

Beziehung und Methode – Theorien und personenzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien

Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Dorothea Hüsson

Zusammenfassung

In Forschungsarbeiten stellte sich die Beziehung zwischen Therapeut und Klient als der wichtigste Wirkfaktor in der Psychotherapie heraus. Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeuten gründen ihre Methode auf einem facilitativen und interaktionellen Beziehungsangebot. Ätiologisch werden Störungen im personenzentrierten Ansatz als Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung verstanden. Mit der Weiterentwicklung des Ansatzes wurden störungsspezifische, personzentrierte Behandlungskonzepte und Konzepte für spezielle Klientengruppen entwickelt. Diese Konzepte integrieren Methoden und Arbeitsweisen mit Eltern und Familien anderer Ansätze. Die personzentrierte Forschung konzentriert sich auf Wirksamkeitsstudien. In vielen Ländern existieren klientenzentrierte Verbände, die gesundheits- und sozialpolitisch wirken und Ausbildungen organisieren.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Beratung, Kind, Jugendliche, Eltern, Familie, Beziehung.

Relationship and Method – Theory and Person-Centered Interactive Concepts for Children, Adolescents, Parents and Families

Abstract: The relationship between therapist and client turned out to be the most important and effective factor in psychotherapy. Person-centered child and adolescent therapists offer a facilitative and an interactive relationship. The client-centered work is grounded at this relationship. The aetiology of person-centered psychotherapy regards disorders as incongruence between experience and self. Divers person-centered therapy concepts have been developed for all sorts of disorders and client groups. Concepts include integrated work from other approaches and different forms of work with parents and families. Research focuses on outcome studies. Client-centered associations in many countries solicit health care politics and training facilities.

Keywords: client-centered psychotherapy, client-centered psychotherapy, counseling, child, adolescent, parents, relationship, families.

Einleitung

Unbestritten gilt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient in der Psychotherapieforschung als einer der wichtigsten Wirkfaktoren von Psychotherapie, wenn nicht sogar als der wichtigste (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Grawe, 1994; Chaator & Krupnick, 2001; Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagel & von Zülow, 2003; Fröhlich-Gildhoff, 2008). Das war nicht immer so. Als Rogers (1957) seine Theorie der „Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change“ formulierte, erlebten seine Zeitgenossen es als Provokation, einzig und allein ein therapeutisches Beziehungsangebot als Wirkfaktor zu definieren, sei dieses auch noch so besonders. Rogers Beziehungstheorie erwies sich später als außergewöhnlicher, ja geradezu epochaler Paradigmenwechsel. So widmete zum Beispiel die APA-Fachzeitschrift *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* diesem Rogers Aufsatz 50 Jahre nach dessen Formulierung ein Jubiläums-Sonderheft (Gelso, 2007). Der Herausgeber beschreibt darin diesen Aufsatz neben Freuds „Dynamik der Übertragung“ (1912) als einen der beiden bedeutendsten Texte, die jemals über Psychotherapie geschrieben wurden.

Zugleich spiegeln in diesem Sonderheft die Kommentare von bedeutenden Gegenwartsautoren zu Rogers' Arbeit viele konzeptionelle Entwicklungslinien der letzten Jahrzehnte wider:

- das Beziehungsangebot nach Rogers ist zu differenzieren,
- auf seinem Boden sind oft prozessleitende Hilfen sinnvoll,
- experienzielle Methoden, die das emotionale Erleben fördern, können Beziehungsangebote wirksam ergänzen,
- die differentielle Realisierung dieses Beziehungsangebotes verlangt profunde Anwendungen von diversen und komplexen methodischen Elementen.

Therapeuten müssen demnach sehr viel lernen und können. Ein solches Beziehungsangebot ist ungleich mehr als etwa eine wohlwollende, nichtdirektive, wertschätzende Einstellung. Therapeuten, die auf der Basis eines differenziellen Beziehungsangebotes arbeiten, integrieren dabei verschiedene therapeutische Methoden und Techniken. Diese lassen das Beziehungsangebot erst voll erfahrbar und wirksam werden. Synergie entsteht durch prozessleitende Hilfen, z.B. Vorschläge der Therapeutenperson zum Vorgehen, und durch experienzielle Zugänge, bei denen sich die Arbeit auf das unmittelbare Erleben von Gefühlen konzentriert.

Der Titel dieses Kapitels „Beziehung und Methode“ signalisiert, dass als Ausgangspunkt kinder- und jugendlichentherapeutischer Arbeit neue und außergewöhnliche Beziehungserfahrungen für die Klienten ermöglicht werden sollen. Diese Beziehungserfahrungen leiten per se eine Persönlichkeitsentwicklung ein. Ein profundes methodisches Repertoire ermöglicht es dann, das Beziehungsangebot zu differenzieren, und es unterstützt zusätzlich die Entwicklungsprozesse mit experienziellen und prozessleitenden Hilfen. Diese Kompetenzen gelten heute auch über den Kreis der personenzentriert-experienziellen Psychotherapien hinaus als therapeutische Schlüssel für jedwede therapeutisch helfende und entwicklungsfördernde Arbeit.

1. Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Zumeist wird Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen gleich welcher Grundorientierung von vielen Praktikern als in besonderer Weise faszinierend, berührend, ja auch zuweilen als beglückend erlebt. Ein Grund mag in der Nähe und Plastizität liegen, mit der während der Behandlung signifikante Entwicklungs- und Lernprozesse im Kind erlebbar sind. Therapeuten können unmittelbar teilnehmen am seelischen Wachstum und an der Befreiung der jungen Klienten von ihren Beeinträchtigungen. Diese im personenzentrierten Konzept als *Aktualisierungstendenz* bezeichneten Wachstumskräfte manifestieren sich in der Spielpsychotherapie in starken und eindrücklichen Spielinszenierungen und im intensiven Ausagieren der Beziehung zur Therapeutenperson. Zugleich stellt aber die Einbindung des Kindes oder Jugendlichen in sein soziales Umfeld, insbesondere seine Abhängigkeit von den primären Bezugspersonen, eine substantielle Komplizierung der Behandlung dar. „Man möge nicht das Kind, sondern die Eltern behandeln“, oder „Man arbeite nur mit der ganzen Familie“; solche oft aus Betroffenheit geborenen Ursachen- und Behandlungstheorien verweisen auf den meist notwendigen Einbezug von Eltern in das Behandlungssetting. Sie vernachlässigen jedoch, dass fast immer aufgrund der schon eingetretenen Störung – in personenzentrierter Terminologie „Inkongruenz“ (vgl. Kasten) – beim Kind oder Jugendlichen eine zusätzliche und gesonderte Therapie erforderlich ist.

Inkongruenz: das Störungskonzept des personenzentrierten Ansatzes

Wenn Hilfe bei einer Therapeutenperson gesucht wird, zeigt die junge Klientenperson fast immer deutliche, von den Bezugspersonen nicht mehr zu ertragene oder zutiefst besorgniserregende Symptome, die auf einer fehlenden Passung, auf einer Inkongruenz des organismischen Erlebens (Gefühle, Bedürfnisse, Motivationen) und des Selbstbildes beruhen (Rogers, 1959). Das Selbstbild des Kindes bildete sich dabei aus den dauerhaften subtilen Bewertungen der Gefühle und des Soseins des Kindes seitens der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern. Eltern können nicht auf alle Lebensäußerungen des Kindes in gleicher Weise reagieren, sie verstehen, bestätigen und wertschätzen manches besser als anderes. So formen sie auch ungewollt, wie sich das Kind selbst sieht. Zum Beispiel wertschätzen und bestätigen sie stets nur den „lieben, süßen, spielerischen“ Charakter des Kindes und irgendwann sieht das Kind sich selbst auch so. Nicht alles davon stimmt aber mit den Erfahrungen des kindlichen Organismus überein. Die organismischen Erfahrungen erfordern manchmal auf einer anderen Ebene und mit anderem Ergebnis etwas, das für die Person erhöhend und gut tuend ist. So erlebt die Person manchmal Inkongruenz: innere Spannung, Unzufriedenheit, Widersprüchlichkeit und unerklärliche Verhaltensimpulse. Zum Beispiel kann sie sich aggressive Impulsdurchbrüche oder vielleicht auch sadistisches Handeln gegenüber kleinen Tieren selbst nicht erklären und empfindet keine Aggressivität in sich.

In der Regel werden bei jungen Klienten Störungen der ICD-Kategorien F8 *Entwicklungsstörungen* oder F9 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* diagnostiziert (Dilling et al, 2004; Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Es ist zwar denkbar, auch die für Erwachsene vorgesehenen ICD Diagnosen insbe-

sondere bei Komorbidität zu stellen, dies geschieht aber meist nur als Supplement einer Hauptdiagnose unter F8 oder F9.

In der zweiten und dritten Gliederungsebene der ICD finden sich dabei unter F80 verschiedene Sprechstörungen, unter F81 Teilleistungsstörungen der schulischen Fertigkeiten Lesen, Schreiben und Rechnen, unter F83 motorische Störungen, unter F84 verschiedene tiefgreifende Entwicklungsstörungen.

F9 gliedert sich in F90 hyperkinetische Störungen, F91 Störungen des Sozialverhaltens, F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, F93 Angststörungen, F94 Mutismus und Bindungsstörungen, F95 Ticstörungen, sowie in F98 mit sonstigen unterschiedlichen Störungen, wie Ausscheidungsstörungen, abnorme Essgewohnheiten, Fütterungsstörungen und Sprechstörungen.

Die bekannten pubertäts- und adoleszenzspezifischen Essstörungen wie Anorexie und Bulimie werden allerdings unter der allgemeinen Kategorie F50 eingeordnet, gleichfalls unter die entsprechenden Kategorien für Erwachsene fallen affektive Störungen, Zwangsstörungen, somatische und sexuelle Störungen.

Schon auf der Ebene der Störungsbilder werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit zusätzlichen und anderen Phänomenen konfrontiert als Erwachsenenpsychotherapeuten. Dies erfordert ein zusätzliches und besonderes Störungswissen. Dieses findet sich in den aktuellen Lehrbüchern zur personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Weinberger, 2005; Goetze, 2002) sowie in einer Vielzahl von Zeitschriften- und Buchbeiträgen zum Umgang mit einzelnen Störungen aus personenzentrierter Sicht (Behr & Cornelius-White, 2008).

2. Grundlegende Beziehungskonzepte

Das klassische klientenzentrierte Kindertherapiekonzept von Virginia Axline (Axline, 1947; Tausch & Tausch, 1956) kann bis auf den heutigen Tag nicht ausdrücklich genug gewürdigt werden. Obwohl vor deutlich mehr als 60 Jahren erschienen, findet sich in Axlines Buch „non-direktive Spieltherapie“ trotz seines Alters nichts, was nicht auch heute für das Verständnis des Kindes, für seinen Entfaltungsspielraum und für das Beziehungsangebot des Erwachsenen erhellend wäre. Axlines Grundprinzipien, ihr Respekt vor dem Kind und vor dessen nicht manipuliertem Wachstum, faszinieren bis heute, sowohl vom Konzept als auch von der Ethik und der Haltung der erwachsenen Person her. Die von ihr gestaltete helfende Beziehung gewährt ein Höchstmaß an Entfaltungsspielraum. Das Kind zirkuliert im Spielzimmer, es spielt frei *sein* Spiel, und die Therapeutin bejaht, gibt Erlaubnis, kommentiert nicht wertend durch Paraphrasieren, Verbalisierung der Erlebnisinhalte, usw.

Die Trias der Kernbedingungen im personenzentrierten Konzept

Kongruenz (Echtsein, Aufrichtigkeit, Congruence, Realness, Authenticity)

Ich bin echt, verhalte mich dem Kind gegenüber so, wie ich eben bin und verstecke mich nicht hinter gekünstelten oder professionellen Haltungen. Ich bin weniger in einer Rolle, zum Beispiel als Therapeut oder Pädagoge, sondern als „Mensch“ präsent. Auf professionelle Masken oder „weiße Kittel“ verzichte ich. Nicht alles was

ich fühle zeige ich auch, aber was ich von mir zeige, ist echt und bin ich als Person.

Bedingungsfreie Wertschätzung (Akzeptanz, Unconditional Positive Regard, Acceptance, Non-Possessive Warmth, Respect)

Ich nehme das Kind zunächst einmal so an, wie es eben ist, mit allen seinen Stärken und Schwächen. Ich bin ihm zugewandt, bemühe mich, es als Person wertzuschätzen, ich bin freundlich, wohlwollend, ich sage „ja“ dazu, dass es da ist. Ich verzichte auf Bewertungen seiner Gefühle.

Empathie (Einfühlung, Empathy, Empathic Response, Responsiveness, Perspective-Taking, Taking the Frame of Reference, Slipping into the Shoes of the Other Person, Decoding Non-Verbal Signals, Sympathy)

Ich fühle mich in das Kind ein, versuche nachzuempfinden, was es gerade emotional erlebt, wie die Welt aus seiner Lage aussieht, was gerade im Moment eine gefühlsmäßige Bedeutung für das Kind hat, wie es mich erlebt und wie es sich selbst erlebt. Ich bejahe alle seine Gefühle ohne Bewertung, auch unterschwellige Gefühle versuche ich zu erspüren und zu verstehen und ich vermittele, dass sie da sein dürfen.

Axline erweist sich als eindeutige Rogers-Schülerin, dadurch dass sie, noch vor dem Erscheinen von Rogers Hauptwerken, sein Prinzip der *Nichtdirektivität* und seine 3 Kernbedingungen (vgl. Kasten oben) für eine helfende Beziehung auf die Spielsitzungssituation übertrug. Sie formulierte für die Kindertherapie 8 Grundprinzipien, die das personenzentrierte Vorgehen eins zu eins weiterführen (vgl. Kasten). Ihre Konzeptformulierungen und Konkretisierungen faszinieren Kindertherapeuten bis heute aufgrund der tiefen Entschiedenheit mit der sie die nicht manipulierte Entwicklung und den bedingungsfreien Respekt vor den positiven Wachstumskräften des Kindes zum Paradigma der therapeutischen Beziehung erhebt. Trotz der empirischen Fundierung des Ansatzes ersetzt hier, wie auch bei Rogers, eine ethische und philosophische Dimension ein rein mechanistisches Denken in der Therapie.

Die 8 Grund-Prinzipien der personenzentrierten Kindertherapie nach Axline (1947)

1. Der Therapeut muss eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt.
2. Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist.
3. Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so dass das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann.
4. Der Therapeut ist wachsam, um die Gefühle, die das Kind ausdrücken möchte, zu erkennen und reflektiert sie auf eine Weise auf das Kind zurück, dass es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt.
5. Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein Verhalten zu treffen. Der Entschluss zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheiten des Kindes.
6. Der Therapeut versucht nicht Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beein-

- flussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm.
7. Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muss, und der Therapeut weiß das.
 8. Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klarzumachen.

2.1 Das klassische Konzept: die Facilitatorbeziehung

Bei vielen Therapeuten, die Axlines Werke und Fallstudien (1964) lesen, entsteht das Bild einer Therapeutin, die das selbstgesteuerte Spiel des Kindes äußerst einfühlsam begleitet, dabei auf einem Stuhl sitzend alles mitstenographiert und nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kindes mitspielt. Die Therapeutin ist zugleich intensiv und unmerklich präsent, sie schwingt mit, unterstützt und begleitet das Kind emotional, quasi wie ein *Facilitator* – während das Kind im Spielzimmer zirkuliert, seine Themen inszeniert, frei ausspielt und darin immer tief verstanden und wertgeschätzt wird. Wir nennen diese Art der Beziehung hier *Facilitatorbeziehung*. Der Begriff *facilitieren* (to facilitate/facilitator) ist eine Wortkreation von Rogers, die die Tätigkeit der Helferperson vom Belehren, Hinführen, Fürsorglichsein abgrenzen soll und ein bedingungs- und manipulationsfreies Erleichtern, Ermöglichen und Unterstützen betont. Für das Kind vollzieht sich im Verlauf solcher Spielprozesse das, was wir bei Erwachsenen *Selbstexploration* und *Symbolisierung* nennen (vgl. Kasten).

Ein Beispiel für das deutungsfreie empathisch mitschwingende Vorgehen der Therapeutenperson: Vera hat eine große Puppenstube eingerichtet. Mannpuppe und Mädchenpuppe sind im Bad. Vera steckt den Mann mit dem Kopf ins Klo und kreischt vor Vergnügen. Die Therapeutenperson sagt: „Jetzt ist der Kopf im Klo. Das macht riesig Spaß.“

Selbstexploration und Symbolisierung im Therapieprozess

Im Prozess der Selbstexploration bemüht sich die Person aktiv, Anmutungen, Gedanken und Erleben miteinander in Beziehung zu setzen. Sie werden zu Gefühlen, zu Bildern, zu einer Selbsterfahrung, also zu etwas, das die Person als einen Teil ihres Selbst, als sie selbst jetzt klar erfahren kann. Der Moment des „Erfahrbarwerdens“ wird in der personzentrierten Theorie Symbolisierung genannt. Bei Erwachsenen vollzieht er sich meist sprachlich: Die Person findet eine Formulierung, ein sprachliches Bild, ein Gefühlswort, das jetzt klar und überraschend eine zuvor diffuse Idee, Körpersensationen, Erregungen usw. bezeichnet: „Ja, genau, Ekel ist das Gefühl, das ich dann immer habe ...“ Wie aber symbolisieren Kinder? Auch hier nehmen unklare, fetzenhafte mentale Elemente, wie Anmutungen, Handlungsimpulse und Gedankenblitze Gestalt an. Sie werden zu einer konturierten Erfahrung, die aber im Spiel stattfindet. Es könnte zum Beispiel ein Bild, eine Spielszene, eine Handlungsabfolge oder eine Rolle sein. Das Kind nimmt solche Erfahrungen aus der Spielstunde mit, erinnert sich an sie, sie werden zu einem Symbol dafür, wie es sich in seiner Umwelt erlebt.

Solche Symbolisierungen werden schließlich als dem Selbst zugehörig erlebt. Der eindeutige Teil des Selbst wird so größer; dies wird Kongruenz genannt: die Erfahrungen und das Selbstbild stimmen besser überein.

Gegenwärtiger Hauptvertreter dieser klassischen personenzentrierten Psychotherapieauffassung ist der Texaner Gary Landreth, der in seinen Büchern auf dem Boden der Axline'schen Ideen das Therapiekonzept minutiös weiterentwickelte und beschreibt (Landreth, 2001, 2002). Als deutscher Hauptvertreter galt lange Zeit Stefan Schmidtchen (1974a, b; 1976a, b; 1984; 1989; 1991; Schmidtchen & Baumgärtel, 1980). Sein Verdienst besteht u.a. in einer extensiven empirischen Forschungstätigkeit, mit der er in bester personenzentrierter Tradition auch die Kindertherapie in den sehr kleinen Kreis jener Psychotherapiemethoden verankerte, die auf seriöser Psychotherapieforschung gründen. Als Preis hierfür zeigt sich bei ihm neben der klassischen Orientierung nach Axline auch eine behaviorale Orientierung. Einerseits gelangen Schmidtchen und seinen Mitarbeitern vielfältige und sehr hilfreiche Differenzierungen und Operationalisierungen von Therapeuten- und Klientenvariablen und von differenziellen methodischen Vorgehensweisen. Andererseits leidet hierbei, wie bei jeder behavioralen Sichtweise, der Einbezug und das therapeutische Nutzbarmachen der Hier-und-Jetzt-Beziehung. Neben einer Fülle von Material finden sich aber am ehesten Hinweise darauf im Buch von 1989 (S. 126-133); ähnlich Axline sieht Schmidtchen die Therapeutenperson nur als sehr zurückhaltend mitspielend, etwa während 30% der Zeit (1991, S. 114). Zu den klassischen Vertretern kann man sicherlich noch Clark Moustakas (1953; 1959; 1997) zählen sowie im deutschen Sprachraum Franz Kemper (1997) und Beate Ehlers (1981).

Die klassischen Konzepte gründen auf der oben skizzierten Grundvorstellung, wonach sich Kongruenz in der Person zunehmend durch unbedingtes Akzeptieren durch die Bezugsperson herstellt, in dem das Hier und Jetzt der Beziehungsdynamik aber eher nicht fokussiert wird: Die Facilitatorbeziehung ist sicherlich grundlegend für den Therapieprozess und die Entwicklung der Person – und doch gleichsam als Thema nicht unbedingt explizit präsent.

2.2 Die interaktionelle Beziehung: Interaktionsresonanz

Dagegen wird der „Hier und Jetzt“ Aspekt der Beziehung zwischen Therapeuten- und Klientenperson (Rogers, 1970; Carkhuff, 1969) in den klassischen Konzepten der Facilitatorbeziehung eher weniger betrachtet. Neben der Facilitatorbeziehung kann aber ein aktiver, auf die momentane Interaktion von Therapeuten- und Klientenperson bezogener Umgang mit der Beziehung hilfreich sein. Die Therapeutenperson ist darin als reale Person präsent, spielt gemeinsam mit dem Kind und handelt zum Beispiel auch ihre Interessen aus. Dies kann sehr sinnvoll sein, weil das Kind in der spieltherapeutischen Sitzung oft bekannte Beziehungsmuster reproduziert und ebenso neue entwickelt. Dafür nutzt es die unterschiedlichen Spielmedien, sein Spiel ist dabei signifikanter als der Gebrauch der Sprache. Die Therapeutenperson spielt nun mit. In der Interaktion nutzt sie die Spielmedien, die das Kind wählt, und bietet so über ihr Verhalten verbale und nonverbale Resonanz. Indem sie dies tut, ist sie auf

verbaler Ebene empathisch, geht auf das Kind ein und stellt sich auf die Gefühle des Kindes ein. Auf der Handlungs- und Spielebene greift die Therapeutenperson das auf, was das Kind tut. Dabei muss die Therapeutenperson trotz ihrer Aktivität versuchen, nicht vor das Kind zu geraten (Martin, 2000); dies würde das Nichtdirektivitätsprinzip verletzen und die Autonomie und Selbststeuerung des Kindes behindern. Auch sollte der Therapeut nicht zu weit hinter dem Kind zurück bleiben, da dies für das Kind langweilig werden und die Unmittelbarkeit und Präsenz des Therapeuten verringern könnte. Finke (1999) erläuterte einen ähnlichen Ansatz in der personenzentrierten Beziehung mit Erwachsenen unter der Bezeichnung „Alter-ego-Beziehung“ und „interaktiver Beziehungsansatz“.

Für diese Form der Beziehung, schlägt Behr (2003; 2007) die Bezeichnung „Interaktionsresonanz“ vor. Vor allem bedeutet dies eine Modifikation der personenzentrierten Kernbedingung *Empathie*. Interaktionsresonanz hat jedoch auch viel mit *Echtheit* des Therapeuten zu tun. Als Reaktion auf das, was das Kind tut, handelt die Therapeutenperson mit eigenen Spielhandlungen und Achtsamkeit für die Beziehung. Sie offenbart sich als Person, die präsent ist und sich persönlich in die Beziehung einbringt. Das Konzept der Interaktionsresonanz wird in diesem Buch ausführlicher in Kapitel 3 dargestellt.

3. Konzepte und Methoden in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern

Neben den beiden beschriebenen Grundmöglichkeiten der Gestaltung und Nutzarmachung der therapeutischen Beziehung lassen sich drei weitere Entwicklungsbereiche des personenzentrierten Ansatzes in der Kinder- und Jugendlichentherapie unterscheiden:

- Die Spezialisierung der personenzentrierten Methoden für verschiedenartige Klientengruppen.
- Die Kombination personenzentriert-experienziellen Herangehens mit anderen therapeutischen Methoden und Ansätzen.
- Die verschiedenen personenzentrierten Ansätze der Arbeit mit Eltern und Familien.

3.1 Die Spezialisierung der personenzentrierten Methoden für verschiedenartige Klientengruppen

Für störungsspezifische Arbeit und für verschiedene Klienten- und Altersgruppen wurden eine Vielzahl von Handlungskonzepten entwickelt. Einen umfassenden Überblick darüber gibt die systematische Bibliographie in Kapitel 17 dieses Buches. Als Oberkategorien könnte man an dieser Stelle zunächst die Spieltherapie mit Kindern, die Jugendlichentherapie und die Gruppentherapie unterscheiden:

3.1.1 Kinder und Spieltherapie

Die entscheidenden Selbst- und Interaktionserfahrungen finden auf der Handlungsebene, insbesondere im Spiel statt. So zeigten Schmidtchen, Wörmann und Hobrucker (1977), dass 10 bis 13-jährige Kinder während 43 von 45 Minuten Therapiezeit spielen, jedoch nur 9½ Minuten reden. Kinder inszenieren im Spiel was sie innerlich beschäftigt; indem sie spielen, bearbeiten sie ein Problem, eine Bedrohung, einen Aspekt ihres Selbst, eine Beziehungserfahrung, einen Wunsch oder eine Emotion.

Ein Beispiel für das Spiel als Medium des Kindes

Ein Erwachsener redet vor einem bedrohlichen Krankenhausaufenthalt immer wieder mit Nahestehenden über seine Gefühle und Überlegungen. Ein Kind würde in dieser Situation zum Beispiel mit den Playmobilfiguren immer wieder Krankenhaus, und wie dabei operiert, verbunden und gepflegt wird, spielen.

Spielspsychotherapeuten aller Orientierungen erleben es immer wieder als evident, dass die entscheidenden seelischen Klärungen und Wachstumsschübe des Kindes aus Spielprozessen heraus entstehen sowie aus den Interaktionserfahrungen, die das Kind darin mit der Therapeutenperson macht (Weinberger, 2004). Für die Arbeit mit Kindern wurde so das Medium Spiel und die vielfältigen Möglichkeiten seines therapeutischen Einsatzes immer differenzierter und bereichernder beschrieben. Im Wesentlichen vollzog sich dies über die Konzeptualisierungen und Lehrbücher von Autoren wie Moustakas (1959), West (1996), Landreth (2001; 2002), Goetze (2002), Norton und Norton (2002), Weinberger (2005) sowie Wilson und Ryan (2006). Vor allem im anglo-amerikanischen Raum gibt es daneben noch diverse Publikationen, die eklektische Methodensammlungen anbieten, zum Beispiel Geldard und Geldard (2002; 2006).

3.1.2 Psychotherapie mit Jugendlichen

Entsprechend den Präferenzen der jeweiligen jugendlichen Klienten bietet die Therapeutenperson eine Mischung aus Spiel- und Gesprächspsychotherapie an. Eine häufige Konstellation ist die, dass ein Regelspiel oder Sportspiel wie Kicker, Tischtennis oder Billard gespielt wird, und dass zugleich quasi beiläufig im Gespräch sehr wichtige Themen bearbeitet werden. Obwohl die Therapeutenperson sich dabei des Interventionsrepertoires der Gesprächspsychotherapie bedient, ist der Prozess aber nur begrenzt vergleichbar.

Axlines originaler Ansatz hat Jugendliche nicht ausgeschlossen – sie aber auch nicht explizit eingeschlossen. Mittlerweile entstand eine ganze Reihe von neueren Konzepten für die Arbeit mit Jugendlichen (z. B. Sywulak, 1984; Monden-Engelhardt, 1997; Schmidtchen, 2003; Gallo-Lopez & Schaefer, 2005; Fehringer, 2006; Holzer, 2006; Weinberger, 2008) – eine faszinierende Entwicklung, da die Arbeit mit Jugendlichen sehr spezieller Methodik bedarf.

3.1.3 Gruppenpsychotherapie

Axlines Ansatz wurde ergänzt durch eine Reihe von Ansätzen für die personenzentrierte Arbeit mit Kinder- oder Jugendgruppen Ginott (1961), Ehlers (1981), Jenny, Goetschel, Käppler, Samson und Steinhausen (2006), Landreth und Bratton (2005), Landreth und Sweeney (2001).

3.2 Die Kombination personenzentriert-experienziellen Herangehens mit anderen therapeutischen Methoden und Ansätzen

Die Integration zusätzlicher Ansätze oder Methoden löst oft Kontroversen unter den personenzentrierten Therapeuten aus, ob dies wirklich nötig sei. Die orthodoxe Position vertritt, dass der selbstexplorative Prozess in jedem Fall stattfinden wird, wenn die Kernbedingungen (Rogers, 1957) gegeben sind, die Therapeutenperson also eine hinreichend gute personenzentrierte Beziehung anbietet. Jede Art der Direktivität verletze das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz. Die integrative Position vertritt, dass bestimmte lenkende Vorgehensweisen wertvolle Entwicklungsschritte einleiten können, ohne das Paradigma der selbstgesteuerten Veränderung grundlegend zu verletzen. Die Therapeutenperson bewegt sich deutlich auf personenzentriertem Boden und wendet dabei sehr bewusst und sparsam prozess-aktivierende Interventionen an, mit profunder Fachkompetenz für den Ausgangspunkt von Veränderungsprozessen. Eine Schlüsselfrage lautet dabei, ob die personenzentrierte Psychotherapie ihre Identität beibehält, wenn Interventionen eingebracht werden, die auf anderen Paradigmen beruhen.

3.2.1 Systemische Familientherapie und parallel individuelle personenzentrierte Therapie

Obwohl Konzepte für die Arbeit mit Familien innerhalb des personenzentrierten Therapieansatzes entwickelt wurden (siehe unten), scheint es Therapeuten zu faszinieren, mit Familien nach systemischen Gesichtspunkten zu arbeiten und gleichzeitig eine personenzentrierte Spieltherapie durchzuführen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass beide Paradigmen auf einer konstruktivistischen, nicht linearen Position fußen (Cornelius-White & Harbaugh, 2008; Cornelius-White & Kriz, 2008). Beide Ansätze sehen die Optimierung von Kommunikationsprozessen als den entscheidenden Faktor, mit dem Entwicklung und mentale Gesundheit gefördert werden können. Viele systemische Interventionstechniken sind kreativ und angemessen, wenn es um Erfahrungsprozesse, um interpersonale Beziehungen und Problemlösungen geht.

3.2.2 Integration kognitiv-behavioraler Interventionen

Kognitiv-behaviorale Interventionen versprechen einen präzisen und schnellen Zugang zur Symptomreduktion. Dies ist manchmal hilfreich – wobei die personenzentrierte Therapie gleichzeitig auf psychostruktureller Ebene wirkt. Beispielsweise sollten in einem Fall von Schulangst, wenn ein junger Klient den Besuch der Schule verweigert unmittelbar Maßnahmen etwa mit behavioristischen Techniken der De-