zu sein. Aus personzentrierter Sicht habe ich vielmehr die Besorgnis, dass sich daraus für die Zukunft ein weiteres „Manual“ entwickelt und die Komponenten Beziehungsdiagnostik und dialogisches Prinzip zugunsten von Diagnostik und Intervention reduziert werden.

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

Es fällt vor allem in diesem Kapitel auf, dass die personenzentrierten/gesprächspsychotherapeutischen Artikel auch unter dem Aspekt der besonderen Situation in Deutschland gelesen werden müssen/sollen. Die „Gesprächspsychotherapie“ ist in Deutschland zwar ein wissenschaftlich aber kein sozialrechtlich anerkanntes Therapieverfahren; daher haben viele ausgebildete Gesprächspsychotherapeut/inn/en zusätzlich eine Ausbildung in einem sog. Richtlinienverfahren (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) absolviert, da sie ansonsten nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Dies führt immer wieder zu „vermischten“ Theorien, die eher Unbehagen und Irritation auslösen, als Interesse und Neugier. So etwa bei Curd Hockel, der in seinem Artikel „Personenzentrierter Beziehungsaufbau bei Kindern mit starken Leistungsängsten“ schreibt, dass er von „5 Wirkfaktoren der Psychotherapie“ ausgehe: „Selbstprüfung“ (das „Repertoire tiefenpsychologischer Selbsterkenntnis und Theorie“), „Annehmen, Einfühlen, Echt-sein (drei „Rogers-Haltungen)“ sowie „das klinisch-psychologische Änderungswissen der Verhaltenstherapie“. Hier wird meiner Meinung nach übersehen, dass Akzeptanz, Empathie und Kongruenz für Psychotherapeut/inn/en ein wichtiger Kompass, etwa im Bereich der „Selbsterkenntnis“, ist. Wie bereits weiter oben erwähnt, mag dies in der spezifischen Situation in Deutschland begründet sein. Durch diese Form der „Vermischung“ aber

wird es schwierig, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Therapieschulen zu erarbeiten und zu erkennen. Für die praktische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mag dies – vordergründig – kein Gewicht haben, allerdings hat es Relevanz für die Theoriebildung von Therapeut/inn/en und Ausbildungskandidat/inn/en.

Erfreulich wieder das 3. Kapitel: Die Auseinandersetzung mit den interdisziplinären Aspekten der Kinder- und Jugendpsychotherapie liest sich aufklärend, erhellend, auffordernd, an-erkennend. Silke Gahleitner, Marion Schwarz und Reinmar du Bois gelingt es, die Problematiken der Zusammenarbeit zwischen ambulanter Kinder- und Jugendpsychotherapie, stationärer Kinder- und Jugendpsychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule, Jugendamt ausführlich zu behandeln und zu diskutieren. Insofern bietet diese Arbeit einen Bezug zur Praxis, zumindest aber eine Grundlage für fachlich orientierte Gespräche.

Die Zielsetzung dieses Buches ist es „sich gegenseitig zu befruchten und für die fachliche Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Impulse zu geben“ (S. 13). Dies ist zu einem Teil sicherlich gelungen. Dadurch, dass Schwachstellen von Theoriebildung im Bereich der Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie aufgezeigt werden, ist dieser Band möglicherweise eine Anregung, innerhalb „unserer“ Psychotherapieschule auf Weiterentwicklung zu achten.

Gerhard Stumm

Johannes Wiltschko. Hilfllosigkeit in Stärke verwandeln. Focusing als Basis einer Meta-psychotherapie. Bd. I.

Münster: Edition Octopus, 2010, 290 Seiten, ISBN 978-3-86991-037-6. € 16,80.

In diesem ersten Band der gesammelten Schriften des Autors sind in erster Linie Arbeiten aus drei Jahrzehnten, genau von 1977 bis 1995, enthalten, wobei der Großteil ungefähr 20 Jahre alt ist. Die Texte muten wie Bilder einer Ausstellung an, die weitgehend chronologisch gereiht und um kommentierende Erläuterungen ergänzt den Werdegang und das Schaffen von Johannes Wiltschko illustrieren. Die beim Verfassen des Buches vorgenommenen, zumeist einleitenden Einfügungen, die in etwa ein Drittel des Buches umfassen und die Texte teilweise zu Textcollagen machen, bilden wie ein Katalog die verbindende Klammer und sorgen in ihrer nachbereitenden Funktion für ein besseres Verständnis des Gesamtgefüges. So kann der/die Leser/in anhand von 17 alten Texten, die Neubearbeitet

wurden, und zwei neu geschriebenen Kapiteln, die der Autor an den Anfang des Buches gestellt hat, sowie anhand von den ein- und überleitenden Ergänzungen die Stationen und Etappen des autobiografischen Hintergrundes, der psychotherapeutischen Laufbahn und vor allem der theoretischen Reflexionen des Protagonisten zu Focusing nachvollziehen.

Da wird zunächst die Suche des Psychologiestudenten nach entsprechenden praktischen Fertigkeiten und überzeugenden Modellen im psychologisch-psychotherapeutischen Feld geschildert, die ihn u. a. mit dem Ansatz von C.G. Jung, der Reich'schen Körpertherapie, der Daseinsanalyse, der Psychoanalyse und der Gesprächspsychotherapie in Kontakt bringt und ihn schließlich zu Gendlin und dem von ihm begründeten

Focusing gelangen lässt. Diesem Einstieg, der sich wie ein Auszug aus „gelebter Geschichte der Psychotherapie“ (übrigens ein Buchtitel von Ruth Cohn) ab 1970 liest, folgen Ausführungen über die Anfänge der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit.

Den überwiegenden Fokus des Buches bilden freilich die vielfältigen Abhandlungen über Focusing, die von einer intensiven und durchdringenden Beschäftigung des Autors mit dieser Methode zeugen:

Hier wird von den ersten Begegnungen mit Gendlin (in Zürich, in München und in Chicago) erzählt, ergänzt um einen transkribierten Vortrag von Gendlin aus 1977 (S. 33–41).

- Hier ist eine erste deutschsprachige Kurzdarstellung von Focusing (1979) aus der Feder des Autors zu finden. Hier stoßen wir auf einen gemeinsam mit Friedhelm Köhne verfassten Text (1980), in dem argumentiert wird, Focusing nicht auf die sechs Schritte und nicht auf die erlebnisaktivierende Komponente zu reduzieren, sondern es in den philosophisch unterlegten Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes zu integrieren, eine Position, die ich aus heutiger Sicht dringend einmahnen möchte.
- Hier entfaltet Wiltshcko in innovativer Weise Thesen zu einer „Körperorientierung“ und in weiterer Folge auch zur Ausschöpfung von Imaginationen („inneren Bildern“), also von bildhaftem Erleben, im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit, was sich auch im Modell der „Erlebens- und Handlungsmodalitäten“ niederschlägt (S. 149). Damit wird eine Landkarte des Explizierens von Implizitem entworfen, die ausgehend vom Felt Sense als vagem, noch unbestimmtem Bezugspunkt über Fühlen, Denken, Körperempfindungen und bildhaften Vorstellungen (als Modalitäten des Erlebens) weiter zum Sprechen, zum unmittelbaren Gefühlsausdruck, zu körperlichen Bewegungen und zum kreativen Symbolisieren des Erlebens (als Modalitäten des Handelns) führt. Dies kann auch als Auftakt einer vom Autor – unter Einbeziehung verschiedener Modalitäten – angedachten Methodenintegration begriffen werden, was Focusing zur „Basis einer Metapsychotherapie“ machen soll – ein nicht gerade bescheidener Anspruch des Autors und Untertitel der vom Autor vorgelegten zwei Bände. Dies wiederum verweist auf eine in der psychotherapeutischen Szene vielfach geführte Debatte, sei es methodenübergreifende Integration oder sei es die Integration von verschiedenen Strömungen innerhalb des jeweiligen Ansatzes (vgl. dazu innerhalb der personenzentrierten Familie u. a. Lietaer, Bohart, Keil, Cain).
- Einen breiten Raum nimmt die vom Autor vorgenommene Übersetzung des grundlegenden Artikels „A theory of personality change“ (1964) von Gendlin selbst ein. Dieser für die Konzeption experienzieller Psychotherapie bzw. für die Theoriebildung im Focusing so wichtige Text wird in eigenwilliger Weise in drei Portionen (Veränderungsprozess, strukturgebundenes Erleben und Selbst) vorgesetzt, die von dazwischen geschalteten eigenen Überlegungen unterbrochen sind.

- In anderen Passagen lässt der Autor den/die Leser/in an seiner Kritik an der klassischen Gesprächspsychotherapie in ihrer statischen Ausrichtung teilhaben, ohne dabei die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung bzw. der daran teilnehmenden „Subjekte“ aufzugeben, wie er es den „Technikern“ vorwirft. Hier wird auch eine paradoxe und für den Autor typische Verortung von Focusing in Bezug auf den Personenzentrierten Ansatz deutlich: zwar Teil davon und doch darüber hinaus gehend.

- Und schließlich resümiert er mit deutlicher Skepsis gegenüber einer weit verbreiteten Haltung der Machbarkeit im Bereich der Psychotherapie, dass Hilflosigkeit zur Eingangstür von Veränderung geraten kann, und plädiert in diesem Sinne für „achtsame Absichtslosigkeit“ als therapeutische Grundhaltung.

- In einer geschliffenen Sprache, die Selbstironie, aber auch Selbstgewissheit erkennen lässt, gelingt es dem Autor, den Anspruch einzulösen, seine Erfahrungen mit und seine Überlegungen zu Focusing in einer erlebnisnahen, eben focusingorientierten, Weise zu vermitteln. Diese Haltung beim Schreiben hat bei allem Theoriebezug, den das Buch aufweist, bei mir eine Wirkung erzeugt, die ich vom Focusing her kenne, ja nicht zuletzt von Seminaren, die ich vor bald 15 Jahren beim Autor besucht habe, nämlich ein Bezugnehmen auf meine eigene Resonanz.

In gewisser Weise liegt mit dem Buch die Beschreibung vom Finden eines freilich nie endenden Wegs vor. Dabei konnte ich – derselbe Jahrgang 1950 – eine Reihe von herausragenden Ähnlichkeiten in Bezug auf meine Suche und meinen Weg feststellen: So gilt unsere Sympathie unvermindert emanzipatorischen Ansätzen, die direktive, autoritäre und guruoide Tendenzen ablehnen; in unserer rebellischen Phase sind wir dogmatischen Positionen, wie sie in kommunistischen Gruppierungen sehr häufig anzutreffen waren, reserviert gegenüber geblieben; und es verwundert schon von daher nicht, dass wir beginnend mit unseren Wanderjahren auf unserer Reise durch verschiedene psychotherapeutische Landschaften die humanistische, im engeren Sinn die personenzentriert-experienzielle, als die lohnenswerteste empfunden haben, ohne den anerkennenden Blick auf sie umgebende Zonen abzuwenden.

Wiltshcko kann m. E. für sich in Anspruch nehmen, einer der deutschsprachigen, wenn nicht *der* deutschsprachige Pionier von Focusing zu sein, insbesondere wie er es als Focusing-Therapie weiter ausgearbeitet hat. Sein in diesem Buch dokumentiertes reichhaltiges Oeuvre zeugt von seinem Verdienst um die Verbreitung und weitere Entwicklung dieses Ansatzes zumindest im deutschsprachigen Raum.

Inzwischen ist auch der zweite Band von Wiltshckos focusing-basierter „Metapsychotherapie“ erschienen: „Ich spüre, also bin ich! Nichtwissen als Quelle von Veränderung“ (Münster: MV-Verlag, 2011, ISBN 978-3-86991-399-5, 327 Seiten,

€ 19,80 / CHF 28,40). Darin werden zentrale Aspekte der Psychotherapie wie Funktion und Rolle des Körpers, der strukturgebundenen Prozesse sowie des Träumens und Denkens behandelt, ebenso wie Anleitungen zum Selbst-Focusing, zur

Arbeit mit Aufstellungen und zur Supervision. Wie in Band 1 wird der/die Leser/in eingeladen, den Ausführungen des Autors nachzuspüren und die eigenen Erfahrungen dazu zu reflektieren.

Dora Iseli Schudel

Peter Schindler (Hrsg.). Am Anfang des Lebens. Neue körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt.

Basel: Schwabe Verlag, 2011, 277 Seiten, ISBN 978-3796526442. € 38,50 / CHF 55,00

Der vorliegende Sammelband ruft uns Personzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht nur in Erinnerung, dass Personsein längst vor der Geburt beginnt. Vielmehr erachte ich ihn als bedeutsam für unser ‚wissendes Verstehen‘ (J. Eckert), weil wir und unsere Klientinnen und Klienten über die direkte, sprachgebundene Erinnerung keinen, über Focusing und Traumarbeit allein nur begrenzten, Zugang zu Erfahrungen aus unserer Zeit im Mutterleib und während der Geburt haben.

Phänomene, die von personzentrierten Autorinnen und Autoren z. B. als ‚fragile und dissoziierte Prozesse‘ (M. Warner) oder ‚frühe Persönlichkeitsstörungen‘ (K. Heinert, R. Elliot u. a.) beschrieben worden sind, erfahren hier eine neue, vertiefende Deutung und Zugänglichkeit.

Vereinfacht ausgedrückt soll die Klientin in bewusst gefühlten Kontakt treten können mit spezifischen Körperempfindungen, -wahrnehmungen und -gestimmtheiten samt zugehörigen Emotionen, deren Ursprung in prä- und perinatale Schock- und Trauma-Erfahrungen zurückreicht. So können sich blockierte, hemmende, fragmentierte Anteile des Aktualisierungsprozesses ‚verflüssigen‘, und somit Selbstbild und -ausdruck in konstruktiver Weise verändern.

In Kindertherapien bleibt das Spiel das Veränderungsmedium, das von der Therapeutin in seiner symbolisierenden Bedeutung gesehen, empathisch verstanden und dem Kind in adäquater Sprache gleichsam zurückgegeben werden muss.

Die 12 Beiträge des Sammelbandes stammen von Psychotherapeut/innen und Forscher/innen, welche die besondere Bedeutung und Verletzlichkeit des vorgeburtlichen Lebens sowie die Klippen der Geburt und deren prägende Folgen erkannt haben und Formen entwickelt haben, damit psychotherapeutisch zu arbeiten. Die Autorinnen und Autoren geben Einblick in ihre psycho- und körperpsychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen, Kindern und Babys. Viele von ihnen haben

psychodynamisches, bioenergetisches und biodynamisches Erfahrungswissen im berufsbiografischen Hintergrund, und leisten Pionierarbeit auf einem Gebiet, das nach langer Vernachlässigung gegenwärtig stark an Bedeutung gewinnt.

Wie der Herausgeber P. Schindler einleitend betont, ist die prä- und perinatale Psychologie evidenterweise traditioneller akademisch-wissenschaftlicher Überprüfung nur begrenzt zugänglich. Sie ist hauptsächlich eine Erfahrungswissenschaft, basierend auf Erkenntnissen aus realen psychotherapeutischen Prozessverläufen.

Am überzeugendsten im vorliegenden Sammelband sind für mich daher auch jene Fallberichte, die in der Theoriebildung zurückhaltend bleiben.

Das therapeutische Interventionsspektrum der verschiedenen Autorinnen und Autoren ist breit gefächert. Eine Art gemeinsamer Nenner stellt dabei die Anregung zum Gewahrsein und Lokalisieren spezifischer körperlicher Befindlichkeiten dar. Verweilen, Vertiefen, Pendeln zwischen Körperempfindungen, Emotionen, Bewegungen und ihren Benennungen und Kontextualisierungen tragen wesentlich zur selbstregulierenden Veränderung bei, die idealerweise ein (neuro-) physiologisches und biochemisches Korrelat aufweisen soll. Voraussetzung für einen derart heilenden Veränderungsprozess ist die Bereitschaft und Befähigung der Therapeutinnen und Therapeuten, vorsprachliche Traumatisierungen in den von Klient/innen berichteten symptomatischen Leidenszuständen überhaupt aufzuspüren.

Obschon ein methodischer Vergleich mit Focusing sich geradezu aufdrängt, bezieht sich für mich erstaunlicherweise kein Autor auf G. Gendlin. Dabei könnte man in gewisser Weise vielleicht von einer Vertiefung und Erweiterung des Gendlin'schen Ansatzes in den prä- und perinatalen Bereich sprechen, der aber noch viele zusätzliche, direktere Körperinterventionen beinhaltet.

Als gesichert kann heute gelten, dass Schocks und Traumata während der intrauterinen Zeit und der Geburt viel häufiger sind als bisher angenommen. Deren Reaktions- und Verarbeitungsmuster prägen sich dem so genannten ‚zellulären Gedächtnis‘ ein, das auch ‚prozedurales Körpergedächtnis‘ genannt wird. Neben der klinischen Evidenz scheint heute auch aufgrund neuerer biologischer Forschungen (z. B. B. Lipton) eine Form von ‚zellulärem Gedächtnis‘ unbestritten zu sein, die nicht an das entwickelte Nervensystem gebunden ist.

Frühe Schock- und Traumaerinnerungen können sich im späteren Leben aufgrund bedrohlicher Triggersituationen in hoher Stressreaktionsaktivierung äußern, die sich in vielerlei Symptomen manifestieren, z. B. dem (komplexen) posttraumatischen Belastungssyndrom mit Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Allergien, Migräne etc.

Ich werde im Folgenden einzelne Beiträge des Buchs herausgreifen.

Ludwig Janus lässt die Geschichte der pränatalen Psychologie mit Otto Ranks, ‚Trauma der Geburt‘ von 1924 beginnen. Seit den Achzigerjahren, wo Technologien wie Ultraschall die fötale Bewegungssprache beobachtbar machen, mehren sich die einschlägigen Publikationen. Bereits 1971 wurde die Internationale Studiengemeinschaft für pränatale Psychologie gegründet, die heute im deutschsprachigen Raum als ISPPM aktiv ist.

Wesentliche Impulse kamen in den letzten Jahrzehnten u. a. von T. Lake, St. Grof, D. Chamberlain, A. Kafkalides. Wegweisend sind aktuell u. a. W. Emerson und dessen Schüler K. Terry.

Der ursprünglich als Personzentrierter Psychotherapeut ausgebildete Belgier **R. Verdult** verbindet pränatalpsychologische Erkenntnisse mit aktueller Gehirnforschung unter dem Titel: ‚Die Neuverdrahtung des Gehirns. Zerebrale Entwicklung, pränatale Bindung und ihre Konsequenzen für die Psychotherapie‘. Verdult betont die bislang unterschätzte Plastizität des Gehirns. Er stellt die neurophysiologische Gehirnentwicklung dar, sowie den aktuellen Wissensstand zu vorgeburtlichen und geburtsbedingten Schocks und Traumata. Als therapeutische Schlussfolgerung verlangt auch er eine Verfeinerung und Vertiefung der *empathischen Resonanz* der Therapeutinnen und Therapeuten auf vorsprachliche Verletzungen von Klientinnen und Klienten. Im Schutz einer sicheren, angstfreien therapeutischen Bindung ermögliche die empathische Resonanz den Klientinnen und Klienten die Transformation der ursprünglichen Verletzungen. Das Wiederauftreten früher Schock- und Traumareaktionen in bedrohlichen Lebenssituationen soll dadurch unwahrscheinlicher werden, sowohl im subjektiven Erleben und Verhalten, wie auch von ihrer hirnpfysiologischen Repräsentation her. Mit ‚Neuverdrahtung‘ meint Verdult dabei eine neue neuronale Verbindung des vorsprachlichen, an Stammhirnregionen gebundenen zellulären Gedächtnisses mit der im Neokortex gespeicherten (sprach- und bildhaften) Erinnerung.

In mehreren anderen Beiträgen, speziell bei William Emerson und Karlton Terry, wird dasselbe Therapieziel als ‚Repat- terning‘ bezeichnet. Auch ihnen geht es um eine dauerhafte Veränderung von dysfunktional gewordenen Reaktionsmustern, die ursprünglich biologisch sinnvollerweise der prä- und perinatalen Trauma- und Schockbewältigung gedient haben.

William Emerson („Somatotrope Therapie“ und „Emersons Rekapitulationstherapie“) gibt Einblick in seine langjährige, in vielen Publikationen belegte Arbeit mit Babies, Kindern und Erwachsenen. Auf dem Hintergrund seines buddhistisch geprägten Menschenbildes schildert der klinische Psychologe sein subtiles Aufnehmen der Bewegungs- und allgemeinen Körperausdrucksprache seiner Klientinnen und Klienten, die er bei Erwachsenen oft durch angeleitete Regressionen unterstützt. Therapeut/in und Klient/in erschließt sich dabei die ‚Landkarte‘ früher Verletzungen und oft über viele Generationen weitergegebener Belastungsmuster. Letztere werden nun einer körpertherapeutischen und verbalen Bearbeitung zugänglich und können im ‚Repat- terning‘ in einer neuen leib-seelischen Homöostase resultieren. Oft sind dabei spirituelle Erfahrungen mitbeteiligt.

Emersons „Rekapitulationstheorie“ unterscheidet verschiedene Rekapitulationsarten und besagt, dass Menschen sehr frühe Verletzungen (z. B. Verlassenwerden durch die Mutter) geradezu gesetzmäßig im Lebenslauf unbewusst wiederholen, d. h. in verschiedensten Lebensumständen dieselbe Grunderfahrung und -aussage neu konstellieren (z. B. ‚ich bin jemand, der verlassen wird‘), und zwar solange, bis die Ursprungsverletzung geheilt ist.

In ihrem mit „Es spürt alles“ betitelten Beitrag schildert **Rose Drescher** Vignetten eines langjährigen Intervall-Therapieprozesses einer seit der Schwangerschaftsentstehung kriegstraumatisierten Frau. Die Vignetten wechseln ab mit eindrücklichen Passagen der Reflexion. Die Autorin betont, der Klientin habe nicht ein einzelner therapeutischer Ansatz zur Überwindung ihrer komplexen Symptome verholten. In ihrer über Jahrzehnte verteilten ‚therapeutischen Odyssee‘ sei die Arbeit mit Al Pessò und William Emerson am wirksamsten gewesen, um mit ihren frühen Traumata in tatsächlich erfahrene Berührung zu kommen, ein stabiles Selbstvertrauen aufzubauen und ihre vielseitigen Begabungen besser nutzen zu können.

Therapeutische Wege und Umwege waren nötig, um sich den entscheidenden vorsprachlichen zellulären Erinnerungen anzunähern und sie schließlich im ‚Damals‘ belassen zu können, wodurch ihre destruktive Macht im ‚Heute‘ verschwand.

Prä- und Perinataltraumata werden hier als die lebensgeschichtlich ursprünglichsten und daher folgenreichsten psychischen Verletzungen geschildert, ohne sie auf Kosten späterer einschneidender Ereignisse zu verabsolutieren. Ganz Im Sinne des PCA erachtet R. Drescher eine einführende Sprache

und die Echtheit der Therapeutinnen und Therapeuten als unabdingbar und jeder theoretischen Orientierung übergeordnet.

Die Kinderpsychiaterin **Antonia Stulz Koller** zeigt mit Therapieausschnitten ihre Arbeit mit Kindern, die durch gravierende Entwicklungsauffälligkeiten belastet waren, wie die Auswirkungen von Kaiserschnittgeburt, Frühgeburt, verlorenem Zwillingsgeschwister, schwierig-schmerzvolle Geburtslage, intrauteriner Intoxikation durch eine drogenabhängige Mutter etc. Beeindruckend ist die Fähigkeit der Autorin, diese Themen in der Symbolik des kindlichen Spiels überhaupt als solche zu erkennen, die mutmaßlichen damaligen Erfahrungen in kindgerechter Weise zu benennen und dadurch dem Kind zu ihrer Verarbeitung und Überwindung zu verhelfen. Die eindrücklichen Ergebnisse werden dabei mit vorsichtig-relativierender Bescheidenheit referiert.

Karlton Terry schildert die von ihm in Phasen eingeteilte, geradezu abenteuerliche Bewegung des Spermiums bis zu Befruchtung des Eis, die wohl noch weiterer Bestätigung bedarf.

Seine Beobachtungen bei der Behandlung von Kindern, die durch künstliche Befruchtung gezeugt wurden, enden mit dem überzeugenden Fazit, dass die In-vitro-Fertilisationstechnologie wesentlich weiter fortgeschritten sei als unser Verständnis der psychologischen Folgen.

Am Ende der Lektüre des vorliegenden Bandes ist die Rezensentin geneigt, dem von W. Emerson zitierten englischen Dichter T.S. Coleridge zuzustimmen, der um 1840 geschrieben hat: „Die Geschichte eines Menschen in den neun Monaten vor seiner Geburt wäre vermutlich interessanter und würde viel bedeutendere Ereignisse enthalten als die gesamte Lebensspanne, die darauf folgt.“

Veranstaltungskalender 2012/2013

Theorieworkshop des IPS der APG

Thema: Kinderwelten – Jugendwelten – Familienwelten
Personenzentriertes Arbeiten in einem Kontext permanenter
Veränderung

Zeit: Freitag, 30. November 2012, 16.30–19.30, Samstag,
1. Dezember 2012

Ort: Sigmund Freud Privatuniversität, 2. Stock, Festsaal,
1030 Wien, Schnirchgasse 3A

Info: <http://www.apg-ips.at/institut/aktuelles/>

Institut für Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (IGB)

Thema: Evocative Empathy: A way of being, doing and
learning. Mit Prof. Dr. Jef H. D. Cornelius-White, Springfield,
Missouri, USA

Zeit: 23. Februar 2013; 9.30–18.00 Uhr

Ort: Stuttgart, Wörishofener Straße 54

Info: www.gesprächspsychotherapie.de

Fachtag Beratung der GwG

Thema: Personenzentrierte Berater/innen und Inkongruenz-
erleben – ein Widerspruch?

Zeit: 16. März 2013

Ort: Frankfurt am Main, Deutschland

Info: barg@gwg-ev.org

Fachtag Sucht der GwG

Thema: Suchterkrankung und Borderline-Persönlichkeits-
störungen

Zeit: 23. März 2013

Ort: Mainz, Deutschland

Info: Michael Barg, barg@gwg-ev.org

VCgP Congress 2013

Thema: Beter voelen – Feeling better

Zeit: 28. März 2013

Ort: Niederlande, Arnhem Burger's Zoo

International Conference – Creating Connections 2013

Zeit: 18.–20. April 2013

Ort: Niederlande, Oisterwijk

Info: www.creatingconnections.nl

DPGG Forum

Thema: Kongruenz

Zeit: 27. April 2013

Ort: Universität Hamburg, Deutschland

Info: www.dpgg.de

PCA2013 – XII International Forum for Person Centered Approach

Zeit: 26. Mai bis 1. Juni 2013

Ort: Cumbuco, Brasilien

Info: www.pca2013.com.br

25. Internationale Focusing Konferenz

Zeit: 29. Mai bis 2. Juni 2013

Ort: Emmetten/Vierwaldstättersee CH

Info: [http://www.evelinemoor.ch/mehr-zu-focusing/
konferenz-2013/](http://www.evelinemoor.ch/mehr-zu-focusing/konferenz-2013/)

ADPCA Conference 2013

Zeit: 19.–23. Juni 2013

Ort: Caldwell, New Jersey, USA

Info: www.adpca.org, helloconference@adpca.org

VORTRÄGE und SEMINARE

Fortbildungsworkshop für Mitglieder und InteressentInnen

Personzentrierte Paar- und Familientherapie in der Praxis (Workshop in englischer Sprache)

Leitung: Charles O'Leary, MA, PhD

Zeit: Freitag, 19.4.2013, 17.00 – 20.00 Uhr

Ort: Raum Wien, nähere Informationen unter www.apg-forum.at

Anmeldung: im Forum-Büro bei Frau Bacc.phil. Selma Zachhuber,
Tel. 01/966 79 44 oder per e-mail: buer@apg-forum.at

Theorieseminar

The Practice of Person-Centred Couple and Family Therapy

Leitung: Charles J. O'Leary, MA, Ph.D

Zeit: Samstag, 20.4.2013, 10.00 – 19.00 Uhr, Sonntag, 21.4.2013, 10.00 – 13.00 Uhr

Ort: Raum Wien, nähere Informationen unter www.apg-forum.at

Anmeldung: im Forum-Büro bei Frau Bacc.phil. Selma Zachhuber,
Tel. 01/966 79 44 oder per e-mail: buer@apg-forum.at

Vortrags- und Diskussionsabend

Den gegenwärtigen Augenblick erkunden: Unterschied, Verschiedenartigkeit
und therapeutischer Dialog (Vortrag mit Übersetzung)

Leitung: Colin Lago, MEd

Zeit: Mittwoch, 12.6.2013, 19.30 – 21.00 Uhr

Ort: Raum Wien, nähere Informationen unter www.apg-forum.at

Anmeldung: im Forum-Büro bei Frau Bacc.phil. Selma Zachhuber,
Tel. 01/966 79 44 oder per e-mail: buer@apg-forum.at

Workshop

Groupwork Facilitation

Leitung: Colin Lago, MEd und Mag.^a Irmgard Fennes

Zeit: Donnerstag, 13.6.2013, 17.00 – 21.00 Uhr, Freitag, 14.6.2013, 17.00 – 21.00 Uhr,

Samstag, 15.6.2013, 10.00 – 18.00 Uhr, Sonntag, 16.6.2013, 10.00 – 15.00 Uhr

Ort: Therapiezentrum OK: 1140 Wien, Onno Klopp Gasse 6/3

Anmeldung: schriftlich oder telefonisch bei Mag.^a Irmgard Fennes: Tel. 01/581 98 88,
1040 Wien, Faulmannsgasse 6/4 oder per e-mail: irmgard.fennes@gmx.net

Genauere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Programm unter www.apg-forum.at

Forum/APG

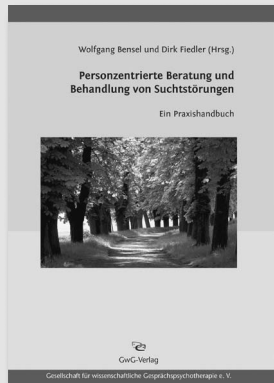
1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3, Telefon und Fax +43 1 966 79 44, e-mail: buer@apg-forum.at

www.apg-forum.at

Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler (Hrsg.)

Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen

Ein Praxishandbuch



2012, 320 Seiten, br., 21,90 €
(Mitglieder der GwG: 17,00 €)
ISBN 978-3-926842-51-0

Der Band dokumentiert den aktuellen Stand personenzentrierter Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Einleitend wird ein Überblick über die Entwicklung und Professionalisierung der Suchtarbeit in Deutschland vor und nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes im Jahr 1968 gegeben. Ergänzend hierzu wird die Entwicklung der Suchtberatung in der ehemaligen DDR und in den sog. neuen Bundesländern skizziert.

Dem schließen sich Beiträge an, die die theoretischen Grundlagen personenzentrierter Suchttherapie und spezielle Konzepte zum Störungsverständnis beschreiben. Im Einzelnen sind dies Artikel zur personenzentrierten Therapie bei Alkoholabhängigkeit, zum personenzentrierten Störungs- und Interventionsmodell sowie zur störungsspezifischen Gesprächspsychotherapie bei Alkoholabhängigkeit. Vorgestellt wird das Differentielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung sowohl in seinen Grundlagen als auch in der praktischen Anwendung.

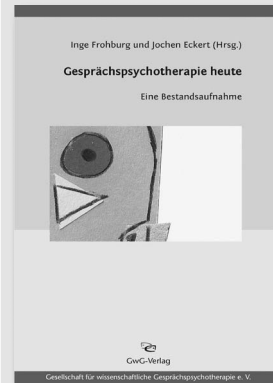
Weitere Kapitel befassen sich mit speziellen Anwendungsgebieten personenzentrierter Suchtbehandlung. Dazu zählen Beiträge zur personenzentrierten Drogentherapie und zur Therapie bei Glücksspielsucht. Abgerundet wird das Buch mit Praxis- und Erfahrungsberichten zur Körperpsychotherapie, zur Angehörigenarbeit und nicht zuletzt zur personenzentrierten Gruppentherapie mit Suchtkranken.

Entstanden ist ein Praxisbuch, das die Beratung und Behandlung von Suchtstörungen aus personenzentrierter Sicht umfassend beschreibt und das fruchtbare Anregungen für all jene gibt, die sich an einem an der Person ausgerichteten Verständnis von Suchtstörungen interessieren. Das sind sicher nicht wenige, denn alle, die in beraterischer und therapeutischer Praxis tätig sind, werden mehr oder weniger häufig mit Abhängigkeitsstörungen konfrontiert sein.

Inge Frohburg und Jochen Eckert (Hrsg.)

Gesprächspsychotherapie heute

Eine Bestandsaufnahme



2011, 180 Seiten, kt., 21,90 €
(Sonderpreis für Mitglieder der GwG und der DPGG: 19,80 €)
ISBN 978-3-926842-50-3

Das Buch zieht eine aktuelle Bilanz sowohl zur derzeitigen Stellung als auch zu den zukünftigen Perspektiven der Gesprächspsychotherapie in den Bereichen Gesundheitswesen, Universitäten und Fachhochschulen sowie in der ambulanten und stationären klinischen Versorgung. Die Bilanzierung umfasst zudem einen Überblick über die neueren konzeptuellen Entwicklungen innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie. Diese Bilanzierung erfolgte im Frühjahr 2010 im Rahmen des 6. Großen Forums der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e. V., einer wissenschaftlichen Tagung, die alle zwei Jahre von der DPGG in Kooperation mit dem Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg ausgerichtet wurde.

Die Bilanzierung wurde im Einzelnen von folgenden Autorinnen und Autoren vorgenommen:

- *Karl-Otto Hentze* reflektiert die Stellung der Gesprächspsychotherapie in der Gesundheits- und Berufspolitik.
- *Jürgen Kriz* gibt einen Überblick über die Rolle, die die Gesprächspsychotherapie im deutschen Gesundheitswesen gespielt hat und wie diese in der Zukunft sein könnte.
- *Ludwig Teusch* berichtet über die Rolle der Gesprächspsychotherapie in der stationären klinischen Versorgung.
- *Inge Frohburg* referiert den Stand der Gesprächspsychotherapie an den deutschen Universitäten in Vergangenheit und Zukunft und Mark Helle setzt diese Betrachtung in Bezug auf die Fachhochschulen fort.
- *Gerhard Stumm* gibt einen Überblick über neuere konzeptuelle Entwicklungen im Bereich Psychotherapie im Rahmen des Personenzentrierten Konzepts.
- *Doris Müller* und *Dorothee Wienand-Kranz* fassen die Abschlussdiskussion zusammen und die darin von den Tagungsteilnehmern geäußerten Sorgen um die Zukunft der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, aber auch die Ideen zu ihrer Förderung und Weiterentwicklung.



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTTGART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer, Prof. Dr. Dipl.-Psych. Reinhard Tausch und Dipl.-Psych. Susanne Vahrenkamp – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept.

Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON.

Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GWG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut einzelne Thementage, Workshops und Prüfungsvorbereitungskurse für Heilpraktiker Psychotherapie Prüfung beim Gesundheitsamt an. Alle Trainer und Referenten sind erfahrene Therapeuten und Berater mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten, regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen.

Weitere Informationen über das IGB, zu Terminen, aktuelle Weiterbildungen, Abstracts zu den Veranstaltungen und zu den Trainern finden Sie auch auf: www.gespraechspsychotherapie.net; Für telefonische Anfragen bzgl. Ausbildungen erreichen Sie Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr unter +49 (0) 711 580 182

Thementage / Workshops in 2013*

Sa 23.2.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Prof. Dr. Jef H.D. Cornelius-White, Springfield, Missouri, USA: Evocative Empathy: A way of being, doing, and learning
Sa 02.03.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl. Psych. Wolfgang Jaede, Freiburg Wie Kinder Krisen überwinden können. Förderung von Bewältigungsstrategien und Resilienz.
Sa 20.04.2013 9.30 – 18.00 Uhr Weinsberg	Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer, Weinsberg Personenzentrierter Umgang mit Alkoholkranken und ihren Angehörigen
Sa 27.04.2013 9.30 – 18.00 Uhr Nürtingen	Dipl.-Päd. Dorothee Scheck-Köhler, Nürtingen: Bildnerische Medien in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Sa 08.06.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl. Päd. Hildegard Steinhauser, Augsburg: Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen: Die Ich-Du-Begegnung am seidenen Faden - in der Kunst des Haltens und Lassens - im Mit-Tragen von Ablehnung und Anlehnung - als Lampentragende/r Wegbegleiter/in, auf der Suche nach dem Ich
Sa 22.06.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dr. med. Jobst Finke, Essen: Beziehungklären und Selbstöffnen – Zwei Handlungskonzepte der Personzentrierten Psychotherapie.
Sa 28.9.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl.-Soz. Päd Dorothea Hüsson, Stuttgart: Formen der Kindeswohlgefährdung
Sa 16.11.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl.-Psych. Susanne Vahrenkamp, Stuttgart: Selbst-Bewusstsein durch Prozess-orientierte Rollenspiele, ein Beispiel für Focusing-orientierte Verfahrensweisen
Sa 30.11.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl.-Psych. Manuela Junker-Moch Kindeswohlgefährdung - verantwortlich handeln: die „insoweit erfahrene Fachkraft“.

* die Workshops finden sofern nicht anders angegeben direkt im Institut in der Wörishofenerstraße 54 in 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt statt, eine Wegbeschreibung finden Sie auf der Homepage.

Die Anmeldung für die Workshops erfolgt formlos an: studium@personzentriert.eu unter Angabe von Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse und Beruf. Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Überweisungsbeleges der Kursgebühr von **78€** auf das **Konto 0006753248** bei der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank** mit der **BLZ 300 606 01** bei (sollte der Kurs bereits ausgebucht sein erhalten Sie die von Ihnen bezahlten Gebühren selbstverständlich in voller Höhe zurück).

Eine Stornierung ist bis 3 Tage vorher in Verbindung mit einer Stronogebühr von 20€ möglich.

Neue Weiterbildungen nach den Richtlinien der GWG

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Spieltherapie

Modul 1: Beginn Oktober 2012 – Einstieg noch bis Januar 2013 möglich
alle weiteren Module (Aufbaustufe 1 und 2): nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Beratung (DGfB)

Modul 1: Freitag und Samstag 19. und 20. Oktober 2012 – Einstieg bis Januar 2013 möglich
Aufbaustufe: Freitag und Samstag 23. und 24. November 2012

Gesprächspsychotherapie

Zusatzausbildung: Freitag und Samstag 23. und 24. November 2012



Mitglied im Weltverband
World Association for
Person-Centered and Experiential
Psychotherapy and Counseling

Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz
Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

pca.acp

Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne
Formation. Psychothérapie. Relation d'aide.

Società Svizzera per l'approccio centrato sulla persona
Formazione. Psicoterapia. Relazione d'aiuto.

KURSPROGRAMM 2013

WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Vierjährige Weiterbildung für PsychologInnen, ÄrztInnen und HochschulabsolventInnen im Bereich der Humanwissenschaften mit zusätzlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsrichtlinien. FSP-, SPV- und SBAP-Anerkennung.

Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung Niveau I und Diplommiveau II

Zwei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen. SGfB anerkannt.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA

z.B. Focusing, Selbsterfahrungskurse, emotionsfokussierte Therapie, Hypnotherapie, Biographiearbeit, Krisenintervention, Burnout-Prävention und vieles mehr...

Bestellung des Kursprogramms und Anmeldung:

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | F +41 44 272 72 71 | info@pca-acp.ch

FACHZEITSCHRIFT AUF FRANZÖSISCH

Seit 2005 gibt die **pca.acp** in Zusammenarbeit mit Personenzentrierten Verbänden aus Frankreich und Belgien eine internationale Fachzeitschrift auf französisch heraus: **ACP Pratique et Recherche**.

Die Zeitschrift erscheint zwei Mal pro Jahr, ein Jahresabonnement kostet CHF 50.- / Euro 33.- und kann bei der Geschäftsstelle **pca.acp** bestellt werden.

VERANSTALTUNG IM PCA.INSTITUT ZÜRICH

Datum	Thema	Gestaltung
15. November 2012	Personenzentrierte Arbeit mit hirnerkrankten Menschen	Sabine Ehrat

Die Veranstaltung findet im PCA-Institut, Josefstrasse 79, CH-8005 Zürich von 19.15 bis 21.15 Uhr statt.

Alles auch auf: www.pca-acp.ch

PERSONENZENTRIERTES HANDELN »IN AKTION«

AUSTRIA PROGRAMM 2013

ZUM 31. MAL: INTERNATIONALER PERSONENZENTRIERTER WORKSHOP

Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des La Jolla Programms. Als „La Jolla Programm in Österreich“ seit 1978 in Zusammenarbeit mit dem Center for Studies of the Person in La Jolla, Kalifornien entwickelt und dem klassischen Personenzentrierten Ansatz von C. Rogers verpflichtet, ist das Austria Programm europaweit der einzige Workshop, der nun zum 31. Mal die einzigartige Gelegenheit bietet, genuin personenzentriertes Arbeiten kennen zu lernen und weiter zu erforschen.

Grundsätzliches Ziel des Seminars ist, sich selbst als Person und in den Beziehungen zu anderen weiter zu entwickeln und persönliche wie politische Gestaltungsmöglichkeiten zu erlernen. Dabei können insbesondere die Beziehungen zwischen den TeilnehmerInnen und den einzelnen Gruppen als Lern- und Wachstumschance wahrgenommen werden.

In diesem Seminar kann man unter anderem:

- Den PCA und seine personalen und sozialen Implikationen „in Aktion“ erleben und theoretisch und praktisch erlernen
- die eigene Person sowie eigenes und fremdes Kommunikationsverhalten besser verstehen lernen
- freier und kreativer handeln lernen & sein Verhaltensrepertoire in sozialen Situationen nachhaltig erweitern
- Menschen begegnen, die sich nach Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung, Beruf und Kultur unterscheiden
- charakteristische Bedingungen für kollektive Entscheidungsfindung & selbstgesteuertes Lernen in Gruppen erkennen
 - die Entwicklung von Groß- und Kleingruppen und ihrer Strukturen verstehen und mitgestalten lernen
 - die Kunst der Gruppenleitung und die Möglichkeiten, für andere Menschen hilfreich zu sein, lernen

Facilitating Team 2013: Peter Frenzel (Mag., SFU Wien; IPS, Wien; TAO; Kaleidos); Renata Fuchs (SFU Wien; IPS, Wien; Zentrum f. Beratung, Training & Entwicklung, Krems), Martin van Kalmthout (Niederlande; spricht deutsch), Peter F. Schmid (UnivDoz. HSPProf., Mag. Dr., Univ. Graz & SFU Wien; IPS, Wien; Saybrook, San Francisco), u.a.

Ort/Zeit: Bildungshaus Schloss Großrußbach bei Wien, NÖ; **Mittwoch, 29. Mai, 15h, bis Mittwoch, 5. Juni 2013, 18h.**

Kosten: Bis 28.2.2013: € 630 für IPS-Mitglieder & TeilnehmerInnen am APG-Propädeutikum, sonst € 680; danach: € 690/730.

Anrechenbarkeit: Propädeutika, APG-Aus-, Fort- & Weiterbildungen, APG-Aufnahmeverfahren, SFU: Selbsterfahrung – 50 Stunden

Nähere Informationen und Anmeldung: <http://austriaprogramm.pfs-online.at>; Tel: +43 699 81 51 31 90; Mail: office@pfs-online.at



Deutsche Psychologische Gesellschaft
für Gesprächspsychotherapie

IfP

Institut für Psychotherapie
der Universität Hamburg

Forum

Gesprächspsychotherapie

am 27.04.13 Universität Hamburg

von 11–17.30 Uhr

Kongruenz

**Haltung, Therapieprinzip, Basisvariable
oder Beziehungsaspekt?**

Vortrag zum Thema: Dr. Gerhard Stumm (Wien)

**Workshop mit Supervisoren und
Supervisorinnen des IfP**

**Weitere Informationen und Anmeldung unter
www.dpgg.de und adomeit@uni-hamburg.de**

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39

Tel.: +43 1 40755 872; Fax: +43 1 40755 874, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7

Tel.: +43 1 4277 47881; Fax: +43 1 4277 47889

E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

