



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Die Bedeutung der verbalen Resonanz der
Therapeutenperson im Therapieprozess der
personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern“

Verfasserin:

Daniela Pranter

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ. Prof. Dr. phil. Robert Hutterer

Danksagung

Ich möchte mich zu allererst bei Herrn Ao. Univ. Prof. Dr. phil. Robert Hutterer für die fachliche Betreuung im Zuge dieser Diplomarbeit bedanken. Des Weiteren bin ich Hrn. Prof. Dr. phil. Robert Hutterer zu Dank verpflichtet, da ich durch ihn den personenzentrierten Ansatz kennen und schätzen lernen durfte.

An dieser Stelle möchte ich ebenfalls Herrn Prof. Dr. Michael Behr danken, da auch dieser mir bei der Entstehung dieser Diplomarbeit unterstützend zur Seite stand und in mir die Begeisterung für die Arbeit mit Kindern und ihren Bezugspersonen nach dem personenzentrierten Konzept geweckt hat.

Ein besonderer Dank gilt auch meinen Freunden, welche mir bei dem Entstehungs- und Schreibprozess dieser Arbeit stets mit einem offenen Ohr, viel Motivation, Geduld, sowie auch mit Rat und Tat zur Seite standen. Spezieller Dank gilt an dieser Stelle Johanna Schachner, Karin Moser und meinem Bruder Peter-Philipp.

Last but not least möchte ich auch meiner Familie, nicht für die Unterstützung während meiner Tätigkeit an dieser Arbeit, sondern besonders für ihre Unterstützung während meines gesamten bisherigen Lebens, danken.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und keine anderen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe, als die angegebenen.

Des Weiteren versichere ich, dass ich diese Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein.

Ort und Datum

Unterschrift

Daniela Pranter

Anmerkung:

In Bezug auf die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit zugunsten einer besseren Lesbarkeit auf die Ausweisung beider Geschlechter verzichtet wird. Die, bei allen personbezogenen Bezeichnungen, gewählte Form gilt für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Erhebung des Forschungsstandes	9
1.2 Problem- und Fragestellung	10
1.3 Methodisches Vorgehen	12
1.4 Aufbau und Gliederung	15
2. Therapeutische Resonanz in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern	17
2.1 Dem Kind spielend begegnen	18
2.1.1 Das Spiel – die Sprache des Kindes	18
2.1.2 Die Funktionen des Kinderspiels	19
2.1.3 Das symbolische Spiel	20
2.1.4 Der therapeutische Wert des Kinderspiels	21
2.2 Grundlagen der therapeutischen Resonanz	23
2.2.1 Die Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes	23
2.2.1.1 Die Aktualisierungstendenz	24
2.2.1.2 Das Selbst	24
2.2.1.3 Das Bedürfnis nach positiver Wertschätzung	25
2.2.1.4 Die Selbstaktualisierungstendenz	25
2.2.1.5 Introjizierte Bewertungen	25
2.2.1.6 Die Inkongruenz	26
2.2.1.7 Die Kongruenz	26
2.2.2 Die acht Grundprinzipien therapeutischen Handelns in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern	28
2.2.2.1 Die Gestaltung der Beziehung	28
2.2.2.2 Die vollständige Annahme des Kindes	28
2.2.2.3 Das Herstellen eines Klimas des Gewährenlassens	29
2.2.2.4 Das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen	30
2.2.2.5 Die Achtung vor dem Kind	30
2.2.2.6 Das Kind weist den Weg	30
2.2.2.7 Die Therapie kann nicht beschleunigt werden	31
2.2.2.8 Der Wert der Begrenzungen	31
2.2.3 Die Beziehung als tragendes Element	32
2.2.3.1 Die Echtheit der Therapeutenperson	33
2.2.3.2 Die unbedingt positive Wertschätzung und Akzeptanz des Kindes	34

2.2.3.3 Das einführende Verstehen.....	35
2.3 Die Interaktionsresonanz	36
2.3.1 Grundlagen der Interaktionsresonanz	37
2.3.2 Prinzipien der Interaktionsresonanz.....	38
2.4 Der Therapieprozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern	39
2.4.1 Anfangsphase	40
2.4.2 Mittelphase.....	41
2.4.3 Endphase	43
3. Die historische Entwicklung der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in der personzentrierten Psychotherapie mit Kinder	45
<hr/>	
3.1 Die Bedeutung der verbalen Resonanz in den Anfängen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern	45
3.2 Erste Studien zum therapeutischen Handeln in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern	47
3.3 Verbale Resonanz in der gegenwärtigen Forschung der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern	48
4. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Phänomen in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern	51
<hr/>	
4.1 Die Struktur der verbalen Resonanz der Therapeutenperson.....	52
4.1.1 Nicht-Direktivität als Prinzip	52
4.1.2 Art und Komplexität der Formulierungen.....	55
4.1.3 Adressaten der verbalen Resonanz.....	57
4.1.4 Tonlage, Mimik und Gestik.....	58
4.1.5 Frequenz.....	59
4.2 Formen verbaler Resonanz	61
4.2.1 Verbales Mitschwingen	61
4.2.2 Empathisch verbale Resonanz	64
4.2.2.1 Effektivität empathisch verbaler Resonanz.....	67
4.2.2.1 Detaillierte Ausdifferenzierung empathisch verbaler Resonanz.....	70
4.2.3 Verbale Resonanz in Bezug auf Fragen	73
4.2.3.1 Fragen des Kindes.....	74
4.2.3.2 Fragen der Therapeutenperson.....	77
4.2.4 Verbale Resonanz hinsichtlich Begrenzungen	78
4.2.4.1 Umsetzung des Begrenzungsprinzips mittels verbaler Resonanz.....	83

4.3 Verbale Resonanz während des Therapieprozesses	87
4.3.1 Verbale Resonanz in der Anfangsphase des Therapieprozesses	87
4.3.1.1 Die erste Verbalisierungsstufe: Reflexion in Form von Beschreibungen von Abläufen und Handlungen.....	88
4.3.1.2 Die zweite Verbalisierungsstufe: Verbalisierungen von Emotionen, die direkt vom Kind ausgedrückt werden.....	88
4.3.1.3 Die dritte Verbalisierungsstufe: Verbalisierungen von Emotionen, die indirekt im kindlichen Spiel zum Ausdruck kommen	89
4.3.2 Verbale Resonanz in der Mittelphase des Therapieprozesses	90
4.3.2.1 Die vierte Verbalisierungsstufe: Reflexion von Verhaltenspatterns.....	90
4.3.2.2 Die fünfte Verbalisierungsstufe: Reflexionen von Verhaltenspatterns in Verbindung mit Affekten	91
4.3.3 Verbale Resonanz in der Endphase des therapeutischen Prozesses	91
4.3.3.1 Die sechste Verbalisierungsstufe: Verbalisierungen von wiederkehrenden Metaphern und deren Realbedeutungen	92
 5. Conclusio	 94

Literaturverzeichnis	99
-----------------------------------	-----------

Anhang:

Zusammenfassung

Abstract

Curriculum Vitae

1. Einleitung

Die alltägliche Kommunikation zwischen Erwachsenen und Kindern ist in der Regel geprägt durch das Spenden von tröstenden Worten, Ratschlägen, Anweisungen, Fragen, Direktiven, Zurechtweisungen, Bestrafungen, Ermahnungen oder Kommentaren in Bezug auf das kindliche Verhalten. Auch die Kommunikation zwischen Pädagogen und Pädagoginnen ist zumeist charakterisiert durch direkte Äußerungen in Bezug auf das kindliche Verhalten. Es hat den Anschein als würde es Erwachsenen im alltäglichen Umgang mit Kindern oft schwer fallen Verständnis und Akzeptanz für die kindlichen Verhaltensweisen, sowie der kindlichen Persönlichkeit aufzubringen und diese einfühlsam und auf sensible Weise zum Ausdruck zu bringen. (Goetze 2002, Landreth 2002)

Eine direkte Kommunikation mit Kindern ist nach Rogers (2002 [1951]) nicht förderlich für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Im personzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers (2002 [1951]) liegt das Augenmerk auf einer warmen, akzeptierenden und einführenden Kommunikation mit der Klientenperson. Die personzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers (2002) [1951]) stellt eine Gesprächspsychotherapie dar, in der das Gespräch das Medium der Kommunikation ist. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson verhilft der Klientenperson dazu sich selbst besser kennen und zugleich akzeptieren zu lernen. Dadurch wird unter anderem der Prozess zu einer psychisch gesunden Persönlichkeit angeregt. (Rogers 2005 [1951]) In der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern ist das Spiel das vorrangige Medium der Kommunikation, da das Spiel als die Sprache des Kindes fungiert. Das kindliche Spiel ist von zentraler Bedeutung für die gesamte kindliche Entwicklung und stellt den Mittelpunkt der kindlichen Erlebens- und Erfahrungswelt dar. Weil das Kind im Spiel seine Erfahrungen und Erlebnisse frei zum Ausdruck bringen kann, begegnet die Therapeutenperson dem Kind vorrangig auf der Ebene des Spiels. (Goetze 2002) Dem Spiel kommt somit zweifelsfrei eine zentrale Bedeutung im Therapieprozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern zu.

Die Therapeutenperson begegnet dem Kind jedoch nicht nur spielerisch sondern auch verbal. Schmidtchen (1978) kam in einer Studie über das Handeln in der personzentrierten Kinderpsychotherapie zu dem Schluss, dass das Kind zwei Drittel der Therapiezeit seiner Handlungen auf der Spielebene agiert, die Therapeutenperson jedoch nur zu einem Drittel dieser Zeit auf der Spielebene reagiert. In weiterer Folge untersuchte Schmidtchen (1978) in dieser Studie welches Therapeutenverhalten besonders positiven Einfluss auf einen erfolgreichen Therapieverlauf habe und belegt, dass die „Reflexion von Wahrnehmungs- und Aktionsprozessen“ (S. 212), die „Reflexion von Gefühls- und Bewertungsprozessen“ (S. 212) und die „Reflexion von Denk-, Zielsetzungs- und Wissensprozessen“ (S. 212) bedeutend für einen positiven Behandlungserfolg sind. (Schmidtchen 1978) Der verbalen Resonanz der Therapeutenperson kommt somit eine nicht außer Acht zu lassende Bedeutung bezüglich des Therapieerfolgs zu.

1.1 Erhebung des Forschungsstandes

Virginia Axline (2002 [1947]), welche den personenzentrierten Ansatz erstmals auf die Arbeit mit Kindern umlegte, beschreibt acht Grundprinzipien für die therapeutische Arbeit mit Kindern. Eines davon wird als „das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen“ (S. 96) formuliert und trägt das Ziel in sich, dem Kind Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln. Axline (2002 [1947]) betonte damit sehr früh die Bedeutung von verbaler Resonanz durch die Therapeutenperson. Tausch und Tausch (1956) beschreiben das Prinzip des Erkennens und Reflektierens von Gefühlen als „das entscheidendste Verhaltensprinzip“ (S. 93) der Therapeutenperson. Bei Goetze und Jaede (1974) wird das Prinzip des Erkennens und Reflektierens von Gefühlen als „eine der wichtigsten Verhaltensvariablen“ (S. 53) bezeichnet.

Nachdem sich in den 1980er Jahren das Interesse personenzentrierter Autoren von diesem Thema abwandte (Hensel 2002), beschrieben Norton und Norton (1997) die therapeutische Resonanz als eine Art Konzept in dem das Geben von verbaler Resonanz erstmals als solches deklariert wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde die Auseinandersetzung in Bezug auf die verbalen Reaktionen der Therapeutenperson auf das Reflektieren von Gefühlen begrenzt. Norton und Norton (1997) konstatierten die verbale Resonanz der Therapeutenperson in ihrem Vorkommen und belegten, dass von 39 verschiedenen Arten der therapeutischen Resonanz 13 Arten auf verbaler Ebene stattfinden. Daraus resultierend kann festgehalten werden, dass Rund ein Drittel der therapeutischen Resonanz aus verbaler Resonanz besteht. Norton und Norton (1997) hielten fest, dass sich die Art der verbalen Resonanz der Therapeutenperson im Verlauf des Therapieprozesses verändern kann. Goetze (2002) greift die Beschreibung von Norton und Norton (1997) zur verbalen Resonanz der Therapeutenperson auf, beschreibt diese jedoch als Reflexionen von Seiten der Therapeutenperson auf die Aktivitäten des Kindes und das vom Kind innerhalb des Therapiezimmers zum Ausdruck gebrachte.

Das verbale Reflektieren der inneren Prozesse und Handlungen des Kindes, stellt somit schon seit den Anfängen der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern eine zentrale therapeutische Intervention dar. Durch das Reflektieren der Handlungen, insbesondere aber der Gefühle des Kindes, lernt das Kind sich selbst besser kennen und akzeptieren. (Hensel 2002) „Die Inkongruenz zwischen der Erfahrung und dem Selbstkonzept des Kindes verringert sich und der Prozeß [sic!] hin zu einer psychisch gesunden [...] Persönlichkeit wird angeregt“ (Hensel 2002, S. 286).

Obwohl Axlines Grundprinzipien auch heute noch als die Interventionsprinzipien der personenzentrierten Spieltherapie gelten, wurde der Ansatz „mit Aufkommen eines interaktionellen Verständnisses der personenzentrierten Therapie“ (Behr 2007, S. 156) zu einem interaktionellem Vorgehen in dem die Therapeutenperson mehr mit dem Kind mitspielt, weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung prägte Behr (2002) mit dem Konzept der Interaktionsresonanz. Behr (2002) beschreibt mit der Interaktionsresonanz ein interaktives Beziehungsangebot, in welchem die Therapeutenper-

son Resonanz durch ihr Handeln im vom Kind gewählten Medium gibt und ergänzt dadurch das therapeutische Beziehungsangebot um eine non-verbale Ebene. Behr (2009) betont jedoch trotz der interaktionellen Weiterentwicklung des Beziehungsangebotes die Bedeutung der verbalen Reflexion durch die Therapeutenperson und hält fest, dass es - parallel zu den interaktionellen Handlungen im Spielgeschehen - die Aufgabe der Therapeutenperson sei, sich auf verbaler Ebene empathisch und feinfühlig auf die Affekte des Kindes einzustimmen und diese zuweilen zu spiegeln und zu reflektieren. Behr (2002) weist der Sprache eine spezifische Funktion im Therapiegeschehen zu und hält fest, dass die Symbolisierung der Erfahrungen, welche nur unzureichend im Selbstbild des Kindes integriert sind, sowohl über die Interaktionsresonanz als auch über die sprachliche Resonanz zu erfolgen habe.

Pelinka (2000) stimmt in diesem Punkt nicht mit Behr (2002) überein und hält fest, dass die verbale Resonanz in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern für den Therapieprozess nicht überbewertet werden sollte, da bei Kindern die verbale Symbolisierung nicht in solchem Maße wie bei Erwachsenen stattfindet und der Zugang zu organismischen Erfahrungen ein weitaus direkterer sei. Die Vermittlung von empathischem Einfühlen durch Verbalisierungen sei zwar gängig, jedoch bestünden viele andere Möglichkeiten auf die zurückgegriffen werden könnte, welche durch ein Überbewerten des sprachlichen Interagierens nicht zu beschneiden seien. (Pelinka 2000)

Betrachtet man aktuelle Studien zur Wirksamkeit von personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern (Beelmann&Schneider 2003; Bratton et al. 2005, Fröhlich-Gildhoff et al. 2003, Hölldampf&Behr 2009, 2010; Ray&Bratton 2010, Schmidtchen 2002), so kommt der verbalen Resonanz der Therapeutenperson keinerlei größere Bedeutung in Bezug auf die Effektivität des Therapieprozesses zu.

Vor dem hier festgehaltenen Forschungsstand, werden im nächsten Unterkapitel die Problemstellung und das genaue Forschungsinteresse dieser Arbeit expliziert.

1.2 Problem- und Fragestellung

Folgt man dem Ausgangspunkt von Schmidtchens (1982) „Analyse der Therapeut-Klient-Kommunikation in der Spieltherapie“ (S. 48) und geht davon aus, dass die Therapeuten- und die Klientenperson „ein zwischenmenschliches System bilden, in dem jedes Verhalten des einen zugleich Reaktion auf das Verhalten des anderen ist und Einfluß [sic!] auf dessen weiteres Verhalten hat“ (Schmidtchen 1982, S. 48), so liegt der Schluss nahe, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson in der Interaktion mit dem Kind von Bedeutung für dessen Verhalten und somit in weiterer Folge auch von Bedeutung für den therapeutischen Prozess innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern sein muss.

Bezogen auf diese Erkenntnisse hat sich folgende Forschungsfrage entwickelt:

Welche Bedeutung hat die verbale Resonanz der Therapeutenperson auf den therapeutischen Pro-

zess in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern?

In der Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird verbale Resonanz zumeist als Reflektieren oder Spiegeln von Gefühlen begriffen und gefasst. Während eines Therapieprozesses begegnet die Therapeutenperson dem Kind jedoch auch außerhalb des Reflektierens von Gefühlen auf verbaler Ebene. Darum wird in dieser Arbeit verbale Resonanz als ein Phänomen gefasst und beschrieben, welches über das Reflektieren von Gefühlen hinausgeht und alle verbalen Antworten der Therapeutenperson auf das Handeln des Kindes innerhalb des therapeutischen Prozesses umfasst.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können ist es notwendig zuvor folgende Subfragen zu beantworten:

In wie fern kommt die verbale Resonanz der Therapeutenperson innerhalb der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern vor?

Welche Qualitäten muss das Phänomen verbale Resonanz aufweisen um eine förderliche Wirkung für den Therapieprozess zu haben?

Welche Strukturen weist das Phänomen verbale Resonanz innerhalb der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern auf?

Hat das Phänomen verbale Resonanz auch aus aktueller Sicht eine Bedeutung für den Therapieprozess in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern?

Daraus konnte folgende Hypothese abgeleitet werden:

Auch wenn das interaktionelle Vorgehen in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern in den Vordergrund gerückt ist, so stellt die verbale Resonanz der Therapeutenperson dennoch einen Wirkfaktor für den therapeutischen Prozess in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern dar.

An dieser Stelle ist noch festzuhalten, dass sich die Forschung zu diesem Thema auf die personzentrierte Therapiearbeit mit Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren beschränkt und die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wird, da sich Kinder und Jugendliche in ihrem Entwicklungsstand in Bezug auf sprachliche Selbstexploration gravierend unterscheiden. Bei Jugendlichen erfolgt ein Großteil der Selbstexploration bereits über das Medium Sprache, während bei Kindern das Medium zur Kommunikation in erster Linie das Spiel darstellt. In dieser Arbeit soll herausgearbeitet werden welche Bedeutung die sprachliche Resonanz der Therapeutenperson bei Kindern hat, die ihre Gedanken, Erfahrungen, Einstellungen, Erlebnisse, Gefühle usw. über das kindliche Spiel mitteilen.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt mittels Literaturstudie. Hierzu wurden primär Werke herangezogen, die sich mit dem Geben von therapeutischer Resonanz oder dem Handeln der Therapeutenperson in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern befassen. Diese wurden in Bezug auf Aussagen, welche die verbale Resonanz der Therapeutenperson betreffen, untersucht. Zur Darstellung von verbaler Resonanz als Phänomen wird auf die Hermeneutik und die Phänomenologie zurückgegriffen, da mittels der Phänomenologie das Phänomen der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in ihrem Wesen erfasst und mit Hilfe der Hermeneutik die verbale Resonanz in ihrer Bedeutung verstanden werden kann.

Die Aufgabe der Phänomenologie ist „die wissenschaftliche Untersuchung komplexer Gegebenheiten, also von Phänomenen der Lebenswelt in bezug [sic!] auf das, was ihnen in ihren vielfältigen Erscheinungsformen zugrunde liegt“ (Kron 1999, S. 190). Die oberste Maxime der Phänomenologie ist „Zu den Sachen selbst!“ (Danner 2006, S. 132), was bedeutet, dass nicht das Wissen über eine Sache, sondern die Sache selbst zum Vorschein kommen soll. Als Begründer der Phänomenologie als Denktradition und Forschungsmethode gilt Edmund Husserl. (Danner 2006; Kron 1999) Danner (2006) beschreibt in Anlehnung an Husserl drei methodische Schritte der pädagogischen Phänomenologie: Im ersten Schritt soll eine „Enthaltung von einer theoretischen Einstellung, d.h. von wissenschaftlichen, interessebedingten, subjektiven Vorgegebenheiten geübt werden, die den Blick auf ‚die Sache selbst‘ verstellen“ (Danner 2006, S. 165). Da eine absolute Vorurteilslosigkeit nicht erreicht werden kann, gilt es zu einer möglichst vorurteilsfreien Einstellung zu gelangen, „in der man sich dem Phänomen zuwendet“ (Danner 2006, S. 169). Im zweiten Schritt vollzieht sich diese vorurteilsfreie Zuwendung in Form einer Deskription des Phänomens. Das Ziel dieser Beschreibung besteht in der Wesenserfassung des Phänomens. Diese stellt den dritten Schritt des methodischen Vorgehens dar und zielt darauf ab „alles Zufällige auszuschneiden“ (Danner 2006, S. 174) und den untersuchten Gegenstand von möglichst vielen Seiten her zu betrachten und unter verschiedenen Aspekten zu beschreiben. Je besser es gelingt das Wesentliche eines Phänomens herauszuarbeiten und darzustellen, desto größer ist die Gültigkeit der phänomenologischen Aussage. (Danner 2006) Seiffert (1996) hält hierzu fest, dass die phänomenologische Methode zwar allgemeingültige Aussagen hervorbringt, jedoch nicht den Anspruch erhebt „überzeitlich gültige Aussagen zu machen“ (Seiffert 1996, S. 52), welche zu jeder Zeit als gegeben angenommen werden konnten und können. Kron (1999) beschreibt in Anlehnung an die phänomenologische Reduktion von Banki und Rothe (1979) folgende methodische Grundregeln zur Erarbeitung einer phänomenologischen Studie:

„1. Formuliere Dein erkenntnisleitendes Interesse

2. Erkunde die Etymologie (=Herkunft, Geschichte, Wortbedeutung) des Begriffs, mit dem das Phänomen bezeichnet wird

3. Beschreibe das Phänomen so genau du kannst.

4. Unterscheide das Phänomen von anderen Phänomenen

5. Arbeite die Bedeutung der Interaktionen und deren Grundstrukturen für die Akteure heraus
6. Eruiere die gesellschaftlichen Bedingungsbeziehungen des Phänomens

7. Rekonstruiere die geschichtlichen Zusammenhänge des Phänomens“ (Kron 1999, S. 206ff)

Diese Regeln stellten die Grundlage für das phänomenologische Vorgehen in dieser Arbeit dar. Dem zu Folge wurde in dieser Arbeit mit Blick auf das forschungsleitende Erkenntnisinteresse das Phänomen der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern detailliert dargestellt und mit Fallbeispielen aus der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern rekonstruiert. Neben einem phänomenologischen Verfahren wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage auch ein hermeneutisches Vorgehen gewählt, da das phänomenologische Beschreiben einerseits und das hermeneutische Verstehen andererseits in direkter Interferenz miteinander stehen. Das Wesen eines Phänomens muss zuerst verstanden sein, um es beschreiben zu können. Aus diesem Grund stellen hermeneutische Erkenntnisvorgänge eine wichtige Funktion in der Wesenserfassung eines Phänomens dar. (Danner 2006; 1998)

Beim hermeneutischen Verstehen geht es um das „Erkennen von etwas als etwas (Menschliches) und gleichzeitig [um] das Erfassen seiner Bedeutung“ (Danner 1998, S. 36), sofern dieses als „dauernd fixierte Lebensäußerung“ (Danner 1998, S. 65) vorliegt. Der Gegenstand der Hermeneutik ist somit das höhere Verstehen und „bedeutet das Erfassen komplexer Zusammenhänge; es stellt individuelle und allgemeinmenschliche Zusammenhänge her“ (Danner 1998, S. 65). Kohl (2004) beschreibt in Anlehnung an Klafkis methodologische Grunderkenntnisse zum hermeneutischen Arbeiten (Klafki 1971) einige methodische Grundregeln, welche in dieser Arbeit als Basis für das hermeneutische Arbeiten herangezogen werden und folgend in fünf Punkten zusammengefasst dargelegt werden:

1. „Dauerhafte Fixierung des zu verstehenden“ (Kohl 2004, S. 208)

Unter diesem Punkt ist festzuhalten, dass das, „was verstanden werden soll, in dauerhaft fixierter Form vorliegen muss [...]. Denn erst wenn die zu interpretierenden Äußerungen auch anderen Forschern in einer allgemein verfügbaren Form zugänglich sind, ist es möglich, eine vorliegende Interpretation an dem Gegenstand, auf den sie sich bezieht, zu überprüfen“ (Kohl 2004, S. 208).

2. „Explikation und Überprüfung des eigenen Vorverständnisses“ (Kohl 2004, S. 209)

Der Interpretation von Texten liegt „stets eine Fragestellung und ein Vorverständnis zugrunde, die gewissermaßen an das zu Verstehende herangetragen werden, aber zugleich auch das Verstehen überhaupt erst ermöglichen. [...] Dieses Prinzip soll [...] verhindern, dass die an den Textherangebrachte Auffassung durch ihre Offenlegung gleichsam festgeschrieben werden“ (Kohl 2004, S. 209).

3. „Berücksichtigung der semantischen und syntaktischen Besonderheiten des Textes“ (Kohl 2004, S. 210)

In einem weiteren Schritt werden die semantischen und syntaktischen Besonderheiten des Textes untersucht. Die semantischen Aspekte des Textes geben Aufschluss über das „was in einem Text gesagt wird“ (Kohl 2004, S. 211), während die syntaktischen Aspekte Aufschluss über das „wie dieser Inhalt zum Ausdruck gebracht wird“ (Kohl 2004, S. 211), sowie auch „die Art und Weise, in der die einzelnen Teile eines Textes miteinander verbunden sind“ (Kohl 2004, S. 211). Kohl (2004, S. 210) hält hierzu fest: „Wenn wissenschaftliches Verstehen darin besteht, den ‚Sinn‘ bzw. die ‚Bedeutung‘ des zu verstehenden Gegenstandes zu erschließen, so ist damit auch die Aufgabe verbunden, die Bedeutung der einzelnen Elemente eines Textes zu erfassen.“

4. Der Kontext in dem das zu Verstehende steht ist zu berücksichtigen (Kohl 2004)

5. Der hermeneutische Zirkel

Wie bereits unter Punkt 3 festgehalten wurde, ist es um die Bedeutung eines Textes als Ganzen erschließen zu können unabdingbar, „das Verhältnis zu bestimmen, in dem die einzelnen Teile dieses Textes zueinander stehen“ (Kohl 2004, S. 213) und den logischen Aufbau des Textes zu berücksichtigen. „Im Prozess des Verstehens soll deshalb [...] das (Vor-)Verständnis des Ganzen ständig an dem zu verstehenden Einzelnen geprüft und gegebenenfalls korrigiert werden, sodass aus dem Vorverständnis allmählich ein immer adäquateres [...] Verständnis wächst. [...] Die gesamte eben skizzierte Bewegung wird in der Tradition der Hermeneutik als ‚hermeneutischer Zirkel‘ bezeichnet“ (Kohl 2004, S. 214). Höheres Verstehen verläuft demnach „nicht geradlinig von einer Erkenntnis zur nächsten fortschreitend, sondern kreisförmig, wobei das eine das andere und dieses das eine erhellt“ (Danner 1998, S. 61) Anders ausgedrückt wird beim höheren Verstehen der Hermeneutik „mit Hilfe eines Vorverständnisses ein Text verstanden“ (Danner 1998, S. 56), wodurch „das Textverständnis das Vorverständnis [neuerlich] korrigiert usw.“ (Danner 1998, S. 56). Auf diese Weise vollzieht sich das hermeneutische Verstehen in einer Art Kreisbewegung. Am hermeneutischen Zirkel wird nach Danner (1998) eine hermeneutische Differenz sichtbar, welche „zwischen Verstehendem und dem zu Verstehenden besteht“ (Danner 1998, S. 66). Diese gilt es mittels des „objektiven Geistes“ (Danner 1998, S. 50), welcher ein „Gemeinsames darstellt, an dem die einzelnen Subjekte teilhaben“ (Danner 1998, S. 66) und dem hermeneutischen Zirkel „annäherungsweise zu überwinden“ (Danner 1998, S. 66).

Das ursprüngliche Ziel der Hermeneutik: „Ein Autor soll *besser* verstanden werden, als er sich selbst verstanden hat“ (Danner 1998, S. 64), wurde „sinnvollerweise auf ein *Anders-Verstehen* reduziert“ (Danner 1998, S. 66).

1.4 Aufbau und Gliederung

Im zweiten Kapitel wird auf die therapeutische Resonanz in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern eingegangen, um ein Grundverständnis von therapeutischer Resonanz zu schaffen und die Grundlagen für förderliche und wirksame therapeutische Resonanzen darzustellen. Dieses Kapitel ist in vier Unterkapitel gegliedert. Im ersten Unterkapitel (2.1) wird auf das kindliche Spiel eingegangen, da dieses die Sprache des Selbstaudrucks des Kindes darstellt und somit von therapeutischem Wert für den Therapieprozess und zugleich auch von Bedeutung für das Geben von therapeutischer Resonanz ist. Im zweiten Unterkapitel (2.2) werden die Grundlagen der therapeutischen Resonanz in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, welche zugleich die Grundlagen für das Geben von verbaler Resonanz darstellen, erläutert. Zu diesem Zweck wird die Persönlichkeitstheorie des personzentrierten Ansatzes als Grundlage des therapeutischen Handelns dargelegt. Des Weiteren werden die acht Grundprinzipien des therapeutischen Handelns in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern nach Virginia Axline (2002 [1947]) und das darin beschriebene Beziehungsangebot erörtert. Im nächsten Unterkapitel (2.3) wird auf die Interaktionsresonanz Bezug genommen, da diese eine Erweiterung und Modifikation der personzentrierten Kernbedingung Empathie und zugleich der Resonanz der Therapeutenperson darstellt. Den Abschluss dieses Kapitels (2.4) bildet eine Beschreibung und Charakterisierung des Therapieprozesses in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, in welchem dargelegt wird inwiefern sich die therapeutische Resonanz während des Therapieprozesses verändert und modifiziert.

Im dritten Kapitel wird die historische Entwicklung der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern elaboriert, um die bisherigen Forschungsergebnisse in Bezug auf verbale Resonanz vorzulegen. Dieses Kapitel ist in drei Unterkapitel angeordnet. Im ersten Unterkapitel (3.1) wird die Bedeutung der verbalen Resonanz in den Anfängen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern erläutert. Im zweiten Unterkapitel (3.2) werden die ersten Studien zum therapeutischen Handeln in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern dargestellt. Das letzte Unterkapitel (3.3) belegt die aktuellen Forschungsergebnisse zum Thema verbale Resonanz in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern.

Im vierten Kapitel wird verbale Resonanz als Phänomen gefasst und konstatiert. Dieses Kapitel ist in drei Unterkapitel unterteilt. Im ersten Unterkapitel (4.1) wird die Struktur der verbalen Resonanz der Therapeutenperson, welche gegeben sein muss, um eine förderliche Wirkung für den therapeutischen Prozess entfalten zu können, definiert. Das zweite Unterkapitel (4.2) beschreibt die vier Formen von verbaler Resonanz, welche mittels Studie der Literatur der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern herausgearbeitet werden konnten: Das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson, die empathisch verbale Resonanz, die verbale Resonanz in Bezug auf Fragen, sowie die verbale Resonanz Grenzsetzungen betreffend. Jede dieser Formen wird charakterisiert und hinsicht-

lich ihrer Bedeutung für den Therapieprozess untersucht. Im dritten Unterkapitel (4.3) wird die Darstellung der Modifizierung der verbalen Resonanz der Therapeutenperson während des therapeutischen Prozesses, einschließlich ihrer Wichtigkeit für die Wirksamkeit des Therapieprozesses verdeutlicht. Um das in Kapitel vier diskutierte mit der therapeutischen Praxis in Bezug zu setzen und zugleich zugunsten einer Illustration des jeweils Dargestellten werden kurze Therapieausschnitte, welche in der Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern angeführt sind, eingefügt. Da die meiste Literatur zu diesem Thema englischsprachig ist, werden die verwendeten Therapieausschnitte zugunsten einer besseren Lesbarkeit ins Deutsche übersetzt und innerhalb des Textes eingerückt.

Das fünfte Kapitel bildet das Conclusio (5.), welches der Darstellung und Diskussion der Forschungsergebnisse dient. In einem Unterkapitel (5.1) werden die Ergebnisse in Bezug auf ihre Relevanz für die Bildungswissenschaft untersucht. Den Abschluss dieser Arbeit stellt der Ausblick dar.

2. Therapeutische Resonanz in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern

Therapeutische Resonanz innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie impliziert die Gesamtheit der Handlungen, welche von der Therapeutenperson während eines Therapieprozess als Reaktion auf das Handeln des Kindes gesetzt werden. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson stellt lediglich eine Form von therapeutischer Resonanz im Therapiesgeschehen dar, besteht jedoch aus demselben Fundament wie das therapeutische Handeln innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern insgesamt. Um verbale Resonanz als Phänomen fassen zu können, wird in diesem Kapitel das Fundament der therapeutischen Resonanz, welches zugleich als das Fundament der verbalen Resonanz der Therapeutenperson dargestellt werden kann, erläutert.

Das Handeln der personenzentrierten Kinderpsychotherapeutenperson ist nicht darauf ausgerichtet „ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß [sic!] es mit dem gegenwärtigen Problemen und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird“ (Rogers 2007 [1942], S. 36). Um dieses Ziel zu erreichen begegnet die Therapeutenperson dem Kind vorwiegend auf spielerischer Ebene, da die natürliche Ausdrucksform des Kindes das Spiel ist. Welche Bedeutung das Spiel für das therapeutische Handeln und den therapeutischen Prozess hat, wird im nächsten Unterkapitel bestimmt.

Das Fundament für eine therapeutische Resonanz, welche für den therapeutischen Prozess förderlich ist, liegt in der theoretischen Fundierung der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern. Um diese Grundlage der therapeutischen Resonanz zu definieren, wird die Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes, sowie auch die Therapietheorie, welche durch die Grundprinzipien von Virginia Axline (2002 [1947]) und das besondere Beziehungsangebot innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern geprägt ist, erörtert. Im Anschluss daran wird eine aktuelle Entwicklung von therapeutischem Handeln in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern vorgestellt, welche das Beziehungsangebot auf interaktioneller Ebene erweitert, der verbalen Resonanz aber dennoch eine spezifische Funktion zuweist, dargelegt. In dieser Arbeit wird die verbale Resonanz der Therapeutenperson in Hinblick auf ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozess untersucht. Um zu klären, was unter dem therapeutischen Prozess der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern zu verstehen ist, wird dieser am Ende dieses Kapitels definiert. Da sich die therapeutische Resonanz während des Therapieverlaufs verändert, werden in diesem Unterkapitel auch der Verlauf des therapeutischen Prozesses und die innerhalb des Verlaufs auftretenden Veränderungen im Hinblick auf die Bedeutung für den therapeutischen Prozess beleuchtet.

2.1 Dem Kind spielend begegnen

Spielen gilt als die zentrale Tätigkeit im Verlauf der Kindheit. (Landreth 2001) Während Erwachsene primär die Sprache als Medium für all das, was sie ausdrücken wollen, benützen, kommunizieren Kinder durch ihr Spiel. In der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird das Spiel als essentiell für eine gesunde Entwicklung des Kindes gesehen. (Landreth 2002) Da dem Spiel im Prozess der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern somit eine besondere Bedeutung zukommt, stellt dieses Kapitel die Relevanz des Spiels für die kindliche Entwicklung und den therapeutischen Prozess dar. Dazu wird anfangs kurz auf das Spiel, als die Sprache des Kindes eingegangen, sowie das kindliche Spiel definiert und dessen Funktionen erläutert. Da das symbolische Spiel der Kinder von besonderer Bedeutung für den therapeutischen Prozess ist, wird dieses anschließend beschrieben. Als Abschluss folgt eine kurze Darstellung über den therapeutischen Wert des Kinderspiels.

2.1.1 Das Spiel – die Sprache des Kindes

Das Spiel ist ein starker Bestandteil der kindlichen Entwicklung und tritt in vielen verschiedenen Kontexten auf. Es ist Teil des kindlichen Seins (Walkobinger 2009) und zugleich Ausdruck seiner Selbst. Da das Kind im Spiel alles auf die von ihm gewünschte Weise zum Ausdruck bringen kann, stellt das Spiel das natürliche Medium der kindlichen Kommunikation dar. (Landreth 2001; 2002)

Das Spiel des Kindes ist intrinsisch motiviert, spontan, lustvoll, freiwillig und nicht zielgerichtet. Es fungiert als eine stark antreibende Kraft, welche Teil der biologischen Ausstattung des Kindes ist. (Landreth 2002) „Eine[s] der erstaunlichsten Merkmale des Kinderspiels ist die Kontinuität der sich scheinbar selbst aufrechterhaltenden Spielaktivität. Diese entsteht spontan und drückt einen hohen inneren Befriedigungswert aus“ (Jaede 1990, S. 27). Neben diesem befriedigenden Effekt, bildet das Kind im Spiel soziale Beziehungen aus und benutzt das Spiel als einen sicheren Weg, um Probleme zu bearbeiten und zugleich zu bewältigen. Dabei besitzt das Kind ein Gefühl von Kraft und Kontrolle über das Spielgeschehen, welche im alltäglichen Leben so kaum spürbar ist, da die Situationen, die für das Kind als belastend erlebt werden, zumeist nicht vom Kind selbst gesteuert werden können. (Van Fleet et al. 2010) Mogel (2002) kennzeichnet das Spiel als eine Lebensform, „die den Organismus, das sich entwickelnde psychische Bezugssystem und die vom Kind erlebte Gegenstandswelt in den Spielhandlungen miteinander verknüpft“ (Mogel 2002, S. 248).

Eine andere Definition für das kindliche Spiel formuliert Landreth (2001, S. 4):

„Play is an integral part of childhood, a unique medium that facilitates the development of expressive language, communication skills, emotional development, social skills, decision-making skills, and cognitive development in children. Play is also a medium for exploration and discovery of interpersonal relationships, experimentation with adult roles, and understanding of one’s own feelings. Play is the most complete form of self-expression developed

by the human organism.“

Landreth (2001) beschreibt das Spiel an dieser Stelle als einen wesentlichen Bestandteil der Kindheit und als ein einzigartiges Medium, welches die Entwicklung von ausdrucksstarker und gefühlvoller Sprache, von kommunikativen Fähigkeiten, der emotionalen Entwicklung, von sozialen Fähigkeiten, entscheidungsfindenden Fähigkeiten, sowie auch der kognitiven Entwicklung erleichtert. Neben diesen entwicklungsfördernden Tätigkeiten deklariert Landreth (2002) das Spiel zugleich als ein Medium der Erkundung, des Entdeckens und der Erforschung von zwischenmenschlichen Beziehungen, des Experimentierens mit erwachsenen Rollen und des Verstehens von eigenen Gefühlen. (Landreth 2001)

Das Spiel stellt somit die höchste Form des Selbstaudrucks des kindlichen Organismus und eine multidimensionale und komplexe Reihe von kindlichem Verhalten dar (Landreth 2001) und ist darum von essentieller Bedeutung für den therapeutischen Prozess.

2.1.2 Die Funktionen des Kinderspiels

Da es Kindern, aufgrund mangelnder sprachlicher Entwicklung sehr schwer fällt, ihr Erleben über die Sprache zu symbolisieren, verleihen sie ihrem Erleben im Spiel Ausdruck. (Höldampf/Behr 2010) Wie bereits erwähnt wurde, ist das Spiel die grenzenlose Sprache des Selbstaudrucks des Kindes und zugleich ein Medium, um zu experimentieren und zu lernen. (Landreth 2001, West 1996)

Das Spiel besitzt multidimensionale Funktionen, d.h.: es hilft dem Kind körperliche Fähigkeiten, wie z.B. Laufen, Springen usw. zu entwickeln, die verschiedenen Beziehungen in denen es lebt und von denen es umgeben ist zu verstehen, seine eigenen Erfahrungen zu machen, Emotionen zu identifizieren und herauszufinden, was Anteile seines Selbst sind und was zu anderen gehört. Das Kind erlebt im Spiel eine Tätigkeit, in der es lustvoll lernen, sich entspannen, Spaß haben und zugleich beschwerliche Situationen, Erfahrungen und Gefühle ausspielen kann. (West 1996) Es erfährt wie die Welt von der es umgeben ist, beschaffen ist, kann sich selbst in verschiedenen Rollen erproben und mit widersprüchlichen Gefühlen umgehen lernen. Dadurch wächst das Vertrauen des Kindes im Umgang mit der Umwelt. (Landreth 2001) „Play acts as a bridge between conscious awareness and emotional experiences. In play, children embrace the numinous, the luminous, and the practicalities of daily living“ (West 1996, S. 12).

Im Spiel kann das Kind seine gesamte Persönlichkeit nutzen, um sich auszudrücken. Es ist die erste und zugleich bedeutsamste Möglichkeit den Mut zu haben, es selbst zu sein und dies in seinem Denken und Handeln zu äußern. Das freie Spiel ist einer der wichtigsten Wege auf dem ein Kind lernt, dass seine Gefühle sicher ausgedrückt werden können, ohne Ablehnung oder Bestrafung durch andere dafür zu erfahren. Dadurch wird dem Kind die Möglichkeit geboten Unterdrücktes,

wie z.B. starke Emotionen, frei auszudrücken, wodurch innere Spannungen gelöst werden und Emotionen wie Schmerz, Trauer, Angst, Verlust, Wut und andere für das Kind belastende Emotionen bewältigt werden können. (Landreth 2001) Spielen ist somit auch die Art des Kindes mit der Welt umzugehen, die Welt an die kindlichen Konzepte anzupassen und umgekehrt. (Landreth 2002) „As children play, they are expressing the individuality of their personalities and drawing upon inner resources that can become incorporated into their personalities“ (Landreth 2002, S. 11). Da im Spiel die innere Welt des Kindes zum Ausdruck kommen kann, werden bedeutungsvollen, emotionalen Erfahrungen im Spiel Ausdruck verliehen. Durch den Prozess des Selbstaudrucks im Spiel lernt das Kind nicht nur hemmende und belastende Gefühle als auch Spannungen zu lösen, sondern zu gleich neue Teile seines Selbst kennen. (Landreth 2001)

Landreth (2002) charakterisiert die wichtigste Funktion des Spiels wie folgt: „The changing of what may be unmanageable in reality to manageable situations through symbolic representation, which provides children with opportunities for learning to cope by engaging in self-directed exploration“ (Landreth 2002, S. 12). Landreth beschreibt hier, dass das Kind all das, was in der Realität schwierig und nicht handhabbar ist, im Spiel auf einer symbolischen Ebene kontrollierbar machen kann. Diese symbolische Ebene, welche sich durch das symbolische Spiel ausdrückt, ist für die Entwicklung des Kindes und den Prozess der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern von besonderer Bedeutung. Darum wird das symbolische Spiel des Kindes in einem Unterkapitel (2.1.3) erläutert.

2.1.3 Das symbolische Spiel

Das symbolische Spiel bietet dem Kind einen sicheren und für das Kind kontrollierbaren Weg seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Die symbolische Ebene wird von Kindern genutzt um Gefühle und Erfahrungen auszuspielen, die sich am Rande ihrer Gewährwerdung befinden. Das Ausdrücken von unbewussten Geschehnissen, Erfahrungen, Problemen und Bedenken im symbolischen Spiel ist ein unbewusster Prozess im Kind. Die unbewussten Emotionen des Kindes werden mittels Spielzeugen oder anderen Materialien, vom Kind gewählten Materialien, zum Ausdruck gebracht. (Landreth 2001) Die gewählten Symbole besitzen eine sehr private und eigene Bedeutung für jedes Kind. Das Kind wählt die verschiedenen Symbole sehr sensibel aus, welche konkrete Objekte für direkt oder indirekt gemachte oder erlebte Erfahrungen, Geschehnisse und Emotionen darstellen. Auf diese Weise können die Gefühle und Einstellungen, welche für das Kind selbst zu bedrohlich sind um sie zuzulassen, durch das Spielzeug oder einem von ihm gewählten Material auf sichere Art und Weise zum Ausdruck kommen. (Landreth 2002; Wilson et al. 2005)

„Another characteristic of children’s symbolic play is that the actions of the toys fulfil an emotive function for children. [...] children often use toys symbolically to represent conflicts in their

thoughts and emotions“ (Wilson et al. 2005, S. 56). Im symbolischen Spiel erhält das Handeln der Spielzeuge somit eine emotionsgeladene Funktion.

Da Kinder schon sehr früh lernen welches Verhalten in ihrer Umgebung angebracht ist, was man offen ausdrücken darf und welche Emotionen, Gedanken und Handlungen von seiner Umwelt nicht gewünscht oder geduldet werden, bietet das symbolische Spiel dem Kind die Möglichkeit all das, was es sonst nicht sein darf, auszudrücken, ohne dafür beurteilt oder bestraft zu werden. (Wilson et al. 2005)

Durch eine Fallvignette folgt ein kurzes Beispiel um das bereits erläuterte zu veranschaulichen:

Einem Kind bereitet es große Freude seinem kleinen Bruder weh zu tun. Dies wird von der Mutter aber nicht geduldet und das Verhalten des Kindes zugleich missachtet. Damit das Kind diese Befriedigung aber dennoch ausleben kann, spielt das Kind mit einem großen Dinosaurier, der das Kind selbst repräsentieren soll, und einem kleineren Dinosaurier, der seinen kleinen Bruder symbolisiert. Im Spiel kämpfen die zwei Dinosaurier sehr wild und laut miteinander. Es kommt noch ein dritter Dinosaurier dazu, der die Mutter dramatisiert und dem kleineren Dinosaurier helfen will. Der große Dinosaurier kämpft nun gegen beide. Der Kampf ist erst vorbei wenn die beiden kleineren Dinosaurier vom großen Dinosaurier getötet werden.

In diesem Spiel kann das Kind unbewusste oder am Rande der Gewährwerdung stehende Gefühle und Erfahrungen auf einer sicheren Ebene offenbaren, diese im Spiel ausleben und zugleich verarbeiten.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass jedes Kind einzigartig in seiner Wahrnehmung und seinem Ausdruck ist und Dinge auf seine ganz spezifische und individuelle Art wahrnimmt und verarbeitet. Darum sind auch die benutzten Symbole eines jeden Kindes einzigartig und müssen von der Therapeutenperson als solche wahrgenommen werden. (Axline 2002 [1947])

2.1.4 Der therapeutische Wert des Kinderspiels

Wie bereits detailliert dargestellt wurde, ist das Spiel „eine zentrale Lebensform des Kindes“ (Mogel 2002, S. 247) und verfügt über eine „hohe psychohygienische Relevanz“ (Mogel 2002, S. 247). Das Spiel stellt in der Psychotherapie mit Kindern das vorrangige Kommunikationsmedium zwischen Kind und Therapeutenperson dar. (Schmidtchen 1989; 2002) Schmidtchen (2002) belegt, dass „ca. 92-93% der Therapiezeit mit Spieltätigkeit zugebracht wird“ (S. 155).

Jaede (1980) hält fest, dass das Spiel in der Psychotherapie mit Kindern zu aller erst der Erleichterung der Kontaktaufnahme mit dem Kind und dem Aufbau einer Therapiemotivation diene. Der therapeutische Wert des Kinderspiels geht jedoch darüber hinaus. Das Spiel bietet dem Kind die Möglichkeit zur Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung:

„Jedes Spiel ist Konstruktion einer gelebten (gemeinsamen) Wirklichkeit. Es ist gespieltes (Er)Leben. Spiel in der Kindertherapie ist ein ‚Tun – als – ob‘, ein Wechsel der Realitätsrahmen [...]. Eine Realitätsveränderung im Spiel schafft für das Kind die Möglichkeit, sich vom Sozialisationsdruck zu entlasten und die Umwelt kann den bestehenden kindlichen Bedürfnissen angepasst werden. Das Kind kann sich als aktiver, mächtiger Schöpfer von Realität fühlen, kann Veränderungen höchstpersönlich herbeiführen. Durch die Identifikation mit verschiedensten Fähigkeiten kann das Kind ein differenzierteres ‚Person-verständnis‘ – Verständnis für sich selbst – erhalten, und es verinnerlicht damit auch ein Verständnis für Motive und Ziele anderer Personen. Einfühlsamkeit, empathisches Verständnis für Verhaltensweisen und Gedanken anderer zu erwerben, hilft bei der Bewältigung und Gestaltung der eigenen Beziehungskonstellationen und hilft auch dem Verständnis für sich selbst“ (Reisel&Fehring 2002, S. 348).

Landreth (2002) beschreibt den therapeutischen Wert des Kinderspiels folgendermaßen: „To play out their experiences and feelings is the most natural dynamic and self-healing process in which they can engage“ (Landreth 2002, S. 14). Für ihn ist das Ausspielen von Erfahrungen, Gefühlen und Ereignissen die natürlichste Form eines Selbstheilungsprozesses. (Landreth 2002)

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass Kinder im Spiel all jenes wiederholen, was für sie in ihrem Erleben von Bedeutung ist. Was das Kind besonders belastet, wie z.B. spezifische Gefühle, Erlebnisse, Gedanken, Wünsche oder Erfahrungen, kommen während des Therapieprozesses immer wieder zum Vorschein. Der Spielinhalt kann sich dabei in Bezug auf das Spielmaterial oder die Spielaktivität verändern. Das Spielthema als solches und die damit einhergehende Bedeutung bleibt jedoch bestehen. Durch das ständige Wiederholen eines bestimmten Spielthemas erhält das Kind die Möglichkeit eine bestimmte Situation im Spiel immer wieder durchzugehen und auf einer sicheren Basis verschiedene Variationen durchzuprobieren, verschiedene Lösungswege auszuprobieren und somit eine Lösung zu erarbeiten, die im realen Leben umgesetzt werden kann. (Landreth 2001)

Axline (2002 [1947]) beschreibt den Selbstheilungsprozess durch das Ausspielen bedeutungsgeladener Inhalte in der Spieltherapie wie folgt: Dem Kind wird „die Möglichkeit geboten, angesammelte Gefühle von Spannungen, Frustration, Unsicherheit, Angst, Aggression und Verwirrung ‚auszuspielen‘. Dadurch gelangen Emotionen an die Oberfläche: das Kind stellt sich ihnen, lernt sie zu beherrschen oder aufgeben. Ist eine psychische Druckentlastung erreicht, beginnt es, seine Fähigkeiten zu entdecken, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein, selber zu denken, zu entscheiden und zu reifen und dadurch sich selbst zu verwirklichen“ (Axline 2002 [1949], S. 20f).

Durch das besondere Angebot des freien Spiels in der personenzentrierten Spieltherapie „erhält die Aktualisierungstendenz des Kindes die Chance, eigenes Erleben auszudrücken und durch neue Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung der organismischen Bewertung näher zu kommen. Dies wird in weiterer Folge auch das (Problem-)Verhalten des Kindes verändern“ (Reisel&Walkobinger 2006, S. 304). Hier wird deutlich, dass das Spiel innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie nicht nur als natürliches Ausdrucksmittel des Kindes, sondern auch als Mittel

zur Beziehungsgestaltung angesehen werden kann. (Reisel&Fehringer 2002)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Spiel als natürlicher Ausdruck des Selbst des Kindes gilt. Im Spiel erhält das Kind die Möglichkeit zur Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung auf einer sicheren Ebene, wodurch Selbstheilungsprozesse im Kind aktiviert werden können.

Damit sich über das Spiel solche therapeutischen Prozesse ergeben können, müssen dem Kind günstige Spielbedingungen geboten werden, da es dem Kind nur unter solchen Bedingungen möglich ist „Informationen zu verarbeiten, sich emotional zu regulieren und Handlungsautonomie zu praktizieren“ (Schmidtchen 1989, S. 31). Diese Bedingungen werden in der personenzentrierten Psychotherapie, durch das besondere Beziehungsangebot zwischen der Therapeutenperson und dem Kind ermöglicht. Dieses Beziehungsangebot findet seine Grundlegung in der Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes. Das daraus entstandene Beziehungsangebot stellt das Fundament für das therapeutische Handeln dar. Im Folgenden werden die Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes (Kapitel 2.2.1) und das daraus resultierende Handlungskonzept der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern (Kapitel 2.2.2), sowie die besondere Beziehung, die jeder therapeutischen Resonanz zu Grunde liegt (Kapitel 2.2.3), erläutert.

2.2 Grundlagen der therapeutischen Resonanz

Im Mittelpunkt der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern steht das Kind mit seinem hohen und unschätzbaren Wert als menschliches Individuum und seinen Erfahrungen und Gefühlen im Hier und Jetzt und nicht das Problem des Kindes oder dessen Symptome. Würde der Fokus auf dem Problem liegen, so bliebe der Therapeutenperson der Blick auf die Persönlichkeit des Kindes verwehrt. (Landreth 2002) Die Persönlichkeit des Kindes ist von zentraler Bedeutung und darum gilt die Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes als Grundlage für das Handeln in der personenzentrierten Psychotherapie. Dieses Handeln vollzieht sich innerhalb einer besonderen Beziehung zwischen der Therapeutenperson und dem Kind. Diese besondere Beziehung stellt die Basis für therapeutische Resonanz dar. Bevor darauf näher eingegangen werden kann, wird zum besseren Verständnis zuerst die Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes, als Ausgangspunkt für die Bedeutung des besonderen Beziehungsangebotes, beschrieben.

2.2.1 Die Persönlichkeitstheorie des personenzentrierten Ansatzes

Carl Rogers, der Begründer des personenzentrierten Ansatzes, formulierte 1951 erstmals eine Theorie der Persönlichkeit, welche auch heute noch als Grundlage für die personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern dient. Rogers (2005 [1951]) beschreibt darin das Axiom des personenzentrierten Ansatzes, die Aktualisierungstendenz und die damit einhergehende Entwicklung einer Persönlichkeit.

Diese wird nun anhand der von Rogers gebrauchten Begriffe elaboriert.

2.2.1.1 Die Aktualisierungstendenz

Die Aktualisierungstendenz stellt das Axiom des personenzentrierten Ansatzes dar und beschreibt „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 2009 [1959], S. 26). Unter Organismus ist die psychische und physische Ganzheit bzw. Einheit des Menschen zu verstehen. Die Aktualisierungstendenz stellt somit die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus dar, sich selbst zu erhalten und weiterzuentwickeln und beschreibt eine richtunggebende Kraft im Menschen, sein in ihm liegendes Potential zu entwickeln. Dies beinhaltet somit das Bedürfnis nach Wachstum. (Rogers 2005 [1951]) Es geht um die „Suche nach freudvoller Spannung, Tendenz zur Kreativität, Tendenz, mühsam gehen zu lernen, wo doch Krabbeln müheloser zur selben Bedürfnisbefriedigung führen würde“ (Rogers 2009 [1959], S. 27).

Durch die Aktualisierungstendenz werden Erfahrungen dahingehend bewertet, ob sie für den Organismus erhaltend und förderlich sind oder die Erhaltung, Entfaltung und Entwicklung des Organismus hemmen. Diesen Prozess nennt Rogers den organismischen Bewertungsprozess, „in welchem Werte niemals endgültig fixiert sind, sondern Erfahrungen exakt symbolisiert und kontinuierlich in Hinblick auf die erlebte organismische Erfahrung bewertet werden. Der Organismus erlebt Befriedigung durch jene Stimuli oder Verhaltensweisen, die den Organismus [...] erhalten und fördern und zwar gleichermaßen in der Gegenwart als auch auf lange Sicht“ (Rogers 2009 [1959], S. 43). „Diese organismische Bewertung ist ein kontinuierlich ablaufender Prozess, dessen Ergebnis mit dem jeweiligen Zustand des Organismus variiert“ (Biermann-Ratjen 2007, S. 51). Ein einfaches Beispiel dafür ist das Baby, das Hunger hat und schreit, weil es den Hunger als ungute organismische Erfahrung empfindet. Wenn es jedoch etwas zu essen bekommen hat und wieder zufrieden ist, nimmt der gesättigte Organismus Nahrungsmittel anders wahr als zuvor der hungrige Organismus. Zugleich wird die Sättigung als positive organismische Erfahrung erlebt. So werden schon sehr früh positive und negative Erfahrungen ins Bewusstsein aufgenommen. (Rogers 2009 [1959]; Weinberger 2010)

2.2.1.2 Das Selbst

„Wenn das Kleinkind die Interaktion mit seiner Umgebung aufnimmt, fängt es an, Konzepte über sich selbst, über seine Umgebung und über sich selbst in Beziehung zur Umgebung zu bilden“ (Rogers, 2005 [1951], S. 430). Anhand dieser Konzepte entsteht das Selbst. Ein einfaches Beispiel dafür ist ein Kleinkind, das umarmt wird und damit assoziiert: „Ich werde umarmt, das mag ich!“ Rogers beschreibt das Selbst als eine psychische Struktur, welche in „der Interaktion mit der Umge-

bung und insbesondere als Resultat wertbestimmender Interaktion mit anderen“ (Rogers 2005 [1951], S. 430) geformt wird. Das Selbst bildet sich nicht nur über die eigenen Erfahrungen, welche für den Organismus als erhaltend und förderlich wahrgenommen werden, sondern auch über die Bewertung des Selbst durch andere. Als Synonyme für den Begriff des Selbst werden im personzentrierten Ansatz auch Selbstkonzept, Selbstbild und Selbststruktur verwendet. (Rogers 2005 [1951])

2.2.1.3 Das Bedürfnis nach positiver Wertschätzung

„Mit dem Gewährsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach Wertschätzung.“ (Rogers 2009 [1959], S. 58) Dieses Bedürfnis wird in der frühen Kindheit entwickelt, stellt das „Bedürfnis des Kindes nach Liebe und Zuwendung als ein wesensmäßiges oder instinktives Bedürfnis“ (Rogers 2009 [1959], S. 40) dar und ist ein allgegenwärtiger Wesenszug des Menschen. Das Bedürfnis nach Wertschätzung beeinflusst somit auch das Verhalten des Kindes. Das Verhalten wird nicht mehr nur auf das Bedürfnis nach Erhaltung und Wachstum des Organismus ausgerichtet, sondern auch auf die Erhaltung der Liebe und Zuwendung der Bezugspersonen. (Rogers 2009 [1959])

2.2.1.4 Die Selbstaktualisierungstendenz

Mit zunehmender Entwicklung des Selbst entwickelt sich ein Teil der Aktualisierungstendenz zur Selbstaktualisierungstendenz. Die Selbstaktualisierungstendenz ist darauf ausgerichtet das Selbst zu erhalten. Erfahrungen werden nun nicht mehr nur noch dahingehend bewertet, ob sie für den Organismus als Ganzes erhaltend und förderlich sind, sondern auch darauf, ob sie für das Selbst erhaltend und förderlich sind. Neben dem Bewertungsprozess durch die organismischen Erfahrungen kommt es nun auch zu einem Bewertungsprozess durch die menschlichen Beziehungen, welche das Kind erfährt. Da ein jedes Kind über ein angeborenes Bedürfnis nach positiver Wertschätzung verfügt, kann dieses dazu führen, dass der Erhaltung des Selbst gegenüber der Entfaltung des Organismus Vorrang eingeräumt wird. (Rogers [1959] 2009; Weinberger 2010)

2.2.1.5 Introjizierte Bewertungen

Von introjizierten Bewertungen spricht Rogers dann, wenn die Einstellungen und Bewertungen der Bezugspersonen in bestimmter Form „als anscheinend auf eigenen Sinnes- und Körperwahrnehmungen beruhend erfahren“ (Rogers 2005 [1951], S. 432) werden. Diese Übernahme von fremden Bewertungsinstanzen geschieht wenn das Selbstbild in Gefahr ist. (Rogers 2005 [1951]) Anhand eines Beispiels lässt sich dieses Phänomen sehr gut erklären: Das Kleinkind, nimmt sich selbst als liebenswert wahr und bekommt dies von seinen Eltern bestätigt. Eines Tages schlägt es jedoch das

Geschwisterchen und empfindet dabei große Lust. Die Eltern übermitteln dem Kind, dass es kein liebenswertes Kind ist, wenn es so etwas tut. Um das Bild vom eigenen Selbst als liebenswertes Kind nicht zu gefährden, leugnet oder verzerrt das Kind die Erfahrung der Befriedigung und Lust, welches es durch das Schlagen des Geschwisterchens erfahren hat, vor seinem Bewusstsein. „Die anfänglichen Körper- und Sinneswahrnehmungen werden ignoriert oder nicht ins Bewußtsein [sic!] gelassen, außer [sic!] in verzerrter Form. Die Werte, die auf ihnen aufgebaut werden könnten, können vor dem Bewußtsein [sic!] nicht zugegeben werden“ (Rogers 2005 [1951], S. 432). Aufgrund der introjizierten Werte kommt es zu „einem Konzept vom Selbst, das teilweise auf einer verzerrten Symbolisierung basiert“ (Rogers 2005 [1951], S. 432).

2.2.1.6 Die Inkongruenz

Als Inkongruenz beschreibt Rogers den Zustand zu dem es beim Individuum kommt, wenn sich „Widersprüche zwischen dem wahrgenommenen Selbst und der tatsächlichen organismischen Erfahrung“ (Rogers 2009 [1959]) bilden. Inkongruenz stellt die Unvereinbarkeit des organismischen Erlebens einerseits und dem Selbstkonzept andererseits dar. (Rogers 2009 [1959]) Weinberger (2010) beschreibt die Entstehung von Inkongruenz „aus der Diskrepanz zwischen der Aktualisierungstendenz (erleben wird dem gesamten Organismus gespürt und bewertet) und der Selbstaktualisierungstendenz (Erleben wird mit den Augen der bedeutsamsten Bezugspersonen bewertet)“ (S. 29). Aufgrund dieser Unvereinbarkeit kommt es beim Individuum zu Spannungen, welche durch das Verzerren oder Verleugnen der Wahrnehmungen gelöst werden können. Wenn Kinder in einem größeren Ausmaß unter Inkongruenzen leiden, stagnieren sie in ihrer gesunden Entwicklung, weil sie bestimmte Erfahrungen nicht mehr aufsuchen oder diese verfälscht wahrnehmen. (Weinberger 2010)

2.2.1.7 Die Kongruenz

„Wenn [...] Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden, dann ist der Zustand der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung erreicht“ (Rogers 2005 [1959], S. 38). Stimmen die organismischen Erfahrungen mit dem Selbstkonzept überein, so spricht Rogers (2005 [1951]) von einer Person, die sich in völliger Übereinstimmung mit sich selbst befindet und als psychisch gesund gilt.

Dieser Zustand der Kongruenz stellt das Therapieziel der personenzentrierten Psychotherapie dar.

Ausgehend von diesem Persönlichkeitsmodell ist festzuhalten, dass innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie grundgelegt wird, dass das Individuum in sich selbst die Fähigkeit trägt sich auf psychische Reife hin zu bewegen und zu entwickeln (Rogers 2009 [1961]), wodurch innerhalb der

personzentrierten Psychotherapie ein genuines Vertrauen in den Fähigkeiten des Kindes, sich selbst zu helfen, liegt. (Dorfman 2005 [1951])

„Es hat den Anschein, als wären in jedem Individuum mächtige Kräfte am Werk, die unerbittlich nach Selbstverwirklichung drängen. Man kann diese Kräfte als einen dauernden Trieb zur Reifung, zur Unabhängigkeit und Selbstbestimmung charakterisieren. Unbeirrbar strebt er nach Verwirklichung, aber es bedarf eines ‚fruchtbaren Bodens‘, damit eine gut ausgewogene Persönlichkeitsstruktur entsteht“ (Axline 2002 [1947], S. 15).

Die beschriebene Persönlichkeitstheorie ist auch im Therapieprozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern grundlegend. „Durch das Angebot des freien Spiels erhält die Aktualisierungstendenz des Kindes die Chance, eigenes Erleben auszudrücken und durch neue Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung der organismischen Bewertung näher zu kommen. Dies wird in weiterer Folge auch das (Problem-)Verhalten des Kindes verändern“ (Reisel/Walkobinger 2006, S. 304). Da die Motivation zu lernen und zur Veränderung aus dem Kind selbst entspringt, besteht innerhalb der Therapie keinerlei Bedarf das Kind zu motivieren oder das Verhalten des Kindes in eine bestimmte Richtung zu lenken. Das Kind weist somit den Weg, die Therapeutenperson folgt ihm und verzichtet auf jegliches direktives, lenkendes oder führendes Verhalten während des gesamten Therapieprozesses. (Landreth 2002) Rogers legte bereits 1931 dar, dass das anzustrebende Ziel in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern nicht in Lösungs- und Verhaltensstrategien für das Kind, sondern „im Wohlbefinden für das Kind, in seiner Fröhlichkeit oder in seinem inneren Wachstum, weniger in irgendeinem sozialen Ziel“ (Rogers 1931; Übersetzung in Reisel 2001, S. 65) liege.

Die Symptome und auffälligen Verhaltensweisen eines Kindes stellen den individuellen Versuch des Kindes dar, mit seinem Problem umzugehen. Die Therapeutenperson versteht „diese Auffälligkeiten als die im Moment bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation vor dem Hintergrund dessen, was das Kind bisher erlebt hat“ (Walkobinger 2000, S. 53). Das Kind nimmt mit seinem auffälligen Verhalten zur Therapeutenperson genau jene Beziehung auf, „die immer wieder zum Scheitern, zum Nicht-angenommen-Werden, zum Steckenbleiben im Prozess der Selbstentwicklung geführt hat und führt“ (Walkobinger 2000, S. 53). Da die Therapeutenperson auf das Verhalten des Kindes nicht wie seine Bezugspersonen reagiert, sondern das Kind so annimmt, wie es sich gerade präsentiert, versucht es einfühlsam zu begleiten und eine transparente Auseinandersetzung mit ihm zu fördern. Dadurch wird dem Kind ermöglicht „ganz neue Beziehungserfahrungen zu machen. Damit werden steckengebliebene Entwicklungsprozesse wieder in Gang gebracht“ (Walkobinger 2000, S. 53), das Kind erhält die Möglichkeit zu reifen und wird dadurch kongruenter. (Walkobinger 2000; Pfeiffer 1995)

Im folgenden Kapitel (Kapitel 2.2.2) wird nun auf das Konzept der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern eingegangen, indem zuerst die Grundprinzipien der personzentrierten Psychothera-

pie mit Kindern erläutert werden. Außerdem wird das Beziehungskonzept dargestellt, da dieses den bedeutendsten Wirkfaktor der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern (Fröhlich-Gildhoff 2005) darstellt.

2.2.2 Die acht Grundprinzipien therapeutischen Handelns in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern

Die erste, die das personzentrierte Konzept in Bezug auf die Arbeit mit Kindern angewandt hat, war Virginia Axline, welche auch heute noch als die Mutter der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern betitelt wird. (Axline 2002 [1947], 2008 [1964]); Cochran et al. 2010) Sie formulierte 1947 acht Grundprinzipien für die therapeutische Arbeit mit Kindern, die bis heute als Grundlage für das Handeln in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern gelten. (Axline 2002 [1947]; Behr 2007) Axline (2002 [1947]) beschrieb diese Prinzipien als „sehr einfach, aber von großer Wirkung, wenn sie gewissenhaft, konsequent und klug angewandt werden“ (S. 73).

Bevor die Grundprinzipien der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern im Folgenden aufgezählt und erläutert werden, ist noch auszuführen, dass auch wenn Axline (2002 [1947]) diese in ihrer Aufzählung nummeriert und aneinandergereiht hat, die einzelnen Grundprinzipien miteinander verwoben sind. Cochran et al. (2010) halten fest, dass jedes Prinzip einzeln von großer Bedeutung ist, sie jedoch miteinander in Zusammenhang stehen und ein Kontinuum darstellen, welches zusammenarbeitet um ein Gefühl von emotionaler Sicherheit, Akzeptanz und Offenheit zu schaffen, sowie dem Willen therapeutische Belange zu erforschen und danach zu arbeiten.

2.2.2.1 Die Gestaltung der Beziehung

„Der Therapeut sollte eine warme freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die so bald wie möglich zu einem guten Kontakt führt“ (Axline 2002 [1947], S. 75).

Der Aufbau der Beziehung beginnt ab dem ersten Kontakt mit dem Kind und sollte mit einer freundlichen Geste wie einem Lächeln und ein paar Worten der Begrüßung, welche ein Zeichen für Wärme und Freundlichkeit darstellen, starten. Das Kind benötigt eine vertrauensvolle Beziehung zur Therapeutenperson um sich frei ausdrücken und frei spielen zu können. Das Gestalten einer warmen und freundlichen Beziehung hilft dieses Vertrauen aufzubauen. (Axline 2002 [1947])

2.2.2.2 Die vollständige Annahme des Kindes

„Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist“ (Axline 2002 [1947], S. 85).

Diese „vollkommene Annahme des Kindes ist die Folge einer inneren Einstellung des Therapeuten“ (Axline 2002 [1947], S. 85) und dient der Aufrechterhaltung einer ruhigen, stetigen und freundlichen Beziehung zum Kind. Die Therapeutenperson hütet sich davor Ungeduld zu zeigen, Kritik,

Vorwurf oder Lob zu üben und nimmt das Kind genauso an, wie es gerade ist. Nach Axline (2002 [1947]) sagen die Tonlage, Körperhaltung, Mimik und Gestik genauso etwas über die Haltung der Therapeutenperson aus, wie ihre Worte. Darum ist es wichtig, dass die Therapeutenperson diese Grundhaltung der vollständigen Annahme des Kindes im wahrsten Sinne des Wortes verkörpert. Axline (2002 [1947]) beschreibt die vollständige Annahme des Kindes als „die erste Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie“ (Axline 2002 [1947], S. 85).

2.2.2.3 Das Herstellen eines Klimas des Gewährenlassens

„Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so daß [sic!] das Kind sich frei fühlt, alle seine Gefühle uneingeschränkt auszudrücken“ (Axline 2002 [1947], S. 90).

Das Herstellen dieser Atmosphäre des Gewährenlassens gründet auf der Einstellung der Therapeutenperson dem Kind gegenüber es so anzunehmen, wie es ist. Da Kinder in Bezug auf das Verhalten der Therapeutenperson sehr aufmerksam sind, ist es wichtig, dass diese die gewährende Haltung nicht mit Worten, Stimmlage, Gestik oder Mimik aufhebt, sondern diese verkörpert. (Axline 2002 [1947]) „Der Therapeut bekundet vom Beginn der Stunde an seine Achtung vor der Fähigkeit des Kindes, seine eigene Entscheidung zu treffen; er behält diese Einstellung bei“ (Axline 2002 [1947], S. 92). Die Therapiestunde gehört demnach zur Gänze dem Kind, welches diese verwenden kann, wie es will. (Axline 2002 [1947])

Auch wenn ein Kind nicht spielen will oder eher schüchtern ist, so akzeptiert die Therapeutenperson dies und fordert es nicht zu einem Spiel auf oder ermutigt es zu einer Tätigkeit, da das Kind so in einer Abhängigkeit zur Therapeutenperson stehen und das eine Barriere in der Beziehung zwischen Klient und Therapeutenperson herstellen würde, die im späteren Verlauf der Therapie wieder abgebaut werden müsste.

„Sagt der Therapeut: ‚Du kannst mit den Spielsachen spielen, wie es dir Spaß macht‘, das Kind will aber nicht spielen, dann ist es richtiger das Kind tatenlos herumsitzen zu lassen. Bleibt der Therapeut freundlich und nimmt dessen Schweigen und Nichtstun an, so kommt das Kind zu der Überzeugung, daß [sic!] der Therapeut auch meint, was er sagt und das es wirklich tun darf was es will. Das Kind lernt auch begreifen, daß [sic!] die Verantwortung für die Wahl seines Verhaltens bei ihm liegt“ (Axline 2002 [1947], S. 91).

In einem solchen Klima des Gewährenlassens kann das Kind sich frei fühlen, sich auszudrücken und gefühlsmäßig entspannen.

„Damit ist das Fundament für ein konstruktives Verhalten gelegt. Die alten Gefühle ist es losgeworden, es ist offen für neue. Die Erfahrung bringt für das Kind Einsicht in sein Verhalten mit sich. Es versteht sich selbst ein bißchen [sic!] besser. Es hat Vertrauen zu sich selbst gewonnen. Es ist besser in der Lage, seine eigenen Probleme zu lösen. Es weiß aus Erfahrung, daß [sic!] es sich selbst mit den Dingen auseinandersetzen kann“ (Axline 2002 [1947], S. 94).

Die Tiefe des Gefühls, das ein Kind während einer Spielstunde zum Vorschein kommen lässt, ist durch das gewährende Klima bestimmt. (Axline 2002 [1947])

2.2.2.4 Das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen

„Der Therapeut ist wachsam in bezug [sic!] auf die Gefühle, die das Kind ausdrücken möchte. Er versucht, sie zu erkennen und so auf das Kind zu reflektieren, daß [sic!] es Einsicht in sein Verhalten gewinnt“ (Axline 2002 [1947], S. 96).

In der therapeutischen Arbeit mit dem Kind liegt das Hauptaugenmerk auf den Gefühlen, die ein Kind ausdrückt. Sobald das Kind ein gewisses Vertrauen zur Therapeutenperson hat, lässt es diese an seinen Gefühlen teilhaben. Die Therapeutenperson versucht die zum Ausdruck gebrachten Gefühle des Kindes zu erspüren und zu erkennen und spiegelt diese dem Kind zurück. Das Kind merkt auf diese Weise, dass seine Gefühle von der Therapeutenperson akzeptiert und angenommen werden. Durch die Rückspiegelungen der Therapeutenperson besteht für das Kind die Möglichkeit sich selbst besser kennen und akzeptieren zu lernen, allmählich weiter gehen zu können und an Einsicht zu gewinnen. (Axline 2002 [1947])

Da dieser Punkt von besonderer Bedeutung für die vorliegende Arbeit ist, wird er an dieser Stelle prägnant zusammengefasst und in Kapitel 3 und 4 ausführlicher Bezug darauf genommen.

2.2.2.5 Die Achtung vor dem Kind

„Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm dazu Gelegenheit gibt. Die Verantwortung, eine Wahl in bezug [sic!] auf sein Verhalten zu treffen und das In-Gang-Setzen einer inneren Wandlung sind Angelegenheiten des Kindes“ (Axline 2002 [1947], S. 104).

Axline (2002 [1947]) hält an dieser Stelle fest: Wenn eine Verhaltensveränderung von bleibendem Wert sein soll, „so muß sie ihre Wurzel im Inneren des Kindes haben und zwar als das Ergebnis von besseren Einsichten, die es gewonnen hat“ (Axline 2002 [1947], S. 104).

Das Kind selbst entscheidet in der Therapie was es spielt, wie es spielt bzw. ob es überhaupt spielt. Alles was vom Kind kommt ist der Therapeutenperson recht und wird von ihr angenommen. Dadurch wird dem Kind die Gelegenheit gegeben, sein inneres Gleichgewicht zu finden, Selbstvertrauen und Selbstachtung zu gewinnen. (Axline 2002 [1947])

2.2.2.6 Das Kind weist den Weg

„Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm“ (Axline 2002 [1947], S. 115).

Innerhalb der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird in keiner Weise versucht das Spiel

zu steuern. Die Therapeutenperson überlässt dem Kind die Führung und folgt ihm so gut sie kann. Um das Kind nicht zu einem bestimmten Verhalten zu ermutigen oder zu entmutigen, ist die Therapiestunde frei von Lob und Kritik, es gibt keinerlei Anregungen von Seiten der Therapeutenperson und lediglich dann Hilfestellungen, wenn diese vom Kind erbeten werden. (Axline 2002 [1947])

2.2.2.7 Die Therapie kann nicht beschleunigt werden

„Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Sie ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß [sic!], und der Therapeut weiß das“ (Axline 2002 [1947], S. 121).

Axline (2002 [1947], S. 121) beschreibt hier ein „Gesetz des Bereitsein“: „Ist das Kind bereit, in der Gegenwart des Therapeuten über seine Gefühle zu sprechen, so wird es das tun. Man kann diesen Prozess nicht antreiben.“ Seelische Reifung ist „ein sich gradweise vollziehender Prozeß [sic!]“ (Axline 2002 [1947], S. 123) der von Kind zu Kind individuell viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Therapeutenperson bietet dem Kind in der Therapiestunde die Gelegenheit sein inneres Gleichgewicht zu finden, dazu muss dem Kind so viel Zeit gelassen werden, wie es dafür benötigt. (Axline 2002 [1947])

2.2.2.8 Der Wert der Begrenzungen

„Der Therapeut setzt nur 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 ihm und dem Kinde klarzumachen“ (Axline [1947] 2002, S. 124).

Innerhalb der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern werden nur wenige aber dafür sehr wichtige Begrenzungen gesetzt. Diese beschränken sich in erster Linie auf materielle Dinge, wie z.B. „die mutwillige Zerstörung von Spielmaterial, das Ruinieren des Spielraums und tätliches Angreifen des Therapeuten, außerdem Begrenzungen, die der gesunde Menschverstand zum Schutz des Kindes gebietet“ (Axline 2002 [1947], S. 124). In Bezug auf die Begrenzung der tätlichen Angriffe gegenüber der Therapeutenperson hält Axline (2002 [1947]) fest, dass „das Kind keinen Gewinn davon haben [könne], wenn es den Therapeuten handgreiflich attackiert. [...] Soll die therapeutische Beziehung Erfolg haben, muß [sic!] sie in ihrem Kern auf gegenseitiger Achtung beruhen“ (S. 127). Ein weiteres Limit ist die zeitliche Begrenzung der Spielstunde, welche dem Kind am klarsten in Erscheinung tritt. Kommt es während der Therapiestunde zu Grenzüberschreitungen von Seiten des Kindes, so ist es wichtig, dass die Therapeutenperson die Gefühle des Kindes, welche mit dem grenzüberschreitenden Handeln einhergehen, widerspiegelt um dem Kind zu vermitteln, dass es verstanden und akzeptiert wird, auch wenn die grenzüberschreitende Tat selbst nicht begangen werden darf. Im Spielzimmer befinden sich genügend Materialien mit denen das

Kind seine Gefühle adäquat ausdrücken kann, ohne etwas mutwillig zu beschädigen. „Es ist wichtig, daß [sic!] die Grenzen auf die man sich einmal geeinigt hat, konsequent eingehalten werden“ (Axline 2002 [1947], S. 127), da diese Konsequenz im Handeln der Therapeutenperson dem Kind ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, die Therapiestunde mit der Wirklichkeit verknüpft und zugleich in der Wirklichkeit verankert. (Axline 2002 [1947])

Mit diesen Grundprinzipien legte Axline (2002 [1947]) eine Struktur zum Aufbau eines Beziehungsangebotes fest, welches die Therapeutenperson dem Kind anbietet. Innerhalb dieser Beziehung kann das Kind seinen eigenen Organismus als Bewertungsinstanz zurück erlangen, wodurch die Möglichkeit zum Abbau von Verhaltensauffälligkeiten gegeben ist. Axline (2002 [1947]) hält fest, dass das „Verhältnis, das zwischen Therapeut und Kind geschaffen wird, [...] der entscheidende Faktor in der Behandlung [ist]“ (S. 74) und es dem Kind dadurch ermöglicht wird „dem Therapeuten sein eigentliches Selbst zu zeigen“ (S. 28). Auf dieses spezielle Beziehungsangebot wird nun im nächsten Unterkapitel (Kapitel 2.2.3) eingegangen.

2.2.3 Die Beziehung als tragendes Element

Wie bereits dargestellt wurde, steht im Vordergrund der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern die ganzheitliche Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit und nicht der Abbau einzelner Symptome. Das Kind erhält innerhalb der Therapiestunden so viel Raum und Zeit, „wie es für diesen vielschichtigen Prozess des Wachsens und sich-selbst-Entdeckens braucht“ (Weinberger 2010, S. 38). Eine tragende Rolle innerhalb dieses Prozesses kommt der Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson zu, welche durch die personzentrierte Grundhaltung geprägt ist. (siehe. Kapitel 2.2) Rogers (1992 [1940]) titulierte die therapeutische Beziehung als Wachstumserfahrung an sich, durch welche „die Aktualisierungstendenz im Kind stimuliert [wird], sodass therapeutische Prozesse in Gang kommen können, die tief greifende Veränderungen im Selbstkonzept des Kindes nach sich ziehen“ (Weinberger 2010, S. 38). Die therapeutische Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson ist somit eine wesentliche Wirkvariable in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern. (Weinberger 2010; Fröhlich-Gildhoff 2005; Pfeiffer 1995) Zugleich stellt das besondere Beziehungsangebot, welches die personzentrierte Kinderpsychotherapeutenperson dem Kind anbietet, die Basis für das therapeutische Handeln und somit auch die Basis für die therapeutische Resonanz dar. Fröhlich-Gildhoff (2008, S. 25) beschreibt dies wie folgt: „The basis – the ‚ground‘ of all kinds of interventions or ‚acting‘ – is the therapeutic relationship [...]. On this basis, different interventions are realised.“

Im folgenden Kapitel soll nun veranschaulicht werden, wie die drei Beziehungsvariablen des per-

sonzentrierten Therapiekonzeptes – Echtheit, bedingungslose Akzeptanz und einführendes Verstehen – in der Arbeit mit Kindern umgesetzt werden können und welche Bedeutung sie als Grundlage für therapeutisches Handeln und therapeutische Resonanz im Therapiegeschehen für den Therapieerfolg, haben.

2.2.3.1 Die Echtheit der Therapeutenperson

Tausch und Tausch (1998) beschreiben die Echtheit der Therapeutenperson als Fassadenlosigkeit, Offenheit, Selbstvertrauen, Aufrichtigkeit, Ehrlichkeit und Durchschaubarkeit. „Äußerungen, Gestik und Mimik einer Person stimmen mit ihrem inneren Erleben, ihrem Fühlen und Denken überein“ (Tausch&Tausch 1998, S. 214).

Echtheit ist nicht als eine anwendbare Methode zu verstehen, sondern stellt ein Einstellungsgebot, welches von der Therapeutenperson verlangt als vollpräsenzte Person aufzutreten, dar. (Goetze 2002) Landreth (2002) beschreibt Echtheit demnach passend als „a way of being rather than a way of doing“ (S. 70). Um authentisch zu sein, muss die Therapeutenperson auf der Ebene des Erlebens und des Verhaltens authentisch und zugleich offen in Bezug auf ihre eigenen Erfahrungen und Emotionen, sowie sich ihrer persönlichen Schwächen und Stärken bewusst sein. Dafür ist es notwendig, dass die Therapeutenperson über ein hohes Maß an persönlicher Sicherheit und Selbstwahrnehmung verfügt. (Goetze 2002; Walkobinger&Reisel 2006)

Weinberger (2010) hält fest, dass das Prinzip der Echtheit, auf der Ebene der Haltung der Therapeutenperson, Offenheit für die eigenen Gefühle und zugleich für das, was das Kind in der Therapeutenperson auslöst, bedeutet. Innerhalb des Therapieprozesses wird es immer wieder zu realitätsfernen Symbolisierungen der Erfahrungen des Kindes kommen. Dies bedeutet, dass das Kind im Spiel seine eigenen Gefühle auf die Therapeutenperson projiziert. Eine kongruente Therapeutenperson ist sich dieser Vorgänge bewusst, kann diese Gefühle beim Kind verankern und ist dadurch in der Lage sich adäquat in die Persönlichkeit und das Erleben des Kindes einzufühlen. Die Therapeutenperson muss sich ihrer Gefühle und Reaktionen nicht nur bewusst sein und sie akzeptieren können, sondern diese innerhalb der Therapie mit dem Kind auch ausdrücken können. Während einer Therapie kann es zu verschiedenen Situationen kommen in denen die Therapeutenperson sich aufgrund der Handlungen des Kindes unwohl fühlt, wie z.B. bei einem sexuell missbrauchten Kind, welches die soziale Distanz nicht wahrt. In einer solchen Situation ist es wichtig, dass die Therapeutenperson mit einer Ich-Botschaft zu verstehen gibt, dass sie sich und eine Grenze setzt, um die akzeptierende und wertschätzende Haltung gegenüber dem Kind nicht zu gefährden. (Goetze 2002; Landreth 2002; Walkobinger&Reisel 2006; Weinberger 2010)

Nur dann wenn die Therapeutenperson „wirklich offen zu sich selbst ist, kann [sie] dem Kind ganz klar als [reale und präsenzte] Person gegenüber treten und antworten“ (Walkobinger&Reisel 2006, S.

320). Kinder sind sehr feinfühlig und haben ein Gespür dafür, ob die Therapeutenperson sich auf den Kontakt mit ihnen authentisch einlassen kann oder nicht. (Landreth 2002) Es ist also von wesentlicher Bedeutung für den Therapieerfolg, dass sich die Therapeutenperson „in einem sicheren Kontakt mit ihren eigenen Gefühlen und Haltungen“ (Beckmann 2002, S. 269) befindet, um sich adäquat in das Erleben des Kindes einfühlen zu können und eine akzeptierende und unbedingt positive und wertschätzende Haltung dem Kind gegenüber einnehmen zu können.

2.2.3.2 Die unbedingt positive Wertschätzung und Akzeptanz des Kindes

In der personenzentrierten Psychotherapie wird das Kind „mit all seinen Gefühlen, Gedanken und Handlungen grundsätzlich angenommen. Die störenden Verhaltensweisen des Kindes werden als Versuch anerkannt, auf seine Inkongruenz aufmerksam zu machen und/oder diese zu bewältigen“ (Weinberger 2010, S. 96). Unbedingt positive Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber dem Kind sind charakterisiert durch den positiven Respekt für das Kind als eine Person mit unschätzbarem Wert. Die Therapeutenperson empfindet ein genuines Gefühl von Wärme und Achtung vor dem Kind, welches an keinerlei Bedingungen geknüpft ist. Bedingungsfreie Wertschätzung ist somit keine anwendbare Technik, „sondern ein wesentlicher Bestandteil einer zwischenmenschlichen Beziehung“ (Walkobinger&Reisel 2006, S. 317). Positive Wertschätzung bedeutet, dass die Therapeutenperson „Anteil nimmt und Achtung, Rücksichtnahme, liebevolles Sorgen, Ermutigung, [und] ein grundlegendes Vertrauen für das Kind zeigt“ (Goetze 2002, S. 177). (Goetze 2002; Landreth 2002; Walkobinger&Reisel 2006; Weinberger 2010)

Die Verantwortung für das Spiel und das Geschehen innerhalb der Therapiestunde bleiben beim Kind und sind Ausdruck für den Respekt, die Akzeptanz und die Wertschätzung für das Kind. Damit das Kind innerhalb dieser Atmosphäre ein eigenes inneres Bewertungssystem aufbauen kann, ist es wichtig von allen Fremdbewertungen durch die Therapeutenperson Abstand zu nehmen und das Kind in seiner Ganzheitlichkeit unbedingt positiv und wertschätzend anzunehmen. Fremdbewertungen würden dem Kind mangelhafte Akzeptanz signalisieren und Axlines Forderung, das Kind so anzunehmen wie es ist (siehe Kapitel 2.2.2.2), verletzen. Wichtig ist es jedoch zwischen der Akzeptanz des Kindes als Person von unschätzbarem Wert und der Akzeptanz einzelner Verhaltensweisen des Kindes zu unterscheiden. Es ist nur allzu natürlich, dass nicht alle Verhaltensweisen des Kindes akzeptiert und wertgeschätzt werden können. Jedoch ist es von größter Bedeutung, das Kind als Person wertzuschätzen und zu akzeptieren und es nicht aufgrund einzelner Handlungen oder Haltungen zu verurteilen. (Goetze 2002; Walkobinger&Reisel 2006; Weinberger 2010)

Die Akzeptanz des Kindes offenbart sich diesem in einem relativ hohen Ausmaß auch nonverbal durch Körperhaltung, Blicke, Mimik und Gestik der Therapeutenperson, sowie auch durch Körperkontakt mit der Therapeutenperson. (Weinberger 2010)

Bedingungsfrei wertgeschätzt zu werden ist für die meisten Kinder eine Erfahrung, die sie in ihrem alltäglichen Leben oft nicht oder nur selten erfahren dürfen. In der von der Therapeutenperson geschaffenen warmen und akzeptierenden Atmosphäre fühlt sich das Kind frei um völlig es selbst sein zu können und sich zu öffnen. Durch diese Haltung der Akzeptanz und der positiven Wertschätzung des So-Seins des Kindes, lernt das Kind sich selbst besser kennen und zugleich sich zu akzeptieren, wodurch es zur Entwicklung von Selbstannahme auf Seiten des Kindes kommt. (Landreth 2002; Walkobinger&Reisel 2006; Weinberger 2010)

2.2.3.3 Das einführende Verstehen

Einführendes Verstehen bedeutet „die innere Welt des Kindes zu erfassen, sich einzufühlen in seine phänomenologische Welt, wie das Kind sie erlebt“ (Walkobinger&Reisel 2006, S. 318). Die Therapeutenperson greift die Gefühle, Gedanken und Bewertungen des Kindes, welche es verbal und nonverbal äußert auf und übermittelt dem Kind das Gefühl verstanden zu werden. (Iseli 2006; Walkobinger&Reisel 2006; Weinberger 2010)

Goetze (2002) formuliert den Prozess des einführenden Verstehens wie folgt:

„Empathie in der Spieltherapie zeigen heißt, das Kind auf Grund seiner verbalen und spielbezogenen Äußerungen zu verstehen und das so Verstandene auf das Kind zurück zu spiegeln. Gefordert wird vom Spieltherapeuten, dass er die Erlebnisinhalte und gefühlsmäßigen Bedeutungen, die im Spiel des Kindes zum Ausdruck kommen, zunächst relativ exakt erfasst und anschließend auf das Kind mit eigenen Worten oder Handlungen reflektiert. Das Kind soll dabei das Gefühl bekommen, dass der Spieltherapeut die Welt mit seinen Augen sieht“ (Goetze 2002, S. 180f).

Einführendes Verstehen bedeutet demnach eine emotionale Resonanz auf das, wie das Kind etwas äußert und auf das, was das Kind zum Ausdruck bringt.

In welchem Ausmaß eine Therapeutenperson im Stande ist sich in die innere Welt eines Kindes einzufühlen hängt davon ab inwieweit die Therapeutenperson kongruent und in der Lage ist ihre eigenen Erfahrungen und Erwartungen beiseite zu stellen. Außerdem hängt es davon ab in wie weit diese fähig ist die Persönlichkeit des Kindes, sowie seine Handlungen, Erfahrungen, Gefühle und Gedanken anzuerkennen. Wenn Kinder sich akzeptiert und verstanden fühlen, fühlen sie sich zugleich ermutigt mehr von ihrem wahren Selbst auszudrücken und mitzuteilen. Indem die Gefühle, Handlungen und Bewertungen des Kindes aufgegriffen und dem Kind mitgeteilt werden, hilft die Therapeutenperson dem Kind, seine „Gefühle und Verhaltensweisen zu entdecken und [...] verstehen zu lernen. Verleugnete [...] und verzerrt wahrgenommene Gefühle und Bewertungen [...] können zum Ausdruck kommen und dadurch einer Verarbeitung zugänglich gemacht werden“ (Weinberger 2010, S. 89). Es geht also darum, dem Kind Verständnis zu vermitteln, indem ihm das Verstandene so mitgeteilt wird, dass das Kind es auch begreifen und annehmen kann, wodurch ein Verstehensprozess im Kind in Gang gesetzt wird. (Beckmann 2002; Goetze 2002; Landreth 2002;

Weinberger 2010; Walkobinger&Reisel 2006)

Diese Resonanz von Seiten der Therapeutenperson ist und wird auch in verbaler Form gegeben. Wie genau dies aussieht und welche Bedeutung diese Resonanz für den therapeutischen Prozess hat, wird in Kapitel 4 eingehend erläutert. An dieser Stelle soll jedoch noch einmal festgehalten werden, dass durch „das Erleben dieser neuen Beziehungserfahrung [...] dem Kind Gelegenheit gegeben [wird], vorhandene, störungsverursachende Inkongruenzspannungen abzubauen und unter den fördernden Bedingungen dieser Beziehung einen allgemeinen Selbstentwicklungsprozess zu erleben“ (Dauert&Fröhlich-Gildhoff 1995, S. 41).

Fröhlich-Gildhoff (2005) hält fest, dass das Beziehungsgeschehen und das damit verbundene therapeutische Handeln wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen hinausgehend, betrachtet werden sollte. Mit dem Aufkommen eines interaktionellen Ansatzes in der personzentrierten Psychotherapie veränderte sich auch das Vorgehen der personzentrierten Kinderpsychotherapeutenperson hin zu einem interaktionellen Vorgehen, in welchem die Kinderpsychotherapeutenperson zu einem voll präsenten Gegenüber wurde, die mit dem Kind mitspielt und anders als bei Axline ([1947] 2002) auch durch ihr Handeln therapeutische Resonanz setzt. (Hensel 2002) Behr (2002, 2003, 2007, 2009) kennzeichnete dieses Vorgehen mit dem von ihm entworfenen Konzept der Interaktionsresonanz, welches im Anschluss näher erörtert wird.

2.3 Die Interaktionsresonanz

Wenn wir nun von der therapeutischen Beziehung ausgehen, wie Axline (2002 [1947]) (siehe Kapitel 2.2.2) diese in ihren acht Grundprinzipien beschrieben hat, so entsteht das Bild einer Therapeutenperson, welche das selbstgesteuerte Spiel des Kindes auf einem Stuhl sitzend, einfühlsam begleitet und nur auf den ausdrücklichen Wunsch des Kindes mitspielt. (Axline 2002 [1947]; Behr et al. 2009) Behr (2009) beschreibt diese Art der Beziehung als eine Facilitatorbeziehung:

„Die Therapeutin ist zugleich intensiv und unmerklich präsent, sie schwingt mit [quasi wie ein Alter-Ego], unterstützt und begleitet das Kind emotional, [...] während das Kind im Spielzimmer zirkuliert, seine Themen inszeniert, frei ausspielt und darin immer tief verstanden und wertgeschätzt wird“ (Behr et al. 2009, S. 18).

Mit der Entwicklung des Konzeptes der Interaktionsresonanz ist das Axlinesche Vorgehen, in Bezug auf die verbale Resonanz der Therapeutenperson jedoch nicht obsolet geworden, sondern fand im Gegenteil eine Ergänzung. Behr (2009) hält fest, dass die Interaktionsresonanz „eine Erweiterung und Modifikation der personzentrierten Kernbedingung Empathie“ (S. 48) darstellt und zugleich von der Authentizität der Therapeutenperson abhängig ist, da diese „handelnd und beziehungsorientiert auf die Aktionen des Kindes [reagiert], indem sie sich als präsent, klare Person zeigt und sich innerhalb der Beziehung in die Waagschale begibt“ (Behr 2009, S. 48). Mit der Interaktionsreso-

nanz gibt die Therapeutenperson in der Interaktion mit dem Kind Resonanz auf der Handlungsebene. Sie ist als reale Person präsent, spielt gemeinsam mit dem Kind und handelt dabei auch eigene Interessen aus, gibt jedoch Acht nicht vor das Kind zu geraten. (Behr 2002, 2003, 2007, 2009) Bevor das Handeln innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie mittels der Interaktionsresonanz erklärt wird, soll zunächst auf die Grundlagen der Interaktionsresonanz und somit deren Legitimation für die Anwendung im therapeutischen Setting hingewiesen werden.

2.3.1 Grundlagen der Interaktionsresonanz

Die Grundlagen der Interaktionsresonanz stellen zwei Entwicklungstheorien dar: die Bindungsforschung und die Theorie des Selbsterlebens nach Stern. (Behr 2002, 2003, 2007, 2009)

Stern (2007 [1985]) hält fest, dass sich das Selbst über eine Ansammlung von Beziehungserfahrungen bzw. Interaktionserfahrungen formt und beschreibt diese Ansammlung von Interaktionserfahrungen als Generalisierte Interaktionsrepräsentationen, abgekürzt RIG`s. Behr (2002) beschreibt diese Generalisierten Interaktionsrepräsentationen nach Stern als

„eine Art Quersummenbildung von einander ähnlichen kleinen Interaktions-Episoden, die [...] mit geringen Variationen immer wieder kehren. Der Säugling erfährt sein Selbst, wie es in seinem Erregungsniveau in der Interaktion vom Anderen reguliert wird und wie er in der Interaktion den Anderen reguliert, und zwar nach immer wiederkehrenden Mustern: die Interaktionen werden generalisiert und bleiben in der Erinnerung gleichsam aufsummiert präsent. Sie werden zu generalisierten Interaktionsrepräsentationen. Sie repräsentieren das Selbst nicht als Zustand sondern als Prozess: ein Selbst, das sich im Prozeß [sic!] der Interaktion erlebt und dabei zu Mustern, zu Generalisierungen, zu Invarianzen gelangt“ (S.101f).

Die Formung der RIG`s erfolgt also über die Affekt Abstimmung. (Stern 2007 [1985])

Die Bindungstheorie zeigt auf, „wie, unter Umständen lebenslang überdauernd, die von der Geburt an präsenten Bindungserfahrungen als Interaktionsmuster, Erfahrungen des Selbst, [...] als soziale, emotionale und kognitive Kompetenzen das Person-sein bestimmen“ (Behr 2002, S. 102.).

Behr (2002, 2003, 2007, 2009) beruft sich bei der Beschreibung zur Grundlegung der Interaktionsresonanz auf zwei Bindungstheoretiker, zum einen auf Bowlby und zum anderen auf Ainsworth. Bowlby (1975) benannte das Konstrukt des „Inner working model“ (zu Deutsch: Arbeitsmodell), womit beschrieben wird, dass jede Person eine Vorstellung vom Funktionieren ihrer Bindungspersonen, ihrer sozialen Umwelt und somit auch ihrer Selbst hat. Jede Person hat also eine Vorstellung davon von welcher Gestalt die jeweiligen Bindungspersonen sind, wo diese zu finden sind und was sie von diesen erwarten kann und hat zugleich eine Vorstellung in wie weit sie von den jeweiligen Bindungspersonen angenommen wird und in wie weit nicht. (Bowlby 1975; Behr 2002, 2009)

Ainsworth (1964) konzipierte mit ihrer Untersuchung zur „fremden Situation“ drei Grundmuster von Bindungsverhalten. Diese verschiedenen Bindungsmuster entstehen aufgrund des jeweiligen Verhaltens zur jeweiligen Bindungsperson. Um dieses jeweilige Bindungsverhalten genau beschrei-

ben zu können, formuliert Ainsworth (1964) das Konstrukt der mütterlichen Feinfühligkeit. Die Konstrukte mütterliche Feinfühligkeit von Ainsworth (1964) und Affektabstimmung von Stern (1985), weiten den personenzentrierten Empathiebegriff „auf eine nicht-sprachliche Ebene von Handlungen, Blickkontakt, Mimik, Körperberührungen, Lautmalereien, Spielverhalten usw.“ (Behr 2002, S. 104) aus. Wie das Agieren auf dieser nonverbalen Ebene innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern aussehen kann, wird im weiteren Verlauf der Arbeit beschrieben.

2.3.2 Prinzipien der Interaktionsresonanz

„In den Spielstunden inszeniert das Kind Beziehungsmuster. Diese beruhen auf immer wieder ähnlichen Reaktionsweisen, auf Interaktionsschemas, die sich im Kind durch frühe Beziehungserfahrungen ausgebildet haben“ (Behr 2009, S. 48). Durch die Resonanz der Therapeutenperson auf alles vom Kind ausgedrückte, erfährt das Kind eine neue Beziehungserfahrung und somit eine Interaktion in einer für das Kind ganz neuen Qualität. Über diese qualitativ anderen Beziehungserfahrungen kann das Kind neue Qualitäten im Selbsterleben aufbauen, wodurch der Abbau von Symptomen als logische Folge erscheint. Die Interaktionsresonanz erweitert dieses Beziehungsgeschehen auf eine non verbale Ebene und ist durch die Prinzipien Gemeinsamkeit, Resonanz und Authentizität, sowie Nicht-Direktivität geprägt. (Behr 2002, 2003, 2007, 2009)

Um mit dem Kind auf dieser Handlungsebene in Kontakt zu treten, wählt die Therapeutenperson das gleiche oder ein ähnliches Material und hantiert mit diesem in unspezifischer Form, aber in ähnlicher Art und Weise wie das Kind. Wenn die Therapeutenperson sich intuitiv, durch die Körpersprache oder Handlungen des Kindes aufgefordert bzw. eingeladen fühlt am Spiel des Kindes teilzunehmen, beginnt diese ein gemeinsames Spiel mit dem Kind. Die Therapeutenperson interagiert nun mit dem Kind, mit dem vom Kind gewähltem Medium, in dem sie „auf der Handlungsebene Antworten auf die Handlungen des Kindes“ (Behr 2007, S. 157) gibt. Die Spielaktionen der Therapeutenperson ähneln dabei denen des Kindes, sie werden aber nicht gespiegelt, sondern modifiziert, indem die Therapeutenperson „etwas darauf Bezogenes, Analoges mit ähnlicher Energie und Richtung, aber nicht dasselbe“ (Behr 2009, S. 48) tut.

Behr (2009) beschreibt die Resonanz der Therapeutenperson wie folgt:

„Sie zirkuliert, vibriert, agiert wie ein Körper, der durch die kindliche Aktivität zum Schwingen gebracht wird, der Vorgabe zwar folgt, aber sie mit anderer Tönung, Gestalt, Ausprägung ausdrückt. Sie gibt Resonanz in der Interaktion, Resonanz durch ihr Handeln im Medium“ (S. 48).

Wichtig hierbei ist, dass die Therapeutenperson das Prinzip der Nicht-Direktivität wahrt und mit ihren Handlungen möglichst nicht vor das Kind gerät, da dies die Autonomie und Selbststeuerung des Kindes behindern würde. Sie darf aber im Gegenzug dazu auch nicht hinter das Kind geraten, weil dies die „Unmittelbarkeit und Präsenz des Therapeuten verringern könnte“ (Behr et al. 2009, S.

20). Behr (2007) definiert eine gelungene Interaktionsresonanz als „oszillieren [...] [der] Handlungen der Therapeutenperson innerhalb eines Sektors optimalen Kontaktes, bei dem sie schnell fast zeitgleich handelt, dabei die kindliche Spielhandlung leicht verändert, quasi anders tönen lässt und das Spiel doch nicht lenkt“ (Behr 2007, S. 157). Die Therapeutenperson bleibt während diesem Geschehen auf „verbaler Ebene empathisch, geht auf das Kind ein und stellt sich auf die Gefühle des Kindes ein“ (Behr 2009, S. 20). Somit erwächst die Therapeutenperson zu einem voll präsenten Gegenüber für das Kind, welche dem Kind auf der verbalen, sowie auch auf der Handlungsebene einführend begegnet. An dieser Stelle ist noch festzuhalten, dass zu Beginn des Therapieprozesses eher die klassische Alter-Ego-Beziehung nach Axline (2002 [1947], 2008 [1964]) einzusetzen ist, da sich die bereits erwähnten Vorzüge der therapeutischen Beziehung (siehe Kapitel 2.2.3) entfalten können und eine sichere und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutenperson und Kind entstehen kann. Im Verlauf des Therapieprozesses wächst diese Beziehung hin zu einer belastbaren und interaktiven Beziehung. In diesem Stadium ist es dann möglich im Sinne von Tests vorsichtig zu erkunden, ob das Kind die Interaktionsresonanz und somit ein voll präsenten Gegenüber, dass auch sich selbst einbringt, aushält. Wenn das Kind dies tut, so ist es angezeigt, Interaktionsresonanz einzusetzen. (Behr 2002, 2003, 2007, 2009)

Mit dem Aufkommen dieses interaktionellen Vorgehens im therapeutischen Prozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern rutschte das Spiel noch weiter in den Fokus der therapeutischen Resonanz. Behr (2002) betont jedoch trotz dieser interaktionellen Weiterentwicklung der therapeutischen Resonanz, die Bedeutung der verbalen Reflexion durch die Therapeutenperson und legt fest, dass es – parallel zu den interaktionellen Handlungen im Spielgeschehen – die Aufgabe der Therapeutenperson sei sich auf verbaler Ebene empathisch und feinfühlig auf die Affekte des Kindes einzustimmen und diese zuweilen zu spiegeln und zu reflektieren, da die Symbolisierung der unzureichend ins Selbstbild des Kindes integrierten Gefühle und Erfahrungen, sowohl über Interaktionsresonanz, als auch über verbale Resonanz erfolgen sollten, um dem Kind zu einer besseren Einsicht dieser verhelfen zu können. (Behr 2002)

Bevor auf die verbale Resonanz von Seiten der Therapeutenperson genauer eingegangen wird, soll an dieser Stelle der therapeutische Prozess einer personzentrierten Psychotherapie mit Kindern definiert werden. Zugleich wird dargestellt, in wie weit sich die Beziehung zwischen der Therapeutenperson und dem Kind und somit auch die therapeutische Resonanz innerhalb dieses Prozesses verändern.

2.4 Der Therapieprozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern

Im Laufe des therapeutischen Geschehens entwickelt sich ein Prozess, in welchem sich die Beziehung zwischen der Therapeutenperson und dem Kind verändert, wodurch auch die therapeutische

Resonanz der Therapeutenperson einem Wandel unterzogen ist. An dieser Stelle soll nun auf den therapeutischen Prozess der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern Bezug genommen werden, um die Veränderungen der therapeutischen Resonanz anhand dieses Prozesses darstellen zu können.

Der Therapieprozess in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern ist ein fließender Prozess, welcher durch die verschiedenen Entwicklungsphasen, „in denen die unaufhaltsame Entfaltung des kindlichen Selbst und der Beziehung zum signifikanten Anderen in der Therapie, dem Therapeuten, zum Ausdruck kommen“ (Goetze 2002, S. 99), gekennzeichnet ist. Dieser Prozess wird von personenzentrierten Kinderpsychotherapeutenpersonen in verschiedene Phasen gegliedert. Während Goetze (2002) eine Unterteilung in eine non-personale, eine non-direktive, eine klientenzentrierte und eine personenzentrierte Phase vornimmt, sprechen Norton und Norton (1997) von einer Exploratory Stage (erforschende Ebene), einer Testing for Protection Stage (Sicherheitsprüfende Ebene), einer Working Stage (Arbeitsebene) und einer Termination Stage (Beendigungsebene). Wilson et al. (2005), sowie auch Walkobinger (2000) gehen von einer Anfangs-, Mittel- und Endphase aus.

Um den therapeutischen Prozess anschaulich und klar darstellen zu können, werden in diesem Kapitel die verschiedenen Therapieprozessphasen der eben genannten Autoren unter einer Anfangs-, Mittel-, und Endphase zusammengefasst und erläutert.

2.4.1 Anfangsphase

In der Anfangsphase der Therapie lernen Kind und Therapeutenperson einander kennen. Das Kind bekommt erste und zugleich wertvolle Informationen über die Therapie, die Therapeutenperson und ihre Interaktion mit dem Kind, während die Therapeutenperson erste Einsichten in die Einzigartigkeit des Kindes erhält. (Wilson et al. 2005)

Entscheidend für die Anfangsphase ist das die Therapeutenperson bemüht ist so schnell wie möglich eine vertrauensvolle Beziehung zum Kind aufzubauen, damit ein Vertrauensverhältnis zwischen Kind und Therapeutenperson entsteht. (Norton&Norton 1997; Walkobinger 2000; Wilson et al. 2005)

Bereits vom ersten Moment des Kontaktes begegnet die Therapeutenperson dem Kind mit Akzeptanz, Respekt und Sympathie, ist einfühlsam und verständnisvoll, vermittelt ihm dies und hilft dem Kind die Einzigartigkeit dieser therapeutischen Umgebung zu verstehen:

„the focus is on the child, not on the therapist, and the therapists` focus is primarily on the child`s feelings; that the child rather than the therapist chooses the pace and contents of the sessions; that there is a permissive atmosphere, although some rules still apply; and the therapist`s role is to help the child and to respond quickly and appropriately to the child`s needs“ (Ryan&Wilson 2000, S. 22).

Die Therapeutenperson ist präsent und richtet ihre gesamte Aufmerksamkeit auf das Kind, versucht

sich auf dieses einzustellen, geht auf alles ein, was vom Kind kommt und nimmt es respektvoll an und ernst, bleibt jedoch selbst zurückhaltend und bringt in diesem Stadium der Therapie noch wenig von sich selbst ein. Es wird keinerlei Druck auf das Kind ausgeübt. So erfährt das Kind einen bewussten Freiraum, den es nach eigenem Ermessen ausfüllen kann. Es kommt zu einer schrittweisen Entspannung beim Kind und dem Gefühl, dass es hier sein wahres Selbst zeigen kann. (Goetze 2002, Walkobinger 2000, Wilson et al. 2005)

Kinder nutzen diese Anfangsphase, um ein Gefühl dafür zu bekommen, was sie von der Situation erwarten können, die Reaktionen der Therapeutenperson einzuschätzen und mit der gesamten Situation, sowie auch der Therapeutenperson vertraut zu werden und somit Sicherheit zu erlangen, bevor sie sich auf eine tiefere Ebene begeben können. (Wilson et al. 2005)

Zentral für die Eingangsphase der Therapie ist, dass sich das Kind bereits in dieser ersten Phase des Therapieprozesses mit all seinen Eigenheiten und Schwierigkeiten angenommen fühlt und ein Klima des Akzeptiertwerdens geschaffen wurde. Durch dieses geschaffene Klima wächst das Vertrauen im Kind, welches ihm ermöglicht sein erstarrtes und verfestigtes Selbst als Reaktion auf Bedrohungen aufzulockern. (Walkobinger 2000)

Goetze (2002) beschreibt diese Phase der Therapie als non-direktiv, während Norton und Norton (1997) sie in zwei verschiedene Ebenen unterteilen. Zum einen die „Exploratory Stage“ (S. 7) in der das Kind seine Rolle, sowie auch die der Therapeutenperson im therapeutischen Setting erforscht. In diesem Stadium ist die Therapeutenperson präsent, richtet ihre volle Aufmerksamkeit auf das Kind und akzeptiert dieses so, wie es sich gerade präsentiert. Dadurch fühlt das Kind sich zur Therapeutenperson hingezogen und kann Vertrauen schöpfen. Die zweite Ebene wird von Norton und Norton (1997) als „Testing for Protection Stage“ (S. 8) beschrieben in der das Kind sichergehen will, dass diese besondere Beziehung zur Therapeutenperson, wie es sie innerhalb der Therapie bereits erfahren hat, noch aufrecht ist. Die auffälligen Verhaltensweisen des Kindes nehmen in dieser Phase zu, um zu testen ob es mit all dem was es präsentiert noch immer akzeptierend, wertschätzend und einfühlsam angenommen wird. Wenn die Therapeutenperson diese Tests in Bezug auf die Beziehung zum Kind besteht, ist die Anfangsphase abgeschlossen. (Norton&Norton 1997)

2.4.2 Mittelphase

Die Mittelphase des Therapieprozesses ist geprägt durch das Entstehen von Gegenseitigkeit – was bedeutet, dass das Kind die Therapeutenperson genauso annimmt, wie diese das Kind – und der Auseinandersetzung mit dem Symptom. (Walkobinger 2000)

In dieser Phase ist ein enges Beziehungsverhältnis zum Kind bereits aufgebaut, welches durch die Kernvariablen – Kongruenz, Empathie und positive Wertschätzung – realisiert wird. Durch die größere Vertrautheit in der Beziehung zur Therapeutenperson, ist es dem Kind möglich in der Dar-

stellung seiner eigenen, inneren Welt tiefer zu gehen. Das Tempo in dem der Prozess der Selbstexploration vorangeht, ist individuell unterschiedlich und wird vom Kind bestimmt. Die Therapeutenperson folgt dem Kind und „versucht so einfühlsam wie möglich die kindliche Gefühlswelt zu verstehen und zu erfassen“ (Walkobinger 2000, S. 59). Das Kind wird mit allen Gefühlen, die es zeigt, angenommen, auch wenn es z.B. seine Wut gegen die Therapeutenperson richtet. Dadurch bietet die Therapeutenperson „dem Kind den Halt, den es braucht, um sich nicht in seiner Wut [oder anderen Gefühlen] zu verlieren“ (Walkobinger 2000, S. 60) und um sich in der Beziehung zur Therapeutenperson sicher fühlen zu können. Durch „das Verstehen- und Annehmen-Können von allem, was vom Kind kommt, entsteht immer mehr an Nähe und Intimität zwischen Kind und Therapeutenperson. Immer mehr inkongruente Erfahrungen werden aufgelöst und können korrekt symbolisiert in das Selbst integriert werden“ (Walkobinger 2000, S. 60). (Goetze 2002, Walkobinger 2000, Wilson et.al. 2005)

In diesem Stadium der Therapie wird die Therapeutenperson offener und zeigt mehr von ihrer eigenen Person „wodurch die Therapie immer mehr zu einem gemeinsamen Unternehmen wird“ (Walkobinger 2000, S. 60). Die Therapeutenperson wird als Partnerin erlebt und die personbezogene Beziehung, welche nach Goetze (2002) innerhalb des Therapieprozesses möglichst schnell aufgebaut werden sollte und „durch Partnerschaftlichkeit, gegenseitige Achtung, soziale Reversibilität im Sprechen und Handeln, wechselseitige Hilfe und Anteilnahme, Offenheit und Aufrichtigkeit gekennzeichnet ist“ (Goetze 2002, S. 99), nimmt in dieser Phase der Therapie ihren Anfang. (Goetze 2002, Walkobinger 2000, Wilson et.al. 2005)

Aufgrund des sicheren, akzeptierenden Klimas wird dem Kind in der Mittelphase der Therapie die Möglichkeit geboten auf sich selbst zu hören und sich selbst besser wahrzunehmen, was dazu führt, dass die Selbstakzeptanz und die Kongruenz des Kindes steigen. Das Spielzimmer bietet dem Kind einen Raum in dem es alle Arten von Emotionen und Verhaltensweisen zulassen, erforschen und erproben kann. Die Therapeutenperson „folgt dabei dem Kind, sie akzeptiert und respektiert das Kind, wodurch bislang zurückgewiesene Aspekte der Persönlichkeit nach außen gebracht und gemeinsam mit den akzeptierenden Anteilen ins Selbst integriert werden können. Der personzentrierten Theorie folgend wird damit die Eigenpersönlichkeit des Kindes gefördert, was über die Symptombeseitigung hinausgeht“ (Walkobinger 2000, S. 60f).

Goetze (2002) beschreibt diese Phase des Therapieprozesses als klientenzentriert, während Norton und Norton (1997) von „Working Stages“ (S. 9) (zu Deutsch: Arbeitsabschnitte) sprechen. Auf dieser Ebene fühlt das Kind sich sicher genug, um sein Inneres preiszugeben und beginnt den Schmerz, das Trauma, die Angst oder andere belastende Emotionen in den Inhalt des Spieles zu integrieren. Die Aufgabe der Therapeutenperson beschreiben Norton und Norton (1997) während dieser Phase des therapeutischen Prozesses darin, dem Kind wertschätzend und akzeptierend zu

folgen und ihm ein Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Schutz zu bieten. Denn in Fällen wo das Spiel für das Kind zu bedrohlich wird, ist das Kind nur dann in der Lage das Spiel fortzusetzen, wenn die Therapeutenperson das Spiel akzeptierend und einführend annehmen kann und das therapeutische Klima dem Kind eine sichere Basis bietet. Die „Working Stages“ werden von Norton und Norton (1997) in „Dependency“ (S. 9) (zu Deutsch: Abhängigkeit) – was bedeutet, dass das Spiel und das Verhalten des Kindes auf dieser Ebene von einer konfliktgeladenen Grundhaltung bestimmt ist – und „Therapeutic Growth“ (S. 9) (übersetzt: therapeutische Entwicklung) unterteilt. Auf der Ebene des „Therapeutic Growth“ geschieht ein Prozess den Norton und Norton (1997) folgendermaßen beschreiben:

„Then, upon completion of the confrontation, empowerment and level of functioning begin to improve. Now that the issue is no longer so imposing for the child, she can reclaim her identity by integrating the empowerment and self-worth. The internalized sense of empowerment and self-worth is reflected in an elevated level of functioning“ (S. 9).

Norton und Norton (1997) halten fest, dass in dieser Phase des Therapieprozesses das Selbstwertgefühl des Kindes deutlich gestärkt wird, wodurch der Einfluss der kindlichen Probleme auf dessen Verhalten langsam schwindet und das Kind als eigenständig handelnde Person agieren kann.

2.4.3 Endphase

In der Endphase des Therapieprozesses ist eine voll belastungsfähige Beziehung aufgebaut, in der die Therapeutenperson als vollwertiger Partner gilt und sich selbst in das Spielgeschehen einbringen kann. Konfrontationen und Generalisierungen innerhalb des Therapiegeschehens sind möglich. Im Spiel mit der Therapeutenperson werden alternative Handlungsweisen für das Leben außerhalb des Spielzimmers erprobt. (Goetze 2002; Norton&Norton 1997; Walkobinger 2000)

Walkobinger (2000) beschreibt das Empfinden der Kinder in dieser Phase der Therapie wie folgt: „Die Kinder mögen sich nun mehr, sie fühlen sich freier und befreiter, da sie viel von ihrer Wut, Ohnmacht, Hass und Zorn im Therapiezimmer lassen konnten und dadurch freier und offener für neue Anforderungen in ihrem Leben wurden“ (Walkobinger 2000, S. 61).

Am Ende des Therapieprozesses erlangt das Kind neues Wohlbefinden, Kontrolle, Achtung und Selbstbestimmung welche seinem Alter bzw. seinem Entwicklungsstand entsprechend angemessen sind. Das Kind spielt und verhält sich dem Therapeuten gegenüber sowie andere Kinder seines Alters oder Entwicklungsstandes. Es treten positive und anhaltende Veränderungen im Verhalten des Kindes auch außerhalb der Therapiestunde auf und es kommt zu positiven Veränderungen im Auftreten und im Erscheinungsbild des Kindes. Das Verlangen des Kindes an der Therapiestunde teilzunehmen wird immer geringer und es zeigt während der Therapiestunde, dass diese für ihn weniger an Bedeutung erhält, indem es Interesse an Dingen außerhalb des Therapiezimmers und der Therapiestunde entwickelt. (Goetze 2002, Norton&Norton 1997, Walkobinger 2000, Wilson et al.

2005)

Goetze (2002) betitelt dieses Stadium der Beziehung als personenzentriert und das Erreichen dieses Stadiums als Therapieende. Auch Norton und Norton (1997) bezeichnen diese Phase der Therapie als „Termination Stage“ (S. 9) (zu Deutsch: Abschlussphase) und somit als letzte Phase im Therapieprozess.

In diesem Kapitel wurde dargelegt, in wie fern das Kind durch die besondere Beziehung zur Therapeutenperson und der therapeutischen Resonanz innerhalb des therapeutischen Prozesses seinen eigenen Organismus als Ort der Bewertung zurück gewinnen, sein Selbstwertgefühl stärken und seine gesamte Persönlichkeit entwickeln kann, wodurch es zum Abbau von Symptomen und somit zur Entwicklung seiner Persönlichkeit kommt. Die Grundlagen, die hier für die therapeutische Resonanz beschrieben wurden, gelten auch für die verbale Resonanz der Therapeutenperson. Bevor jedoch die verbale Resonanz in dieser Arbeit als Phänomen gefasst und detailliert erörtert wird, soll zuerst noch auf die historische Entwicklung der verbalen Resonanz der Therapeutenperson und dessen Bedeutung für den Therapieprozess dargestellt werden, um den aktuellen Forschungsstand in Bezug auf die verbale Resonanz der Therapeutenperson in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und deren Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu verdeutlichen.

3. Die historische Entwicklung der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in der personzentrierten Psychotherapie mit Kinder

In der personzentrierten Psychotherapie stellt das Verbalisieren der inneren Prozesse des Klienten schon seit Anbeginn eine zentrale therapeutische Intervention dar. (Axline 2002 [1947]; Tausch&Tausch 1956; Schmidtchen 1974; 1978) Rogers (2009 [1959]) begründet dies in der Persönlichkeitstheorie des personzentrierten Ansatzes (siehe Kapitel 2.2.1) und hält fest, dass das Verbalisieren der Gefühle, der Erfahrungen und der Erlebnisse des Klienten dazu führe, dass „das Individuum sein Selbstkonzept [überprüft], um es in Übereinstimmung mit seiner exakt symbolisierten Erfahrung zu bringen“ (Rogers 2009 [1959], S. 38). In diesem Prozess der Übereinstimmung lernt der Klient bzw. das Kind sich besser kennen und akzeptieren, was zu einer Verringerung der Inkongruenz zwischen den organismischen Erfahrungen und dem Selbstkonzept des Klienten führt und den Prozess hin zu einer psychisch gesunden Persönlichkeit anregt. (Roger 2009 [1959])

Obwohl – wie in Kapitel 2.1 bereits dargestellt wurde – das Spiel als kindliches Ausdrucksmittel dient und die Therapeutenperson dem Kind innerhalb der personzentrierten Psychotherapie vorwiegend auf einer spielerischen Ebene begegnet, repräsentiert das Verbalisieren von kindlichen Erfahrungen, Gefühlen und Erlebnissen seit den Anfängen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern eine zentrale therapeutische Intervention. Diese Bedeutung war und ist jedoch einem Wandel unterzogen, der nun dargestellt und erläutert werden soll.

3.1 Die Bedeutung der verbalen Resonanz in den Anfängen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern

Virginia Axline (2002 [1947]), beschreibt das Verbalisieren als eine bedeutende therapeutische Intervention. Bei den von ihr formulierten acht Grundprinzipien der personzentrierten therapeutischen Arbeit mit Kindern (siehe Kapitel 2.2.2) lautet das vierte Prinzip „Erkennen und Reflektieren von Gefühlen“ (Axline 2002 [1947], S. 73), welches wie folgt beschrieben wird: „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 [sic!] es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt“ (Axline 2002 [1947], S. 73). Axline (2002 [1947]) betont, dass sich die Aufmerksamkeit der Therapeutenperson explizit den Gefühlen des Kindes zuwenden solle und wies auf den Unterschied zwischen dem Erkennen von Gefühlen und deren Interpretation hin. Sie führte an, dass das Spiel des Kindes symbolisch für seine Gefühle sei „und wenn der Therapeut versucht, symbolisches Verhalten in Worte zu übersetzen“ (Axline 2002 [1947], S. 96), darin immer auch eine Interpretation liege, „denn er

sagt, was er glaubt, daß [sic!] das Kind mit seiner Beschäftigung ausgedrückt haben könnte“ (Axline 2002 [1947], S. 96). Solche Interpretationen seien in der therapeutischen Arbeit mit Kindern jedoch kaum zu vermeiden und darum auf ein Minimum zu beschränken. Die Verbalisierungen sollen sich nach Axline (2002 [1941]) auf die Spielebene des Kindes beziehen und immer „das vom Kind gebrauchte Symbol“ (S. 97) ansprechen. „Erspürt und erkennt der Therapeut das zum Ausdruck gebrachte Gefühl, so geht das Kind allmählich weiter, und der Therapeut kann direkt sehen, wie es an Einsicht gewinnt“ (Axline 2002 [1947], S. 97). Axline (2002 [1947]) weist dem Reflektieren von Gefühlen somit eine bedeutende Rolle für den therapeutischen Prozess zu. Hensel (2002) hält fest, dass die Formulierung „Reflektieren von Gefühlen“ auf eine stark kognitive Ausrichtung der Therapeutenperson hindeutet und der „Aspekt des inneren erlebnismäßigen 'Mitschwingens““ (Hensel 2002, S. 293) bei Axline (2002 [1947]) noch keinen Anklang findet. Dies ändert sich mit dem Verständnis von Tausch und Tausch (1956) in Bezug auf das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen. Tausch und Tausch (1956) beschreiben das Prinzip des Erkennens und Reflektierens von Gefühlen als „das entscheidendste Verhaltensprinzip“ (S. 93) der Therapeutenperson und gleichsam als „therapeutisches Instrument, um eine Änderung in den Verhaltensweisen der Kinder zu ermöglichen“ (S. 93). Damit eine Therapeutenperson in der Lage ist die Gefühle des Kindes zu erkennen, ist es von Nöten, dass sie versucht „die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen und zu erleben.“ (Tausch&Tausch 1956, S. 93). Die Therapeutenperson muss „dabei nicht nur mit dem Kinde mit erleben, sondern [...] [die] Umwelt und Gegenstände auch möglichst so akzentuiert und bedeutungsbehaftet sehen, wie sie dem Kind erscheinen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 93). Bereits an dieser Stelle gehen Tausch und Tausch auf das einführende Mitschwingen der Therapeutenperson ein. Tausch und Tausch (1956) betonen, dass die Reflexionen sich nicht nur an Gefühle, sondern auch an Haltungen, Strebungen und Einstellungen des Kindes richten. Die Therapeutenperson „reflektiert in verbalisierter Form die den Verhalten zugrunde liegenden Gefühle [, Haltungen und Einstellungen], so daß [sic!] die Kinder zum vollen Erlebnis und zur Erkenntnis und Klärung ihres Verhaltens und mancher Persönlichkeitszüge kommen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 103). Die von der Therapeutenperson geäußerten Reflexionen sollten in „zusammenfassender, prägnanter Kürze“ (S. 95) zum Ausdruck kommen. Zum besseren Verständnis dessen folgt nun ein kurzes Beispiel aus einem Auszug einer Therapiestunde von Tausch und Tausch (1956):

Ein Kind zeichnet an der Wandtafel und sagt: „Ich wische wieder alles weg, es ist schlecht geworden.“ Die Therapeutenperson antwortet darauf: „Du bist nicht zufrieden mit deiner Zeichnung.“ (Tausch&Tausch 1956, S. 94)

Anhand dieses Beispiels lässt sich verdeutlichen, dass bereits hinter einer solch einfachen Aussage eines Kindes, Gefühle und Haltungen stehen, welche durch die Therapeutenperson erkannt und reflektiert werden sollten.

Verbalisieren stellt bei Tausch und Tausch (1956), wie auch bei Axline (2002 [1947]), einführendes Verstehen dar. Tausch und Tausch (1956) weisen jedoch ein differenziertes Verständnis dieses Prinzips auf und gehen auch auf das Reflektieren des kindlichen Verhaltens ein. Sie halten fest, dass die Therapeutenperson während einer Therapiestunde auch des Öfteren das kindliche Verhalten reflektiere, dies jedoch nur dann geschehen solle, „wenn [die] Gefühle zu undeutlich sind oder es sich um sehr entscheidende Verhaltensweisen handelt“ (Tausch&Tausch 1956, S. 95).

Während bei Axline (2002 [1947]) das Ziel der verbalen Reflexionen darin liegt dem Kind Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln, betonen Tausch und Tausch (1956) das Erfahren der eigenen Gefühle und Haltungen bereits als eigenständigen therapeutischen Wirkfaktor.

Tausch und Tausch (1956) weisen des Weiteren auf zwei Gefahren beim Reflektieren von Gefühlen hin: Wenn die Therapeutenperson die Gefühle des Kindes nicht hinreichend erkennt, erfährt das Kind, dass es von der Therapeutenperson nicht ausreichend verstanden wird und dies führt unweigerlich zu einer Behinderung des therapeutischen Prozesses. Reflektiert die Therapeutenperson über das vom Kind zum Ausdruck gebrachte hinaus, führt dies im Allgemeinen zu heftigem Widerstand und einem Gefühl des Missverstandenwerdens, was wiederum zu einer Behinderung des therapeutischen Prozesses führt. Interpretationen von Seiten der Therapeutenperson sind somit nach Tausch und Tausch (1956) zu unterlassen.

3.2 Erste Studien zum therapeutischen Handeln in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern

In den 70er Jahren erforschte Stefan Schmidtchen (1974, 1978) das Handeln in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und kam zu dem Schluss, dass das therapeutische Reflektieren von Gefühlen und Problemlösungsverhalten des Kindes den therapeutischen Prozess positiv beeinflusst. (Schmidtchen 1978) Als Problemlöseverhalten titulierte Schmidtchen (1974, S. 43) „die Gesamtheit der äußeren als auch inneren Handlungen [...], die das Individuum ausführt, um die Schwierigkeiten zu überwinden und das erstrebte Ziel zu erreichen“. Die Therapeutenperson hilft dem Kind sein Problemlösungsverhalten zu verbessern, indem sie dem Kind die wichtigsten Schritte seines Problemlösungsprozesses in verbaler Form „als gedankliches Konzept vorstellt“ (Schmidtchen 1989, S. 191). Wenn das Kind in seinem Problemlösungsprozess blockiert ist, spricht die Therapeutenperson das vom Kind bereits gezeigte Problemlösungsverhalten an und hilft somit diesen Prozess wieder in Gang zu setzen. Schmidtchen (1999) hält fest, dass das „Verstehen und Bewußtmachen [sic!] des Bedeutungsgehaltes der vom Klienten gemachten Heilungserfahrungen [...] zu den Kernstrategien des klientenzentrierten Therapieansatzes“ (S. 100) zähle und teilt das dieser Strategie zugrundeliegende Empathiekonzept nach Rogers (2009 [1959]) in zwei Aufgabenbereiche der Therapeutenperson. Zuerst sei es die Aufgabe der Therapeutenperson „erlebnismäßig und gedanklich den Bedeu-

tungsgehalt wichtiger Klientenerfahrungen [zu] erkunden [...] [und] sich ein anschauliches und differenziertes Bild von der 'privaten Welt' des Klienten [zu] machen und [zu] versuchen, wichtige Aspekte des Selbst-, Welt- und Beziehungskonzeptes des Klienten zu verstehen“ (Schmidtchen 1999, S. 101). Im Anschluss daran „wird das erfahrene Bedeutungsgeschehen dem Klienten verbal zurückgespiegelt“ (Schmidtchen 1999, S. 102). Dadurch können dem Kind „heilungswichtige Komponenten seines Selbst-, Welt- und Beziehungskonzeptes“ (Schmidtchen 1999, S. 102) bewusst gemacht werden, welche „eine weitere Klärung und Differenzierung“ (Schmidtchen 1999, S. 102) des Selbstkonzeptes ermöglichen und zu mehr Handlungskompetenz beim Kind führen. Schmidtchen (1974, 1978, 1982, 1989, 1999) ist somit zu der Überzeugung gelangt, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson, welche er als Reflexionen von Gefühlen und Problemlösungsverhalten definierte, eine zentrale therapeutische Intervention darstellt und von Bedeutung für einen positiven Therapieverlauf ist.

3.3 Verbale Resonanz in der gegenwärtigen Forschung der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern

Ab den 1980er bzw. 1990er Jahren wandte sich das Forschungsinteresse von der Bedeutung der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern weitgehend ab, da es mit Aufkommen eines interaktionellen Ansatzes innerhalb der personzentrierten Psychotherapie auch zu einem interaktionellen Vorgehen innerhalb der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern kam. (Hensel 2002) Die Rolle der Therapeutenperson ging somit über das „'nur' empathisch Begleitende“ (Hensel 2002, S. 286) hinaus, hin zu einer deutlich aktiveren und einflussnehmenderen Rolle. Das Spiel des Kindes rückte noch zentraler in den Mittelpunkt des Therapiesgeschehens und die „Selbsteinbringung [...] [der Therapeutenperson] als reales Gegenüber wird selbstverständlicher Bestandteil personzentrierter kinderpsychotherapeutischer Praxis“ (Hensel 2002, S. 287). (siehe Kapitel 2.3)

1997 griffen Norton und Norton das Thema der therapeutischen Resonanz in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern erstmals wieder auf und hielten fest, dass es 39 verschiedene Arten therapeutischer Resonanz gibt. 13 dieser Arten beziehen sich auf die verbale Resonanz der Therapeutenperson, womit ein Drittel der gesamten therapeutischen Resonanz auf verbaler Ebene stattfindet und diese somit keinen unwesentlichen Bereich während des Therapieverlaufes darstellt. Damit die verbale Resonanz eine förderliche Wirkung auf den therapeutischen Prozess haben kann, weisen Norton und Norton (1997) auf verschiedene Dimensionen, die beachtet werden müssen, wie z.B. den Grad der Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson, die Phase in der sich der therapeutische Prozess befindet und die Ebene auf der die verbale Resonanz zum Ausdruck kommt, hin. Aufgrund der detaillierten Beschreibung der verbalen Resonanz wird deutlich, dass

Norton und Norton (1997) dieser für den therapeutischen Prozess eine Relevanz beimessen.

Da das interaktionelle Vorgehen in den Vordergrund gerückt ist, wird der verbalen Resonanz in der aktuellen Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern kaum eine besondere Bedeutung zugemessen. Pelinka (2000) ist zum Beispiel der Ansicht, dass die verbale Resonanz nicht überzubewerten sei, da verbale Resonanz angesichts der interaktionellen Methoden therapeutischer Resonanz nicht unbedingt notwendig sei und die Therapeutenperson das empathisch Erspürte dem Kind in seiner Sprache – dem Spiel – rückmelden könne und solle. Hensel (2002) ist hier anderer Auffassung und hält fest, dass „Empathisches Verstehen und reales Gegenüber sein [...] die beiden Beine [sind], auf denen personzentrierte Kindertherapeuten [...] gehen sollten“ (S. 287). Die verbale Resonanz von Seiten der Therapeutenperson sei jedoch „zu wertvoll“ (Hensel 2002, S. 287) um diese „leichtfertig – durch Nichtbeachtung – über Board zu werfen“ (Hensel 2002, S. 287) und plädiert dafür „das genaue Arbeiten mit sprachlicher Symbolisierung in der personzentrierten Kinderpsychotherapie wieder theoretisch anzuregen“ (Hensel 2002, S. 287).

In den aktuellen Werken zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird verbale Resonanz lediglich in Bezug auf empathisches Verstehen und das Reflektieren von Gefühlen, Haltungen, Wünschen und Handlungen von Kindern bezogen. (Boeck-Singelmann et al. 2002; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Van Fleet et al.; Weinberger 2010; Wilson et al. 2005)

Zusammengefasst kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson schon seit der Entstehung der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern eine zentrale Bedeutung für den therapeutischen Prozess besaß und zugleich eine bedeutsame therapeutische Intervention darstellte. Mit Aufkommen eines interaktionellen Ansatzes, verlor das Phänomen der verbalen Resonanz der Therapeutenperson jedoch an Bedeutung. Während bei Axline (2002 [1947]) das Kind im Spielzimmer zirkulierte, seine Themen ausspielte und sie es vorwiegend verbal wertschätzend begleitete, ist die personzentrierte Kinderpsychotherapeutenperson von heute ein reales Gegenüber für das Kind, welche mitspielt und dem Kind im Handeln Resonanz anbietet. Behr (2002) betont, dass „die Symbolisierung [...] sowohl über Interaktionsresonanz als auch über sprachliche Resonanz erfolgen“ (S. 119) müsse und weist dem Bereich der Sprache auch bei einem interaktionellen Vorgehen spezifische Funktionen zu:

„zum einen werden über die Sprache Selbst-Empfindungen, Verhalten und deren Bedeutung ausgehandelt, die sprachnah sind bzw. nur in Sprache zu fassen, zu differenzieren und zu klären sind; zum anderen werden organismische Erfahrungen mit sprachlichen Symbolen in Zusammenhang gebracht“ (Behr 2002, S. 119).

Zur Bedeutung der verbalen Resonanz in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern gibt es keine aktuellen Studien und auch in der aktuellen Literatur wird das Thema verbale Resonanz nur umrissen. Goetze (2002), Landreth (2002) und Weinberger (2010) formulieren die verbale Reso-

nanz der Therapeutenperson etwas detaillierter, greifen dabei jedoch auf die Ausführungen von Norton und Norton (1997) zurück.

Im nächsten Kapitel soll verbale Resonanz als Phänomen gefasst und erörtert werden.

4. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Phänomen in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern

Wie in dieser Arbeit bereits dargestellt wurde (siehe Kapitel 3), hat die verbale Resonanz der Therapeutenperson das Ziel, dem Kind Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln. Durch die Verbalisierungen der Therapeutenperson wird dem Kind die Möglichkeit gegeben, sich selbst besser kennen und akzeptieren zu lernen. Aufgrund dieses Prozesses des Sich-Selbst-Kennenlernens und Sich-Selbst-Annehmen-Könnens kommt es zu einer Verringerung der Inkongruenz zwischen den organismischen Erfahrungen und des Selbstkonzeptes des Kindes, was wiederum zum Abbau der kindlichen Symptome und zur Entwicklung der Persönlichkeit führt. (siehe Kapitel 2 und 3)

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson innerhalb der Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern lediglich umrissen und zumeist auf das Reflektieren von Gefühlen beschränkt wird. (siehe Kapitel 3) Dieses Kapitel stellt den Versuch dar diese Forschungslücke zu schließen und die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Phänomen zu fassen und zu elaborieren. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson bezieht sich hierbei auf jede verbale Äußerung der Therapeutenperson als Resonanz auf die Handlungen des Kindes und das vom Kind verbal oder nonverbal zum Ausdruck gebrachte. Ausgehend von den in Kapitel 2 bereits dargelegten Grundlagen und Besonderheiten der therapeutischen Resonanz stellt sich nun die Frage, in welcher Weise das Verhalten des Kindes verbal reflektiert werden muss, damit die verbale Resonanz der Therapeutenperson eine therapeutische Wirkung entfalten kann.

Hierzu wird in einem nächsten Schritt zur Beantwortung der Forschungsfrage - welche Bedeutung die verbale Resonanz für den therapeutischen Prozess aufweist - die Struktur, welche verbale Resonanz aufweisen muss, um für den Therapieprozess förderlich sein zu können, festgelegt und beschrieben. Dazu wurden vorausgehend die Ausschnitte und kurzen Erörterungen in den verschiedensten Schriften zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, welche sich mit dem Geben von verbaler Resonanz befassten, als Grundlage. Da diese Werke sich jedoch nur peripher mit verbaler Resonanz auseinandersetzen, wurden die einzelnen Erkenntnisse in Bezug auf die verbale Resonanz der Therapeutenperson zusammengetragen um verbale Resonanz als Phänomen fassen und erörtern zu können. Neben dem Herausfiltern der Struktur, die verbale Resonanz aufweisen muss um förderlich für den Therapieprozess zu sein, wurden mit Hilfe der theoretischen Werke zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern vier Arten verbaler Resonanz erfasst, indem die verbalen Reaktionen der Therapeutenperson während eines Therapieprozesses in folgende vier Gruppen zusammengefasst wurden: verbales Mitschwingen, empathische Äußerungen, verbale Resonanz in Bezug auf Grenzsetzungen und verbale Resonanz in Bezug auf Fragen. Diese Arten

der verbalen Resonanz werden in einem jeweils eigenen Unterkapitel erörtert und in Hinblick auf ihre spezifische Bedeutung für den therapeutischen Prozess untersucht.

Wie in Kapitel 2 bereits erwähnt, verändert sich die therapeutische Resonanz während eines Therapieverlaufes. In wie weit sich die verbale Resonanz der Therapeutenperson innerhalb eines Therapieprozesses modifiziert und welche Bedeutung dies für den therapeutischen Prozess hat, wird am Ende dieses Kapitels erläutert. Das Ziel dieses Kapitels ist es, die verbale Resonanz der Therapeutenperson im therapeutischen Prozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern als Phänomen zu fassen und zu erörtern. Zum besseren Verständnis der Ausführungen werden Ausschnitte aus verschiedenen Therapiestunden, welche in der Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern enthalten sind, angeführt, die das jeweils Dargestellte anschaulichen und verdeutlichen sollen.

4.1 Die Struktur der verbalen Resonanz der Therapeutenperson

Um aufzuweisen über welche Qualitäten die verbale Resonanz der Therapeutenperson verfügen muss, um einen positiven Wirkfaktor für den Therapieprozess darstellen zu können, wird in diesem Kapitel die Struktur der verbalen Resonanz der Therapeutenperson hinsichtlich ihrer Förderlichkeit für den Therapieprozess bestimmt. Um das Prinzip der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern – der Glaube an eine konstruktive Kraft im Kind, „die es befähigt mit seinen Schwierigkeiten und Problemen selber fertig zu werden, wenn es geeignete Wachstumsbedingungen vorfindet“ (Weinberger 2010, S. 36) – nicht zu verletzen, muss die verbale Resonanz der Therapeutenperson in erster Linie einen nicht-direktiven Charakter aufweisen, worauf im ersten Unterkapitel dieses Kapitels Bezug genommen wird. Des Weiteren wird die Struktur der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in Hinblick auf die Art und Komplexität der Formulierung, deren Adressaten, die Tonlage, Mimik und Gestik, sowie auch auf deren Frequenz charakterisiert.

4.1.1 Nicht-Direktivität als Prinzip

Die Basis der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern gründet in der Überzeugung, dass jedes Kind eine Kraft in sich trägt, sich in einer entwicklungsförderlichen Umgebung bestmöglich zu entwickeln. (siehe Kapitel 2.2) Landreth (2002) beschreibt dies wie folgt: „The therapist genuinely believes children are capable of figuring things out for themselves, trusts their decisions as being appropriate for them within the boundaries of their developmental capabilities, and communicates this attitude through responses to children“ (S. 207). In der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern besteht ein wesentliches Ziel darin eine therapeutische Atmosphäre zu kreieren, in der das Kind sich frei fühlen kann, sich selbst auszudrücken. Die Grundlage für ein solches Klima stellt die vollkommene Akzeptanz und die unbedingt positive Wertschätzung des Kindes und dessen Persön-

lichkeit dar. Im Rahmen der personzentrierten Psychotherapie wird dem Kind die Möglichkeit geboten seinen eigenen Weg zu gehen, selbst die Richtung zu bestimmen und eigenständig zu entscheiden. Die Therapeutenperson folgt dem Kind in seinem Tun geduldig, akzeptierend, wertschätzend und einfühlsam. (siehe Kapitel 2.2) Die verbale Resonanz der Therapeutenperson verkörpert diese Grundeinstellung der personzentrierten Therapeutenperson und ist dazu verpflichtet dieses Prinzip der Nicht-Direktivität zu wahren. Dies hat zur Folge, dass die Therapeutenperson mit ihren Verbalisierungen nicht vor das Kind geraten und nicht lenkend in das Geschehen eingreifen darf. Die Akzeptanz der Therapeutenperson ist auf verbaler Ebene durch die Abwesenheit von Ratschlägen, Kritik, Lob, Trost, Tadel, Anregungen und Hinweisen geprägt. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Landreth 2002) Die Therapeutenperson verzichtet innerhalb der Therapiestunde auf Lob, damit das Kind keinerlei Veranlassung verspürt dessen Verhalten an die positive Anerkennung der Therapeutenperson anzupassen. Ebenso enthält sich die Therapeutenperson jeglicher Kritik, da dies zu Entmutigung beim Kind und zur Anpassung des kindlichen Verhaltens führen könnte. Tadel ist während einer Therapiestunde unangebracht, da die Therapeutenperson die Äußerungen, Gefühle und das Verhalten des Kindes nicht nach Gut und Böse bewertet, sondern das Kind bedingungslos so annimmt, wie dieses ist. Des Weiteren verzichtet die Therapeutenperson auch auf jegliche Art von Anregungen, Ratschlägen und Hinweisen, da die Therapiestunde die Stunde des Kindes darstellt, in der das Spielzimmer und die Materialien, die sich darin befinden, vom Kind in jener Weise genutzt werden können, wie sie dem Selbstaussdruck des Kindes dienlich sind. Würde die Therapeutenperson verbale Resonanz in Form von Lob, Kritik, Ratschlägen, Hinweisen usw. geben, so würde die Therapeutenperson in den therapeutischen Prozess störend eingreifen und das Kind in seiner Tätigkeit und seinem freien Selbstaussdruck hemmen oder unterbrechen. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Landreth 2002)

Mit Hilfe des folgenden Beispiels wird dargestellt, inwieweit Lenkungen in Form von verbaler Resonanz durch die Therapeutenperson für den therapeutischen Prozess hinderlich sind.

Das Kind sagt: „Vielleicht sollte ich, wenn ich hier fertig bin, etwas malen.“ Darauf reagiert die Therapeutenperson mit: „Das hört sich nach einer guten Idee an.“ (Landreth 2002, S. 228)

Durch die verbale Resonanz der Therapeutenperson bekommt das Kind hier das Gefühl, dass die Therapeutenperson möchte, dass es nach Beendigung seiner Tätigkeit ein Bild malt und ist somit in seiner Entscheidungsfindung gehemmt. Eine für den therapeutischen Prozess förderliche verbale Resonanz der Therapeutenperson würde wie folgt lauten: „Du denkst, dass du nachher Lust haben könntest ein Bild zu malen.“ (Landreth 2002, S. 228) Eine solche verbale Resonanz signalisiert dem Kind Verständnis von Seiten der Therapeutenperson und überlässt dem Kind die Entscheidung was es später tun will. (Landreth 2002)

Fremdbewertungen durch die Therapeutenperson sind in Bezug auf einen positiv verlaufenden therapeutischen Prozess zu vermeiden, da der therapeutische Prozess darauf abzielt dem Kind zu helfen ein eigenes inneres Bewertungssystem aufzubauen (Goetze 2002), um „den eigenen Organismus als Ort der Bewertung von Wahrnehmungen zurück[zu]gewinnen“ (Behr 2009, S. 39).

Sollte ein Kind in der Therapiestunde die Therapeutenperson beispielsweise um eine Beurteilung seiner Zeichnung bitten, so wird die Therapeutenperson eine verbale Resonanz im Sinne von „Ich glaube, das ist ein ganz hübsches Bild“ (Goetze 2002, S. 178) vermeiden, da eine solche Reaktion das Kind dazu veranlassen könnte ähnliche Bilder zu malen, um der Therapeutenperson zu gefallen, wodurch „das externale Motivationssystem des Kindes weiterhin verstärkt“ (Goetze 2002, S. 178) werden würde. Eine förderliche verbale Resonanz spricht den Wunsch des Kindes an und könnte wie folgt lauten: „Du möchtest gerne wissen, wie ich dein Bild finde?“ (Goetze 2002, S. 179) Um den therapeutischen Prozess an dieser Stelle nicht ins Stocken geraten zu lassen, wäre es ratsam, dass sich die Therapeutenperson den Einzelheiten des Bildes zuwendet und zu diesen etwas verbalisiert, wie z.B. durch eine solche Bemerkung: „Du hast die blaue und grüne Farbe benutzt um dieses Bild zu malen.“ (Goetze 2002)

Indem die Therapeutenperson innerhalb der personzentrierten Psychotherapie gänzlich darauf verzichtet für das Kind Entscheidungen zu treffen und dem Kind somit den Freiraum lässt eigene Entscheidungen treffen zu können und zugleich zu müssen, bietet diese dem Kind die Möglichkeit eine eigene Meinung zu entfalten und diese dem Spiel bzw. seinem Selbstaussdruck beizumessen. (Goetze 2002; Landreth 2002) Zur Verdeutlichung folgt ein Beispiel für eine adäquate verbale Resonanz der Therapeutenperson aus einer Therapiestunde:

Das Kind malt ein Bild und fragt: „Mit welcher Farbe soll ich den Mond malen?“ Die Therapeutenperson antwortet: „Du kannst den Mond in jeder Farbe malen, die dir gefällt.“ (Landreth 2002, S. 214)

Die Therapeutenperson greift dem Kind nicht vor. Das Kind kann und muss eine eigene Entscheidung darüber treffen, wie es weiter vorgehen möchte. Auch aus dem nächsten Beispiel geht hervor, dass die Therapeutenperson mit ihrer verbalen Resonanz das Kind in seinem Selbstaussdruck bestärkt.

Das Kind spielt mit den Tieren und fragt die Therapeutenperson: „Welches Tier ist das stärkste?“ Die Therapeutenperson antwortet: „Du kannst selbst entscheiden, welches Tier hier das stärkste sein soll.“ (Landreth 2002, S. 214)

Eine solche verbale Resonanz ermutigt das Kind eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Dieser innere Prozess des Eigenständig-Entscheidung-Treffens stärkt das Selbstkonzept des Kindes und stellt zugleich einen bedeutenden Wachstumsprozess dar. (Landreth 2002)

Die Therapeutenperson muss mit ihrer verbalen Resonanz auch darauf achten, dass die Materialien

und Spielzeuge nicht von der Therapeutenperson etikettiert werden, bevor das Kind diese verbal benennt. Das vorzeitige Festlegen einer Spielfigur beeinflusst die Kreativität und die Fantasie des Kindes und somit auch dessen Ausdrucksmöglichkeiten und Spielhandlungen. Die Therapeutenperson sollte sich aus diesem Grund in einer solchen Situation in ihrer verbalen Resonanz in Bezug auf die vom Kind gewählten Materialien neutral mit „es“, „das“, „sie“ oder „er“ beziehen, um das Kind in seinem Selbstausdruck nicht zu hemmen. (Landreth 2002)

Ein Kind spielt mit einem Auto und vergräbt es im Sand, ohne das Auto zuvor als solches benannt zu haben. Eine adäquate verbale Resonanz der Therapeutenperson würde in einem solchen Fall wie folgt aussehen: „Du vergräbst es im Sand.“ (Landreth 2002, S. 214)

Mittels einer solchen verbalen Resonanz kommuniziert die Therapeutenperson dem Kind, dass sie ihm aufmerksam folgt und für alles offen und bereit ist, was das Kind anbietet. (Landreth 2002)

Damit die Therapeutenperson dem Kind verbale Resonanzen anbieten kann, die förderlich für den Therapieprozess sein können und das Prinzip der Nicht-Direktivität nicht verletzen, ist es unumgänglich, dass die Therapeutenperson dem Kind während der ganzen Therapiestunde aufmerksam folgt. Eine Sekunde der Unaufmerksamkeit von Seiten der Therapeutenperson kann zwischen einer für den Therapieprozess förderlichen verbalen Resonanz und einer verbalen Resonanz, welche das Kind in seinem Ausdruck hemmt, Abhängigkeiten hervorruft und somit den therapeutischen Prozess behindert, entscheiden. Ein Beispiel aus einem Therapieausschnitt zeigt diesen kurzen Moment der Unaufmerksamkeit der Therapeutenperson sehr deutlich:

Das Kind nimmt eine Puppe in die Hand und fragt: „Kann ich mit der Puppe spielen?“ Die Therapeutenperson antwortet schnell und unbedacht mit „Ja“. (Landreth 2002, S. 221f)

Mit dieser verbalen Resonanz erzeugt die Therapeutenperson eine Abhängigkeit beim Kind. Die Therapeutenperson hätte an dieser Stelle eine verbale Resonanz setzen sollen, welche die Freiheit des Kindes Entscheidungen zu treffen bestätigt und wie folgt aussehen hätte können: „Hier entscheidest du womit du spielen willst.“

Verbale Resonanz, welche das Prinzip der Nicht-Direktivität wahrt, ermöglicht dem Kind selbst Entscheidungen zu treffen, vermittelt dem Kind ein Gefühl von Kontrolle über das Geschehen und führt zu intrinsischer Motivation beim Kind seinen Selbstausdruck weiter voran zu treiben. (Landreth 2002)

4.1.2 Art und Komplexität der Formulierungen

Die Art und Komplexität der Formulierung der verbalen Resonanz muss sich am Entwicklungsstand und dem sprachlichen Niveau des Kindes orientieren. Damit eine verbale Resonanz effektiv sein kann, ist sie von der Therapeutenperson so zu formulieren, dass es dem Kind möglich ist, diese zu verstehen. Es ist demnach notwendig diese in einer kindgerechten Sprache zum Ausdruck zu brin-

gen. Die Resonanz der Therapeutenperson sollte aus diesem Grund kurz und prägnant sein und nach Möglichkeit in Interferenz mit den kindlichen Gefühlen stehen. Eine sehr lange und ausführliche verbale Resonanz verwirrt das Kind, vermittelt dem Kind mangelndes Verständnis von Seiten der Therapeutenperson und unterbricht es in seinem Ausdruck, da das Kind viel Energie aufwenden muss um zu verstehen was die Therapeutenperson gesagt hat. Dies kann zu einer Unterbrechung, Änderung oder Beendigung des kindlichen Ausdrucks führen und wäre somit kontraproduktiv für den therapeutischen Prozess. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Norton&Norton 1997; Ray 2011; Weinberger 2010)

Es folgt ein Beispiel für eine therapeutische Resonanz mit einer negativen Wirkung auf den Therapieprozess:

Ein fünfjähriges Kind erzählt der Therapeutenperson eine Geschichte. Am Ende dieser Geschichte war die verbale Resonanz der Therapeutenperson folgende: „Was ist die Moral deiner Geschichte?“ Darauf fragte das Kind: „Was bedeutet Moral?“ (Landreth 2002, S. 213)

Mit dieser Frage unterbrach die Therapeutenperson den Ausdruck des Kindes, da das Kind für den Versuch die Aussage der Therapeutenperson verstehen zu können, viel Energie aufwenden musste. Damit eine verbale Resonanz der Therapeutenperson von Nutzen für den Therapieprozess sein kann, ist es notwendig, dass die Therapeutenperson über ausreichendes Wissen in Bezug auf die kindliche Entwicklung verfügt und dem Kind auf dessen sprachlichem Niveau begegnet.

Die Therapeutenperson muss bei ihrer verbalen Resonanz kurze und einfache Sätze gebrauchen, die an das Sprachniveau des Kindes angepasst sind. Was als nicht wichtig erscheint, soll bei der verbalen Resonanz weggelassen und nicht weiter betont werden. Ein Beispiel dafür:

Ein Kind malt ein Bild und sagt: „Ich brauche jetzt einen ganz dicken Pinsel.“ Darauf reagiert die Therapeutenperson mit „Der muss ganz dick sein.“ anstelle von „Der Pinsel muss ganz dick sein.“ (Weinberger 2010, S. 91)

An diesen Beispielen wird deutlich, dass bei der verbalen Resonanz der Therapeutenperson die Aussagen des Kindes nicht eins zu eins wiederholt, sondern modifiziert und lediglich das Wesentliche zum Ausdruck gebracht werden soll.

Eine förderliche verbale Resonanz wird vom Kind gehört und verarbeitet, ohne das kindliche Spiel dabei zu unterbrechen. (Goetze 2002; Norton&Norton 1997)

Ein Junge versucht einen hohen Turm zu bauen, dabei fällt dieser immer wieder um und der Junge fängt wieder von vorne an. Die Therapeutenperson begleitet dieses Geschehen verbal: „Du probierst es immer wieder.“ „Du willst es noch einmal versuchen.“ „Der Turm soll ganz hoch werden.“ (Weinberger 2010, S. 90)

Durch die verbale Begleitung des Geschehens von Seiten der Therapeutenperson signalisiert diese dem Kind, verbal ihre Aufmerksamkeit. Der Junge muss während seines Spiels nicht aufschauen

um festzustellen, dass die Therapeutenperson das Geschehen mitbekommt und wird in seinem kindlichen Spiel nicht unterbrochen.

Wenn die Therapeutenperson das vom Kind verbal zum Ausdruck gebrachte reflektiert, so ist darauf zu achten, dass die Reflexionen „nicht in papageienhafter Weise dieselben Worte des Kindes, sondern Synonyme, Antonyme oder der in der Kinderäußerung enthaltene Wunsch verbalisiert werden“ (Goetze 2002, S. 183).

Ein Kind erzählt von einem Besuch bei einer Freundin und sagt: „Zu der blöden Kuh gehe ich nie wieder hin.“ Die Therapeutenperson begleitet dies verbal mit: „Da kriegt dich keiner mehr hin.“ (Weinberger 2010, S. 91)

Mit dieser Verbalisierung betont die Therapeutenperson, was für das Kind als wichtig erscheint, zeigt dem Kind, dass es mit seiner Haltung akzeptiert wird und bietet dem Kind somit Sicherheit in seinem Selbstaussdruck weiter voran zu gehen.

4.1.3 Adressaten der verbalen Resonanz

Die verbale Resonanz der Therapeutenperson richtet sich immer an das Kind und sollte somit in personalisierter Form an das Kind im Hier und Jetzt adressiert sein. Das personalisierte Ansprechen des Kindes vermittelt diesem Anerkennung und Respekt für seine Person. Verbalisierungen in der dritten Person hingegen sind für den Therapieprozess nicht förderlich, da das Kind den Eindruck bekommt, dass über es und nicht mit ihm gesprochen wird. (Landreth 2002; Norton&Norton 1997)

Ein Beispiel:

Karin malt lustvoll mit der blauen Wasserfarbe auf einem Papier. Die Therapeutenperson reflektiert: „Karin macht das Malen Freude.“ (Landreth 2002, S. 214)

In diesem Moment fühlt Karin sich objektiv beobachtet, was zu einem Gefühl des Unwohlseins und somit zu einer Hemmung des inneren Ausdrucks führen kann. Reagiert die Therapeutenperson jedoch mit „Dir macht das Malen große Freude“ so fühlt das Kind sich persönlich angesprochen und in seiner Persönlichkeit anerkannt. (Landreth 2002)

Manche Therapeutenpersonen neigen dazu ihre eigene Person in die verbale Resonanz miteinzubauen. Wie zum Beispiel hier:

Ein Kind berichtet in der Therapiestunde von einem Fussballspiel am Wochenende, dass es gerne gewonnen hätte. Die Therapeutenperson antwortete mit: „Manchmal fühlt es sich schlecht an, wenn wir verlieren, obwohl wir doch so gerne gewinnen wollten.“ (Landreth 2002, S. 215)

Da die Therapeutenperson kein Teil dieses Erlebnisses des Kindes war, ist eine solche verbale Resonanz unangemessen und schiebt aufgrund des Wortgebrauchs „wir“ den Fokus weg vom Kind und seinem Erleben. In der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern steht das Kind mit seiner

Persönlichkeit und seinem Erleben im Mittelpunkt und daher muss eine adäquate verbale Resonanz das Kind direkt und persönlich ansprechen um dem Kind zu vermitteln, dass es als Person und in seiner gesamten Persönlichkeit wahrgenommen, akzeptiert und wertgeschätzt wird. (Landreth 2002) Sofern das Kind jedoch mit Spielsachen spielt, reflektiert die Therapeutenperson das Geschehen in Bezug auf die vom Kind gewählten Materialien. Wenn, wie in Kapitel 2.1 bereits dargestellt, das Spiel die Sprache des Kindes darstellt, so fungieren die Spielzeuge, die ein Kind während des Spieles wählt, metaphorisch gesehen als die Worte des Kindes. (siehe. Kapitel 2.1) Benutzt das Kind also anstelle von Worten, Spielsachen so schafft dies einen sicheren Rahmen für das Kind, Dinge zum Ausdruck zu bringen, die bezogen auf sein Selbst noch zu bedrohlich sind. Es ist für das Kind weniger risikoreich und belastend, wenn sich die verbale Resonanz der Therapeutenperson auf das Spielzeug und nicht auf das Selbst des Kindes bezieht. Ein Beispiel:

Das Kind spielt mit einem Delphin und einem Hai, der den Delphin essen will. Die Therapeutenperson verbalisiert: „Der Delphin hat große Angst und fühlt sich hilflos.“ (Norton&Norton 1997)

Durch das Ansprechen des vom Kind gewählten Materials wird für das Kind eine gewisse Distanz und Anonymität geschaffen, welche dem Kind Sicherheit bietet und ihm ermöglicht in seinem inneren Ausdruck weiter fortzufahren. Obwohl bei einer verbalen Resonanz in so einem Fall das vom Kind gewählte Material von der Therapeutenperson angesprochen wird, richtet sich die Botschaft der verbalen Resonanz dennoch immer an das Kind selbst, da dies dem Kind hilft aus sicherer Distanz Einsicht in sein Erleben und seine Gefühle zu gewinnen. (Landreth 2002; Norton&Norton 1997)

4.1.4 Tonlage, Mimik und Gestik

Die Therapeutenstimme sollte bei einer verbalen Resonanz „so normal wie möglich klingen, also keine unnatürliche Tonlage ausdrücken oder das Kind in einer Babysprache mit gehobener Stimmlage ansprechen“ (Goetze 2002, S. 186). Die Stimmlage der Therapeutenperson darf dabei nicht monoton sein, da dies vom Kind als Gleichgültigkeit und Langeweile von Seiten der Therapeutenperson aufgefasst werden könnte. Die Therapeutenperson sollte die Tonlage nutzen, um die Bedeutung und das Gefühl, welche mit der verbalen Resonanz einhergehen, zu transportieren. Hierbei ist zu beachten, dass die Therapeutenperson in circa derselben Energie, mit der das Kind sein Inneres zum Ausdruck gebracht hat, auf die Geschehnisse antwortet und nicht zu überschwänglich oder überenthusiastisch darauf reagieren sollte. (Cochran 2010; Goetze 2002; Landreth 2002) Ein Beispiel:

Ein Kind spielt in der Sandkiste des Therapiezimmers, findet darin einen kleinen blauen Baustein und zeigt seine Entdeckung ohne einen erkennbaren Gefühlsausdruck der Thera-

peutenperson. Die Therapeutenperson antwortet: „Ach wie toll. Ist das nicht wundervoll! Du hast einen bunten Stein in der Sandkiste gefunden.“ (Landreth 2002, S. 212)

Eine solche verbale Resonanz, die über die vom Kind ausgedrückten Affekte hinausgeht, kann dazu führen, dass das Kind das Gefühl bekommt, dass seine eigene Reaktion nicht angemessen war und beginnt seinen eigenen Reaktionen zu misstrauen. Weiter kann die Therapeutenperson als unecht erlebt werden und das Kind kann Misstrauen gegenüber dieser entwickeln. (Goetze 2002; Landreth 2002)

Die Stimmlage, Gestik und Mimik der Therapeutenperson müssen stets in Übereinstimmung miteinander stehen, sollten zugleich eine warme und freundliche Darstellung der verbalen Resonanz projizieren und animierend auf das Kind wirken. Durch die Mimik und die Gestik kann die Therapeutenperson zusätzlich ausdrücken, was durch Worte nicht zum Ausdruck gebracht werden kann. (Goetze 2002; Landreth 2002)

4.1.5 Frequenz

Um die besondere Bedeutung des vom Kind zum Ausdruck gebrachten, herauszuarbeiten und für das Kind mittels einer verbalen Resonanz zugänglich zu machen, ist es notwendig, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson unmittelbar auf die kindliche Äußerung erfolgt. „Dabei müssen auch die nicht ausgesprochenen Äußerungen, non-verbale Signale und Paraverbales, einbezogen werden. Kognitiven und gefühlsmäßigen Vorgängen wird dabei ein mindestens gleicher Stellenwert zugewiesen“ (Goetze 2002, S. 182). Zumal die verbalen Fähigkeiten des Kindes in Bezug auf seinen Selbstaussdruck noch nicht ausreichend entwickelt sind (siehe. Kapitel 2.1), ist es von Bedeutung die Mimik, Gestik und Körperhaltung des Kindes wahrzunehmen und zuweilen auch verbal zu reflektieren, da diese Aufschluss über die Gefühle des Kindes geben können. (Goetze 2002) Landreth (2002) gab an: „I like my response to a child best when it fits smoothly into the child's expression without interrupting the flow“ (S. 211). Dies bedeutet, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson genau dann zum richtigen Zeitpunkt angeboten wurde, wenn der Übergang zwischen der verbalen Resonanz und der kindlichen Handlung so harmonisch ablief, dass das Kind in seinem Ausdruck nicht unterbrochen wurde. (Landreth 2002)

Die Häufigkeit einer verbalen Resonanz der Therapeutenperson sollte mit der Interaktion des Kindes übereinstimmen und nicht jede Aktivität des Kindes kommentieren. Wenn das Kind während der Therapiestunde eher leise und reserviert interagiert, so sollte die verbale Resonanz der Therapeutenperson dem kindlichen Verhalten angepasst und somit abgeschwächt sein. Zeigt das Kind jedoch eine sehr hohe Interaktion, so sollte die verbale Resonanz der Therapeutenperson dementsprechend hoch sein. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Ray 2011) Cochran et al. (2010) halten fest, dass vier bis acht verbale Resonanzen der Therapeutenperson pro Minute dem

Kind das Gefühl vermitteln, dass die Therapeutenperson mit ihm in Kontakt steht und es wahrnimmt und dem Kind gegenüber nicht als aufdringlich erscheint. Wird ein und dieselbe verbale Resonanz ständig wiederholt, so kann dies dazu führen, dass das Kind sich nicht wahrgenommen, sondern belästigt und in seinem Handeln gestört fühlt. (Cochran et al. 2010) Ein Beispiel dafür:

Ein Junge boxt wütend immer wieder in einen Boxsack. Die Therapeutenperson wiederholt während das Kind weiter boxt: „Du schlägst in den Boxsack. Du schlägst nochmal in den Boxsack. Und du schlägst nochmal in den Boxsack.“

Eine solche verbale Resonanz vermittelt dem Kind, dass es nicht ausreichend verstanden wird, wirkt störend auf die Handlungen des Kindes und führt somit zu einer Hemmung des Selbstaustauschs des Kindes. Damit die verbale Resonanz der Therapeutenperson effektiv sein kann, muss sie in Interaktion mit dem kindlichen Verhalten stehen. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Ray 2011)

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass verbale Resonanz, welche für den Therapieprozess als förderlich erachtet werden kann, über folgende Struktur verfügen muss:

Die verbale Resonanz der Therapeutenperson muss sich am sprachlichen Niveau des Kindes orientieren und kurz und prägnant sein. Es sollte nur das wiedergegeben werden, was dem Kind als wichtig erscheint. Die Stimme der Therapeutenperson sollte dabei ganz normal sein, während die Tonlage dazu benutzt werden kann Gefühle, welche mit dem Ausdruck des Kindes einhergehen, zu transportieren. Der Ausdruck von verbaler Resonanz muss sich an den Affekten des Kindes orientieren und darf diese nicht überbetonen oder herabsetzen. Tonlage, Mimik und Gestik der Therapeutenperson müssen bei jeder verbalen Resonanz übereinstimmen um beim Kind keine Unsicherheiten, in Bezug auf die Echtheit der Therapeutenperson, aufkommen zu lassen. Den Adressaten der verbalen Resonanz der Therapeutenperson stellt immer das Kind im Hier und Jetzt dar. Die persönliche Ansprache des Kindes innerhalb der verbalen Resonanz vermittelt dem Kind Anerkennung und Respekt für seine Person. Spielt ein Kind mit Spielsachen oder anderen Materialien, wird nicht das Kind direkt, sondern die von ihm gewählten Materialien angesprochen. Dies schafft für das Kind eine gewisse Distanz, welche dem Kind Sicherheit bietet in seinem Selbstaustausch weiter fortzufahren. Auch wenn die Therapeutenperson die Gefühle und das Geschehen der Spielfiguren anspricht, so richtet sich die Botschaft, welche damit einhergeht an das Kind und hilft dem Kind auf eine nicht bedrohliche Weise Einsicht zu gewinnen. Damit eine verbale Resonanz vom Kind aufgenommen und verarbeitet werden kann, muss diese immer unmittelbar nach der kindlichen Äußerung erfolgen und sollte in ihrer Frequenz an die kindliche Interaktion angepasst sein. Damit eine verbale Resonanz wirksam für den therapeutischen Prozess sein kann, muss sie das Prinzip der Nicht-Direktivität wahren. Aus diesem Grund ist auf jegliche Art von Lenkung oder Einflussnahme auf

das Verhalten des Kindes durch Ratschläge, Kritik, Lob, Trost, Tadel, Anregungen und Hinweisen zu verzichten. Die Therapeutenperson darf mit ihrer verbalen Resonanz nicht vor das Kind geraten, um das Kind in seinem Selbstaussdruck nicht zu hemmen, zu stören oder zu unterbrechen.

Verbale Resonanz, welche über eine solche Struktur verfügt, erweist sich als förderlich für den Therapieprozess, da sie dem Kind ein Gefühl von Wertschätzung und Respekt für seine gesamte Persönlichkeit vermittelt, dem Kind Sicherheit bietet in seinem Selbstaussdruck voran zu gehen, dem Kind hilft eine eigene Meinung zu entfalten, sowie Einsicht in sein Verhalten zu erlangen und somit zu einer Stärkung des Selbstkonzeptes des Kindes führt.

4.2 Formen verbaler Resonanz

In diesem Kapitel werden vier Formen von verbaler Resonanz beschrieben und bezüglich ihres Wirkfaktors für den Therapieprozess untersucht. Diese vier Formen konnten mittels Analyse der bestehenden Literatur zur personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern erarbeitet werden. Hierzu wurde die bestehende Literatur zur personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern in Bezug auf das Vorkommen von verbaler Resonanz untersucht und die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst und in Kategorien eingeteilt. Aufgrund dieser Kategorienbildung wurde deutlich, dass während eines Therapieprozesses vier verschiedene Kategorien von verbaler Resonanz von Seiten der Therapeutenperson in Bezug auf die Form und die Art verbaler Resonanz zu charakterisieren waren. Diese vier Formen der verbalen Resonanz bestehen aus dem verbalen Mitschwingen der Therapeutenperson, empathisch verbaler Resonanz, verbaler Resonanz in Bezug auf Fragen und verbaler Resonanz in Hinblick auf Begrenzungen. Folgend werden diese definiert und bezüglich ihrer Wirkung für den therapeutischen Prozess charakterisiert.

4.2.1 Verbales Mitschwingen

Unter verbalem Mitschwingen sind alle verbalen Rückmeldungen der Therapeutenperson zu verstehen, welche sich auf die Abläufe des kindlichen Verhaltens, die Aktivitäten und Handlungen des Kindes beziehen. In der englischen Literatur zur personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird dies als „Tracking Responds“ (Landreth 2002), „Tracking Skill“ (Cochran et al. 2010), „Tracking Behavior“ (Ray 2011) oder „Observational Responses“ (Norton&Norton 1997) gefasst. Ray (2011) beschreibt verbales Mitschwingen als die grundlegendste Form therapeutischer Resonanz. Beim verbalen Mitschwingen spiegelt die Therapeutenperson lediglich das beobachtbare Verhalten des Kindes wieder. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Norton und Norton 1997, Ray 2011)

Es folgt ein Beispiel zur genaueren Erläuterung:

Ein Kind kommt in das Therapiezimmer und bleibt für eine Weile in der Mitte des Raumes

stehen. Die Therapeutenperson sagt: „Du siehst dir alles genau an, was sich hier im Raum befindet.“ (Norton&Norton 1997, S. 234)

Durch das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson bekommt das Kind das Gefühl, dass die Therapeutenperson es wahrnimmt, an ihm interessiert ist und am Geschehen teilnimmt. Da beim verbalen Mitschwingen keine Gefühle des Kindes aufgegriffen und rückgespiegelt werden, wird verbales Mitschwingen dann eingesetzt, wenn die Gefühle des Kindes nicht ersichtlich sind oder sich die Therapie ganz am Anfang befindet und erst eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden muss. Das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson verfügt über einen hilfreichen Charakter hinsichtlich des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung, da das Kind sich durch das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson angenommen und akzeptiert fühlt. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Norton&Norton 1997)

Verbales Mitschwingen signalisiert dem Kind die Involviertheit der Therapeutenperson am Geschehen ohne das Kind in seinem Tun zu unterbrechen. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Norton und Norton 1997; Weinberger 2010) Zur Verdeutlichung dieser Involviertheit wird auf ein bereits früher erwähntes Beispiel von Weinberger (2010) zurückgegriffen.

Ein Kind versucht einen besonders hohen Turm zu bauen, dabei fällt der immer wieder um. Das Kind fängt dann von vorne an. Die Therapeutenperson sitzt daneben und kommentiert das Geschehen; „Du probierst es immer wieder.“ „Du willst es noch einmal versuchen.“ „Der Turm soll ganz hoch werden.“ „Jetzt kommt noch ein Fenster rein.“ (Weinberger 2010, S. 90)

Durch das verbale Mitschwingen signalisiert die Therapeutenperson dem Kind ihre Aufmerksamkeit und spiegelt zugleich das Verhalten des Kindes wieder, wodurch das eigene Verhalten für das Kind transparent wird. Das Kind wird jedoch durch die verbale Resonanz der Therapeutenperson nicht in seiner Tätigkeit gestört und muss diese auch nicht unterbrechen um aufzusehen, ob die Therapeutenperson mitbekommt, was es tut. (Weinberger 2010)

Durch die akzeptierende Stimme der Therapeutenperson, welche das Kind in seinem Tun begleitet, bekommt das Kind ein Gefühl von Sicherheit und Wärme. (Landreth 2002) „Through the use of tracking skill, the counselor demonstrates acceptance of the child`s behaviors and sends a clear message of the expanded opportunities for self-expression in the playroom“ (Cochran et al. 2010, S. 108). Verbales Mitschwingen demonstriert nach Cochran et al. (2010) demnach nicht nur die Akzeptanz der Therapeutenperson für das kindliche Verhalten, sondern sendet zugleich eine klare Botschaft in Bezug auf die uneingeschränkten Möglichkeiten zur Selbstöffnung und des Selbstausdrucks innerhalb des Therapiezimmers. Durch verbales Mitschwingen und den akzeptierenden Tonfall, der damit einhergeht, kommuniziert die Therapeutenperson dem Kind auf indirekte Weise, dass sie präsent ist, das Kind schätzt und akzeptiert was es tut. Das wird vom Kind folgendermaßen

wahrgenommen: Du bist interessiert an mir. Du bist aufmerksam in Bezug auf die Dinge, die ich tue und akzeptierst diese. Es ist in Ordnung für mich mehr von mir selbst preiszugeben. (Cochran et al. 2010)

Damit das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson eine solch förderliche Wirkung für den Therapieprozess entfalten kann, ist es essentiell, dass eine derartige Reflexion zeitlich richtig platziert ist. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson darf die Aktivität des Kindes nicht stören, „vielmehr sollte[...] sie den unmittelbaren Erfahrungsprozess des Kindes unterstützen helfen“ (Goetze 2002, S. 189). Goetze (2002) hält fest, dass der Zeitpunkt dann als optimal erscheint, „wenn ein Spielvorgang einen gewissen Abschluss gefunden hat oder das Kind eine kleine Pause einlegt“ (Goetze 2002, S. 189). Es folgt ein Beispiel:

Ein Kind hat mit dem Kasperltheater gespielt und räumt es weg. Die Therapeutenperson schwingt verbal mit: „Du stellst es jetzt wieder in die Ecke.“ (Goetze 2002, S. 185)

Spielt ein Kind mit Materialien so bezieht sich das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson auf die vom Kind gewählten Materialien und die Therapeutenperson greift auf der analogen Spiel-ebene auf, was im Hier und Jetzt passiert. (Cochran et al. 2010; Landreth 2002; Weinberger 2010)

Wie zum Beispiel hier:

Ein Kind spielt mit einer Cowboypuppe, welche hinter das Haus läuft und dort stehen bleibt. Die Therapeutenperson kommentiert dies: „Der Cowboy versteckt sich hinterm Haus.“ (Weinberger 2010, S. 90)

Wenn ein Kind im Therapiezimmer selbstständig zirkuliert und seine Themen ausspielt, so ist es wichtig, dass die Therapeutenperson verbal präsent ist. Andernfalls kann es dazu kommen, dass das Kind sich beobachtet fühlt, was zu einem Unwohlsein beim Kind und zu einer Verschlechterung der therapeutischen Beziehung führen kann. Mittels verbaler Resonanz in Form von verbalem Mitschwingen kann die Therapeutenperson mit dem Kind in Kontakt bleiben, wenn dieses eigenständig seine Themen inszeniert und ausspielt. Verbales Mitschwingen von Seiten der Therapeutenperson signalisiert die Aufmerksamkeit der Therapeutenperson und hilft dem Kind die Teilhabe der Therapeutenperson am Geschehen wahrzunehmen. Durch das verbale Begleiten der Aktivitäten des Kindes spiegelt die Therapeutenperson ihr Interesse am Kind und dem was das Kind tut, wider. Mittels des akzeptierenden Tonfalls der Therapeutenperson, welcher beim verbalen Mitschwingen einhergeht, erkennt das Kind, dass alles was es von sich innerhalb der Therapie zeigt, akzeptiert und wertgeschätzt wird. Dies führt dazu, dass das Kind sich innerhalb der therapeutischen Beziehung sicher genug fühlen kann, um mehr von seinem Selbst preiszugeben und zu erforschen, wodurch der therapeutische Prozess konstruktiv voranschreiten kann. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002)

4.2.2 Empathisch verbale Resonanz

Im Vordergrund der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern steht das erlebte oder zum Ausdruck gebrachte Gefühl des Kindes im Hier und Jetzt, da eines der Therapieziele darin besteht, „dass das Kind eine größere Bewusstheit über seine inneren psychischen Vorgänge, insbesondere seine Gefühle in einer aktuellen Situation, erreicht“ (Goetze 2002, S. 182). Aus diesem Grund, wird immer dann, wenn die Therapeutenperson Gefühle im kindlichen Ausdruck erkennen kann, das Gefühl des Kindes zum Mittelpunkt der verbalen Resonanz der Therapeutenperson. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Ray 2011; Tausch&Tausch 1956; Weinberger 2010) Die Bedingung für das Geben einer empathisch verbalen Resonanz von Seiten der Therapeutenperson liegt im Empathievermögen der Therapeutenperson. Wie in Kapitel 2.2.3.3 bereits dargelegt, bedeutet empathisches Verstehen sich in die innere Welt des Kindes einzufühlen und diese mit den Augen des Kindes zu sehen. Tausch und Tausch (1956) ergänzen hierzu, dass die Therapeutenperson die Welt nicht nur mit den Augen des Kindes sehen sollte, sondern es zudem die Aufgabe der Therapeutenperson sei, die Umwelt und die Gegenstände „möglichst so akzentuiert und bedeutungsbehaftet [zu] sehen, wie sie dem Kind erscheinen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 93). Die Therapeutenperson muss versuchen „das Erleben des Kindes möglichst prägnant, plastisch und spezifisch zu erkennen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 94).

Goetze (2002) formulierte dies wie folgt:

„Empathie in der Spieltherapie zu zeigen heißt, das Kind auf Grund seiner verbalen und spielbezogenen Äußerungen zu verstehen und das so Verstandene auf das Kind zurück zu spiegeln. Gefordert wird vom Spieltherapeuten, dass er die Erlebnisinhalte und gefühlsmäßigen Bedeutungen, die im Spiel des Kindes zum Ausdruck kommen, zunächst relativ exakt erfasst und anschließend auf das Kind mit eigenen Worten oder Handlungen reflektiert. Das Kind soll dabei das Gefühl bekommen, dass der Spieltherapeut die Welt mit seinen Augen sieht. Technisch geht es also um das Reflektieren der kindlichen Äußerungen“ (S. 180).

Goetze (2002) hielt hiermit fest, dass sich das Empathie-Prinzip nach Rogers (2009 [1951]) in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern ebenso durch therapeutische Verbalisierungen verwirklichen lässt. „Das Empathie-Prinzip realisiert sich demnach primär im Reflektieren der kindlichen Äußerungen, die Verbales, Aktionales und Para-Verbales einschließen“ (Goetze 2002, S. 182). Da das Kind zumeist noch nicht die Fähigkeit besitzt, sein inneres Erleben verbal zum Ausdruck zu bringen, müssen die gefühlsmäßigen und inneren Vorgänge des Kindes aus dem Kontext heraus erschlossen werden. Dies bedarf „einer intensiven Fokussierung auf das Kind“ (Goetze 2002, S. 182) von Seiten der Therapeutenperson. Die Therapeutenperson ist wachsam, in Bezug auf das, was das Kind zum Ausdruck bringt, was es tut und was es sagt. Von Bedeutung hierfür ist das Gefühl des Kindes im Hier und Jetzt. Durch die Fokussierung auf die Gefühle des Kindes rückt dessen Persönlichkeit in den Vordergrund und nicht die Probleme. (Goetze 2002; Landreth 2002)

Im Fokus von empathischen Verbalisierungen durch die Therapeutenperson stehen die Gefühle, Wünsche, Präferenzen, Vorlieben und Abneigungen, sowie Intentionen und Motivationen des Kindes. (Cochran et al. 2010)

Zum besseren Verständnis folgen nun einige Beispiele aus Therapieausschnitten von Goetze (2002) und Cochran et al. (2010):

Das Kind stürmt in das Spielzimmer, erkennt sein Lieblingsspielzeug und fängt zu jubeln an. Die Therapeutenperson verbalisiert dies wie folgt: „Du freust dich, dass es noch immer hier ist und du weiterhin damit spielen kannst.“ (Cochran et al. 2010, S. 114f)

In diesem Beispiel rückt die Therapeutenperson das Gefühl des Kindes in den Mittelpunkt.

Ein Kind schreibt an der Schreibmaschine. Die Hebel der Schreibmaschine haben sich verhakt und das Kind versucht vergeblich, die Schreibmaschine wieder in Gang zu setzen und sagt: „So ein Mist, das Ding geht nicht mehr.“ Die Therapeutenperson antwortet darauf: „Du hast alles versucht, es klappt trotzdem nicht und das ärgert dich.“ (Goetze 2002, S. 208f)

Mit dieser empathischen verbalen Resonanz spiegelt die Therapeutenperson das Geschehen vollständig auf das Kind zurück und hat das Gefühl des Kindes wahrgenommen und angesprochen. Zugleich hat sie auch das Verhalten des Kindes verbalisiert, wie es in Kapitel 4.2.1 als verbales Mitschwingen beschrieben wurde. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass das Verbale Mitschwingen der Therapeutenperson und eine empathisch verbale Resonanz oft in Kombination angewendet werden. Wie in diesem Beispiel gut erkennbar ist, wird durch das verbale Mitschwingen das Verhalten des Kindes hervorgehoben und im Anschluss daran folgt eine empathisch verbale Resonanz in Bezug auf das Gefühl oder die Motivation die mit dem Verhalten des Kindes einhergehen. Sollte kein Gefühl zu erkennen sein, so bleibt die Therapeutenperson beim verbalen Mitschwingen. (Cochran et al. 2010, Goetze 2002)

Das Kind fängt an ein Bild zu malen. Es zeichnet ein Haus mit Fenstern, einer Tür und einem Balkon. Dann wirft es das Bild weg und fängt von vorne an. Die Therapeutenperson reagiert folgendermaßen: „Das war nicht so wie du es dir vorgestellt hattest, darum fängst du wieder von vorne an.“ (Cochran et al. 2010, S. 115)

Die Therapeutenperson verbalisiert die hier zum Ausdruck gebrachten Vorlieben und Abneigungen des Kindes, sowie dessen Intention und Motivation noch einmal von vorne zu beginnen. Mit einer empathischen verbalen Resonanz zeigt die Therapeutenperson, dass sie die Gefühle, Vorlieben, Intentionen, Motivationen, Wünsche und Ansichten, die dem kindlichen Verhalten zugrunde liegen, würdigt. (Cochran et al. 2010) Mittels empathischer verbaler Reflexionen von Ereignissen und Gefühlen des Kindes drückt die Therapeutenperson stets ihren Respekt vor dem Kind aus und bekräftigt damit das Recht des Kindes Gefühle zu haben und diese zum Ausdruck zu bringen. (Land-

reth 2002) Die Therapeutenperson vermittelt dem Kind damit: „Ich verstehe die Bedeutung deines Spiels für dich, ich begleite dich und du bist völlig akzeptiert und angenommen, auch wenn andere diese Ausdrucksweisen deines Selbst nicht akzeptieren mögen.“ Das Kind nimmt dies wie folgt wahr: „Du verstehst mich wirklich und hilfst mir mich selbst zu verstehen, du akzeptierst und schätzt mich. Ich fühle mich sicher mehr von meinem Inneren auszudrücken.“ (Cochran et al. 2010) Eine solch akzeptierende Resonanz ermutigt das Kind seine Gedanken und Gefühle weiter auszudrücken und fördert somit die zukünftige Selbstexploration des Kindes. (Axline 2002 [1947], 2008 [1964]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Ray 2011; Tausch&Tausch 1956; Weinberger 2010) Des Weiteren ermöglicht eine empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson dem Kind sich seinen Gefühlen und Gefühlserlebnissen zu zuwenden. Aufgrund des Reflektierens der kindlichen Gefühle durch die Therapeutenperson „gewinnt das Kind vermehrte Kenntnis, Distanz, Objektivität und vermehrte rationale Faßbarkeit [sic!] seiner Gefühle, Haltungen und Einstellungen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 100). Durch das Geben von empathisch verbaler Resonanz können die Kinder sich gleichsam in einem Spiegel sehen „und somit objektiver und distanzierter zu ihren Gefühlen und Verhaltensweisen Stellung nehmen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 103). Durch die Reflexion der dem Verhalten zugrunde liegenden Gefühle des Kindes kann das Kind „zum vollen Erlebnis und zur Erkenntnis und Klärung [...] [seines] Verhaltens und mancher Persönlichkeitszüge kommen“ (Tausch&Tausch 1956, S. 103). Tausch und Tausch (1956) hielten hierzu des Weiteren fest:

„Sprachlicher Ausdruck belastender Gefühle bedingt oft Nachlass der inneren Spannung und Störung. Verbalisierung von Gefühlen belastender Art ermöglicht klärende Überschaubarkeit und vermehrten Ansatz rationaler Faktoren. Das Kind erfährt, daß [sic!] es selbst befähigt ist, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen. Dem Ausdruck negativer Gefühle und ihrer Akzeptierung durch den Therapeuten folgt häufig der Ausdruck positiver Gefühle“ (S: 89)

Durch den Ausdruck der Gefühle und der Akzeptanz der Therapeutenperson diesen gegenüber, verliert das Gefühl für das Kind an Intensität, was zur Folge hat, dass das Kind diese Gefühle leichter akzeptieren und in sein Selbst integrieren kann. Innerhalb des therapeutischen Prozesses erlangt das Kind auf diese Weise die Fähigkeit seine positiven wie auch negativen Gefühle wahrzunehmen und fokussierter, sowie auch in gezielter Form zum Ausdruck zu bringen und in weiterer Folge sein Verhalten besser steuern zu können. (Axline 2002[1947], 2008 [1964]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Weinberger 2010) Landreth (2002) definiert dies als wesentliches Postulat der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und als den Ausgangspunkt für das Geben von empathischer verbaler Resonanz. Tausch und Tausch (1956) beschreiben die Notwendigkeit für das Reflektieren von Gefühlen folgendermaßen:

„Das Kind hört wesentliche Geschehnisse seines eigenen Erlebens aus dem Munde des

Therapeuten. Es fühlt sich tief verstanden, weil der Therapeut ihm in verbalisierter Form das entgegenhält, was sich gefühlsmäßig oft recht undifferenziert und zum Teil nur mit oder unbewußt [sic!] in ihm ereignet. In ihm entsteht das Gefühl, daß [sic!] seine tiefsten Erlebnisse der Beachtung des Therapeuten wert sind. Diese Aussagen des Therapeuten über das innere Gefühlsleben des Kindes erfolgen ohne jede Kritik, Tadel oder Belehrung. Das Kind erfährt so vollkommene Akzeptierung seiner Persönlichkeit“ (Tausch&Tausch 1956, S. 100).

Es folgt nun ein kurzes Beispiel zur Verdeutlichung des eben Erläuterten.

Das Kind sagt: „Heute habe ich Geburtstag, aber meine Mama will mir keinen Geburtstagskuchen backen, sie hat gesagt, ich bin so gemein zu meinem Bruder gewesen.“ Es sind Tränen in den Augen des Kindes zu sehen. Die Therapeutenperson reagiert darauf mit: „Aha, du bist also zu gemein gewesen und hast dir daher deinen Geburtstagskuchen verpatzt. Ich wette, das macht dich ganz schön sauer.“ (Goetze 2002, S. 209f)

Diese Äußerung der Therapeutenperson nimmt die Gefühle des Kindes unzureichend bis gar nicht wahr und enthält mehrere unzutreffende Behauptungen. Zum einen übersieht die Therapeutenperson, dass es sich bei der Aussage des Kindes um die Wahrnehmung der Mutter und nicht um die des Kindes gehandelt hat und zum anderen missversteht die Therapeutenperson das offensichtliche Gefühl des Kindes von Traurigkeit und interpretiert dieses als Wut. Würde die Therapeutenperson folgendermaßen reagieren: „Anscheinend bist du enttäuscht, dass die Mama dir keinen Geburtstagskuchen backt?“ (Goetze 2002, S. 210), so trifft die Therapeutenperson mit dieser Äußerung zwar den Sachverhalt und auch peripher das Gefühl das dahinter steht, allerdings kommt die Intensität des Gefühls des Kindes, die große Traurigkeit, welche durch die Tränen des Kindes gezeigt wird, nicht zum Ausdruck. Solche Verbalisierungen können das Kind in seinem Selbstaussdruck hemmen und somit den therapeutischen Prozess ins Stocken bringen. Eine adäquate für den Therapieprozess wirkungsvolle empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson könnte wie folgt aussehen: „Das ist wirklich traurig, ein Geburtstag ohne Geburtstagskuchen. Da ist dir ganz zum Weinen zumute“ (Goetze 2002, S. 210). Bei einer solchen verbalen Resonanz handelt es sich um eine kurze und gefühlsbetonte Äußerung der Therapeutenperson, welche die kindlichen Gefühle adäquat artikuliert. Dadurch fühlt das Kind sich ernst- und angenommen, mit seinen Gefühlen wertgeschätzt, kann sein Empfinden in sein Selbstbild integrieren und in seiner Selbstexploration voranschreiten.

4.2.2.1 Effektivität empathisch verbaler Resonanz

Cochran et al. (2010) hielten bezüglich der Effektivität von empathisch verbaler Resonanz folgendes fest:

„As mentioned previously, the most skillful empathic responses will generally occur when the counselor engages in a process of identification with the child and her experiences.

Indeed, through identification with the child, empathic responses seem almost to come automatically and effortlessly“ (Cochran et.al. 2010, S. 117).

Die Effektivität empathisch verbaler Resonanz hängt also, wie bereits erwähnt wurde, von dem Grad des Einfühlungsvermögens der Therapeutenperson ab. Ist die Therapeutenperson in der Lage sich in die innere Welt des Kindes einzufühlen, als ob es ihre eigene wäre, so sind die verbalen Resonanzen der Therapeutenperson am wirksamsten. Cochran et al. (2010) beschrieben vier Komponenten als Voraussetzung für effiziente empathisch verbale Resonanzen von Seiten der Therapeutenperson. Diese vier Komponenten werden im Folgenden erörtert:

a) Identifizierung der relevanten Dimensionen

Der erste Schritt besteht darin die relevanten Gefühle, Vorlieben, Abneigungen, Intentionen usw., die vom Kind in seinem Spiel zum Ausdruck gebracht werden, herauszufiltern und zu identifizieren. Wichtig ist hierbei, dass die Therapeutenperson das Kind als Ganzes wahrnimmt, da sich das vom Kind zum Ausdruck gebrachte, auf verbaler Ebene, aber auch im kindlichen Verhalten und somit auf non-verbaler Ebene widerspiegeln kann. Zur Verdeutlichung folgt ein Beispiel:

Ein Kind malt während der Therapiestunde ein Bild, runzelt dabei die Stirn und sagt: „So soll es nicht sein.“ Das Kind radiert einen Teil vom Bild aus und zeichnet weiter. Die Therapeutenperson kommentiert dies mit: „Dir gefällt nicht, was bis jetzt dabei raus kam.“ (Cochran et al. 2010, S. 117)

Anhand des Stirnrunzeln des Kindes und dem verbalen Ausdruck des Kindes konnte die Therapeutenperson erkennen, dass das Kind nicht zu Frieden war, mit dem was es bislang gemacht hatte. Dies wurde nochmals deutlich als das Kind einen Teil seiner Zeichnung wegradiert hat. Aufgrund seiner aufmerksamen Beobachtung konnte die Therapeutenperson erkennen, was hinter der Handlung des Kindes stand und dies auf das Kind zurückspiegeln. (Cochran et al. 2010)

b) Grad der Unmittelbarkeit

Der Grad der Unmittelbarkeit einer empathisch verbalen Resonanz muss von der Therapeutenperson einfühlsam gewählt werden. In der Regel richtet sich die empathisch verbale Resonanz immer an das Kind selbst. Einzige Ausnahme besteht hierin – wie in Kapitel 4.1.3 bereits erwähnt wurde – auf der analogen Spielebene. Wählt das Kind z.B. ein Rollenspiel, so stellt das Spiel mit den verschiedenen Figuren und Rollen eine sichere Basis für das Kind dar, indem die Gefühlsausdrücke nicht direkt auf das Kind sondern auf die vom Kind gewählten Spielfiguren übertragen werden. In einem solchen Fall müssen die empathisch verbalen Resonanzen, die Gefühle der Spielfiguren aufgreifen und widerspiegeln. Das Kind kann die verbale Resonanz so auf der analogen Ebene wahrnehmen, fühlt sich jedoch von den gespiegelten Gefühlen nicht bedroht. Ziel ist es, den Grad

von Unmittelbarkeit zu erreichen, der es dem Kind ermöglicht die empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson frei von bedrohlichen Inhalten wahrzunehmen und zu verarbeiten. Dieser Grad ist von Kind zu Kind und Situation zu Situation unterschiedlich und muss von der Therapeutenperson immer wieder neu auf das Kind und die Situation abgestimmt werden. Wenn ein Kind in einer Therapiestunde z.B. sagt: „Ich hasse meine Mutter!“ so verfügt die Therapeutenperson über ein weites Spektrum an Unmittelbarkeit bei einer empathisch verbalen Resonanz. Die Therapeutenperson könnte sehr direkt mit: „Du hasst deine Mutter!“ antworten oder auf eine mitteldirekte Art sagen: „Du bist sehr zornig auf sie.“ Des Weiteren besteht die Möglichkeit für die Therapeutenperson auf einer weniger direkten Ebene mit „Du bist ein wenig verärgert.“ oder auf einer noch weniger direkten Ebene mit „Du findest nicht gut, was sie getan hat.“ zu verbalisieren. Welche Ebene von Unmittelbarkeit und Direktheit zu wählen ist, muss die Therapeutenperson in jeder Situation einfühlsam individuell entschieden. Ziel ist es die Ebene zu wählen auf der die empathisch verbale Resonanz vom Kind nicht abgelehnt wird, sondern von ihm aufgenommen und verarbeitet werden kann. (Cochran et al. 2010)

c) Beschaffenheit der empathisch verbalen Resonanz

Die Therapeutenperson sollte bei einer empathisch verbalen Resonanz immer in einem akzeptierenden Tonfall sprechen und mittels der eigenen Stimme auch das Gefühl des Kindes transportieren. Die empathisch verbale Resonanz sollte geradewegs und direkt geäußert werden, ohne Vermerke wie „Ich habe das Gefühl, dass...“, „Mir kommt es so vor als wenn ...“ oder „Es sieht so aus als ob...“ zu verwenden. Würden empathisch verbale Resonanzen von Seiten der Therapeutenperson mit solchen Vermerken beginnen, so würde die Aufmerksamkeit auf die Empfindung der Therapeutenperson gelenkt. Dies ist zu vermeiden, da das Kind mit seinem Erleben und seinen Gefühlen im Mittelpunkt steht. (Cochran et al. 2010) Cochran et al. (2010) halten fest, dass empathisch verbale Resonanz nicht mit einem fragenden Ton einhergehen sollten, da dies beim Kind den Anschein erwecken könnte, dass es Antwort geben müsse und so vom eigentlichen Fokus seines Spieles ablenken könnte. Weinberger (2010) widerspricht dem jedoch und hält fest, dass empathisch verbale Resonanzen immer in einem fragenden Tonfall zu formulieren seien, da es sich bei empathisch verbaler Resonanz immer um einen Suchprozess mit dem Ziel „das innere Erleben des Kindes möglichst genau zu verstehen“ (Weinberger 2010, S. 91) handle.

d) Akzeptanz möglicher Korrekturen von Seiten des Kindes

Abschließend ist es beim Setzen einer empathisch verbalen Resonanz von Bedeutung, für eventuelle Korrekturen von Seiten des Kindes offen zu sein. Richtigstellungen von Seiten des Kindes verdeutlichen der Therapeutenperson, dass ihr Verständnis von der inneren Welt des Kindes unzu-

reichend war. Die Korrektur durch das Kind kann zu einem besseren Verständnis der inneren Welt des Kindes führen und ist somit als positiv zu erachten. Die Therapeutenperson muss anerkennen, wenn ihre ursprüngliche verbale Resonanz nicht angebracht war und kann eine neue verbale Resonanz setzen, welche die Gefühle und Erfahrungen, sowie das Verhalten des Kindes besser aufgreift. (Cochran et al. 2010) Zum besseren Verständnis werden zwei Beispiele angeführt:

Das Kind begleitet sein Spiel verbal: „Das Eichhörnchen nimmt die Karotte vom Hasen und isst sie.“ Die Therapeutenperson verbalisiert: „Das ist ein böses Eichhörnchen. Es nahm dem Hasen die Karotte weg und aß alles auf.“ Das Kind korrigiert die Therapeutenperson: „Es ist kein wirklich böses Eichhörnchen. Es wollte nur etwas essen.“ Die Therapeutenperson berichtigt ihre verbale Resonanz: „Es ist nicht böse, nur hungrig.“ (Cochran et al. 2010, S. 121)

Das Kind sagt: „Ich bin sehr sehr böse auf meine Mutter!“ Die Therapeutenperson verbalisiert dies: „Du bist sehr böse auf sie.“ Das Kind dementiert die Verbalisierung der Therapeutenperson: „Nein, ich bin nicht super böse.“ Die Therapeutenperson korrigiert und stuft den Grad der Unmittelbarkeit der Verbalisierung ab: „Du bist nicht sehr böse, aber du magst manche Dinge nicht, die sie tut.“ Das Kind antwortet: „Ja.“ (Cochran et al. 2010, S. 118)

Anhand dieser beiden Beispiele wird deutlich, dass das Kind mit den Verbalisierungen der Therapeutenperson nicht einverstanden ist und dies der Therapeutenperson auch mitteilt. Die Therapeutenperson nimmt diese Richtigstellungen des Kindes als Hinweis für ein besseres Verständnis der inneren Welt des Kindes wahr und verbessert seine empathisch verbale Resonanz und somit auch sein Verständnis für die innere Welt des Kindes. Das Kind fühlt sich weiterhin angenommen und verstanden, kann in seinem Selbstaussdruck weiter voran gehen und seinen eigenen Organismus Stück für Stück als Ort der Bewertung zurück erlangen. (Cochran et al. 2010; Landreth 2002) In einem nächsten Schritt soll nun die empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson, welche im Laufe des therapeutischen Prozess zum Vorschein kommt, detailliert ausdifferenziert und dargelegt werden um zu einem differenzierten Verständnis von empathisch verbaler Resonanz und deren Wirksamkeit für den Therapieprozess zu gelangen.

4.2.2.1 Detaillierte Ausdifferenzierung empathisch verbaler Resonanz

Weinberger (2010) beschreibt ausdifferenzierte Handlungsmöglichkeiten zur Verwirklichung des Empathie-Prinzips in der therapeutischen Arbeit mit Kindern. Diese werden nun in Bezug auf das Geben von empathisch verbaler Resonanz zusammengefasst und in Hinblick auf das Vorkommen empathisch verbaler Resonanz während eines Therapieprozesses expliziert und mit seiner Bedeutung für diesen dargelegt.

a) Einführendes Mitschwingen

Beim einführenden Mitschwingen greift die Therapeutenperson mit eigenen Worten auf, was das Kind auf der Gefühls- und Handlungsebene zum Ausdruck bringt. Die Therapeutenperson benennt den Aspekt der ihr „im Gesamtkontext heraus im Moment für das Kind wichtig erscheint“ (Weinberger 2010, S. 90). Die Therapeutenperson steht so unmittelbar mit dem, was das Kind ausdrücken will, in Kontakt und bietet dem Kind die Möglichkeit sich diesem besonderen Aspekt weiter zu zuwenden oder die verbale Resonanz der Therapeutenperson als gehört stehen zu lassen.

Mittels Säuglingsforschung konnte belegt werden, dass durch das Widerspiegeln der kindlichen Gefühle, Haltungen und Handlungen nicht nur diese im Einzelnen bestätigt werden, sondern das Kind in seiner ganzen Existenz bejaht wird. (Weinberger 2010)

b) Reflektieren von Gefühlen

Beim Reflektieren von Gefühlen steht das innere Erleben des Kindes oder der gewählten Spielfigur im Vordergrund wie an folgendem Beispiel deutlich hervorgeht:

Der 10-jährige Robert erzählt ganz empört, dass sein Bruder ihm unter einem Vorwand die Pistole weggenommen hat. Die Therapeutenperson reflektiert die Gefühle des Kindes: „Das macht dich ganz wütend, wenn dein Bruder dich so austrickst.“

Durch das Reflektieren und verbalisieren des inneren Erlebens des Kindes wird dieses für das Kind hervorgehoben und dem Kind und somit zugleich einer Bearbeitung durch das Kind zugänglich gemacht. (Weinberger 2010)

c) Konkretisierende empathisch verbale Resonanz

Konkretisierende empathisch verbale Resonanz bezieht sich auf die Gefühle des Kindes, welche einer bestimmten Situation oder einem bestimmten Kontext zu zuordnen sind.

Weinberger (2010) führt dafür folgende Beispiele an:

„Immer, wenn du traurig bist, verkriechst du dich in deinem Zimmer.“ – „Wenn dich jemand anfasst, dann wirst du so wütend, dass du einfach ausrastest.“ – Wenn Mama und Papa sich so streiten, hast du Angst, dass sie sich scheiden lassen.“ (Weinberger 2010, S. 92)

Solche empathisch verbale Resonanzen helfen dem Kind ein Gefühl einer bestimmten Situation oder einem bestimmten Kontext zu zuordnen. (Weinberger 2010)

d) Selbstkonzeptbezogene empathisch verbale Resonanz

Die selbstkonzeptbezogene empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson „bezieht sich auf die – vom Selbstkonzept ausgehenden – Bewertungen, die das Kind in Bezug auf seine Gefühle und Verhaltensweisen zeigt“ (Weinberger 2010, S. 92). Diese Bewertungen können sich anhand von

kognitiven Reaktionen wie z.B. durch Meinungen und Beurteilungen, sowie auch anhand von emotionalen Reaktionen, wie z.B. Wut, Scham oder Angst zeigen.

Folgende Beispiele werden hierfür von Weinberger (2010, S. 92) angeführt:

„Das ärgert dich, dass du nur eine Zwei geschrieben hast. Du willst die beste Arbeit der Klasse haben“ – „Wenn du nicht alle Pfeile in die Mitte bekommst, bist du nicht zufrieden.“ – „Du denkst, du darfst so etwas nicht sagen.“ – „Du denkst dass du das nie schaffen wirst.“

Auf der analogen Spielebene könnten selbstbezogene empathisch verbale Resonanzen so aussehen:

„Der Hauptmann darf keinen Fehler machen.“ – „Das Meerschweinchen muss immer ganz lieb sein.“ – „Der Fuchs denkt: ‚Ich bin ganz schlau‘“ (Weinberger 2010, S. 92)

Ein solches Reflektieren der Selbstbewertungen schließt auch die Stärken und Ressourcen des Kindes mit ein:

„Du hättest nicht gedacht, dass du so gut zielen kannst.“ – „Du bist stolz, dass du so ein schwieriges Labyrinth gezeichnet hast.“ (Weinberger 2010, S. 92)

Anhand solcher selbstkonzeptbezogener Reflexionen durch die Therapeutenperson, werden dem Kind Teile seines Selbstkonzeptes wiedergespiegelt und so einer Bearbeitung zugänglich gemacht. (Weinberger 2010)

e) Organismusbezogene empathisch verbale Resonanz

Wie in Kapitel 2.2.1 bereits erörtert wurde, werden die Erfahrungen des Kindes nicht nur auf der Ebene des Selbstkonzeptes bewertet, sondern auch auf der Ebene des Organismus. Die organismische Bewertung des Kindes ist jedoch, insbesondere dann, wenn diese mit dem Selbstkonzept in Widerspruch steht, dem Bewusstsein oftmals nicht zugänglich.

Ziel der organismusbezogenen empathisch verbalen Resonanz der Therapeutenperson ist es die grundlegenden, aber oftmals verzerrten oder versteckten Gefühle und Bedürfnisse des Kindes zu identifizieren und diese verbal zu reflektieren. „Ein Beispiel ist das Kind, das angibt, keine Angst zu haben, obwohl es deutliche, sichtbare Anzeichen dafür gibt“ (Weinberger 2010, S. 93). Durch die organismusbezogene empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson wird dieses organismische Empfinden des Kindes aufgespürt und benannt. Wenn das Kind bereit ist diese verbale Resonanz der Therapeutenperson ungehindert und ohne Bedrohungen zu verarbeiten, so ist das Kind bereit seine organismische Bewertung wahrzunehmen und sich dieser anzunähern. (Weinberger 2010)

f) Reflektieren von Problemlösungsprozessen

Das Reflektieren von Problemlösungsprozessen wurde von Schmidtchen (1987) (siehe auch Kapitel 3.2) formuliert und bezieht sich auf die Denk- und Handlungsprozesse des Kindes.

Weinberger (2010) führt zur Verdeutlichung folgende Beispiele an:

„Du überlegst wie du die Schienen am besten zusammensteckst“ – „Du probierst es jetzt einmal anders herum.“ – „Du versuchst einfach wegzuhören, wenn der dich wieder anmacht.“ – „Du fragst dich wie du das dem Lehrer erklären kannst.“ (Weinberger 2010, S. 94)

Mithilfe solcher verbaler Resonanzen wird das Kind in seinen Denk- und Handlungsprozessen unterstützt und ihm geholfen seinen eigenen Weg zu finden. (Weinberger 2010)

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass das Empathie-Prinzip der personenzentrierten Psychotherapie (siehe Kapitel 2.2.3.2) mittels empathisch verbaler Resonanz von Seiten der Therapeutenperson realisiert werden kann. Um den therapeutischen Prozess positiv voranzutreiben, greift die Therapeutenperson immer dann, wenn ein Gefühl vom Kind zum Ausdruck kommt dieses auf und spiegelt es dem Kind in Form einer empathisch verbalen Resonanz zurück. Mittels derer werden dem Kind jedoch nicht nur die zum Ausdruck gebrachten Gefühle, sondern auch die Präferenzen, Vorlieben, Wünsche, Abneigungen, Intentionen und Motivationen, die dem kindlichen Verhalten zugrunde liegen, wiedergespiegelt. Die empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson vermittelt dem Kind Respekt gegenüber seinen Gefühlen und bekräftigt damit das Recht des Kindes Gefühle zu haben und diese zum Ausdruck zu bringen. Durch die empathisch verbale Resonanz der Therapeutenperson wird das Kind dazu ermutigt seine Gedanken, Intentionen, Wünsche, Abneigungen, Gefühle etc. weiter auszudrücken. Des Weiteren verliert das Gefühl des Kindes durch dessen Ausdruck und die wertschätzende Akzeptanz und Wahrnehmung der Therapeutenperson an Intensität, wodurch es dem Kind möglich wird dieses Gefühl leichter als zu ihm gehörig zu akzeptieren und in sein Selbstbild integrieren zu können. Mithilfe der verbalen Resonanz der Therapeutenperson kommt das Kind zu einer Klärung seiner eigenen Erlebnis- und Verhaltensweisen, wodurch es in die Lage versetzt wird, sein Verhalten besser zu steuern und das kindliche Fehlverhalten allmählich aufgelöst wird.

4.2.3 Verbale Resonanz in Bezug auf Fragen

Innerhalb eines therapeutischen Prozesses begegnet die Therapeutenperson dem Kind auch in Bezug auf Fragen auf einer verbalen Ebene. Wie die verbale Resonanz der Therapeutenperson im Umgang mit Fragen gestaltet sein muss, um für den Therapieprozess förderlich sein zu können, wird im nächsten Kapitel definiert. Hierzu werden zwei Arten von Fragen unterschieden: zum einen Fragen, die das Kind stellt und zum anderen Fragen der Therapeutenperson.

4.2.3.1 Fragen des Kindes

Axline (2002 [1947]) erachtet es als ratsam, sachliche Fragen des Kindes auch sachlich zu beantworten. Hält ein Kind z.B. einen Farbkasten hoch und fragt: „Was ist das?“, so plädiert Axline (2002 [1947]) dafür eine sachliche Antwort zu geben und zu sagen: „Das sind Farben.“ Sie sah in den Fragen des Kindes lediglich einen Versuch mit der Therapeutenperson in Kontakt zu treten. Tausch und Tausch (1956) gehen hierbei mit Axline (2002 [1947]) konform und halten fest, dass es nicht notwendig sei, einfache sachliche Fragen des Kindes zu reflektieren, da die Gefühle und Haltungen, die hinter einer solchen Frage stehen unwesentlich und nicht tief in der Persönlichkeit des Kindes verankert seien. Tausch und Tausch (1956) betonen, dass es besser sei „auf sachliche Fragen der Kinder nach sachlichen Gegebenheiten auch eine direkte Antwort zu geben“ (Tausch&Tausch 1956, S. 99). Dies wird anhand eines kurzen Therapieausschnittes von Tausch und Tausch (1956) deutlich:

Thomas nimmt die Fingerfarben heraus und schraubt sie auf. Thomas fragt: „Gibt’s hier extra Pinsel dafür oder nimmt man die Hände dafür?“ Die Therapeutenperson antwortet: „Man kann die Hände dafür nehmen, Thomas, oder die Pinsel, die in dem anderen Farbkasten sind.“ (Tausch&Tausch 1956, S. 99)

In späteren, bis hin zu den aktuellen Schriften der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, hat sich die Haltung von Axline (2002 [1947]), sowie Tausch und Tausch (1956) gewandelt. Heute wird davon ausgegangen, dass es nicht von therapeutischem Vorteil ist, Fragen des Kindes direkt zu beantworten. Die meisten kindlichen Fragen verfügen über eine oberflächliche, sowie auch über eine tiefere Bedeutung. Würde die Frage des Kindes direkt beantwortet werden, so würde dabei die tiefere Frageebene verloren gehen. Darum ist es von Bedeutung den affektiven Gehalt der Frage des Kindes in den Fokus zu rücken und den Fragetypus des Kindes zu diagnostizieren. Fragt ein Kind z.B. danach wie sich die Truhe öffnen lässt, so könnte es sich um eine Frage handeln, bei der es dem Kind lediglich um die Lösung technischer Probleme geht. Es könnte jedoch auch sein, dass das Kind mit einer solchen Frage seine Abhängigkeit zur Therapeutenperson ausdrückt. In einem solchen Fall ist es von Vorteil die Frage erst einmal auf das Kind zurück zu spiegeln und dabei, wenn möglich, den affektiven Gehalt der Frage in den Mittelpunkt der verbalen Resonanz zu stellen. Durch das Rückspiegeln der Frage auf das Kind, erhält die Therapeutenperson ein wenig Zeit um sich ihr weiteres Vorgehen zu überlegen und bietet dem Kind die Möglichkeit den eigenen Frageinhalt nochmals zu reflektieren. Dies führt oftmals dazu, dass das Kind die Frage selbst beantworten kann. (Goetze 2002; Van Fleet et al. 2010)

Ein Junge hebt während der Therapiestunde zwei Dartpfeile auf und fragt die Therapeutenperson: „Was kann man damit tun?“ Die Therapeutenperson spiegelt die Frage auf das Kind zurück: „Du möchtest gerne von mir wissen, was du damit tun kannst.“ (Landreth 2002, S.

Diese Reflexion der kindlichen Frage verschafft der Therapeutenperson einen kurzen Zeitaufschub währenddessen sie sich überlegen kann, wie sie auf die nächste Frage des Kindes reagieren soll. Das Kind reagiert in diesem Beispiel auf die verbale Resonanz der Therapeutenperson mit einer neuerlichen Wiederholung seiner Frage. Würde die Therapeutenperson nun eine direkte Antwort im Sinne von „Die sind dazu da sie so auf die Dartscheibe zu werfen“ geben, so würde diese verbale Resonanz eine Direktive setzen und die Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes hemmen. Darum ist es von Bedeutung, dass die Therapeutenperson die Struktur, welche für das Geben von verbaler Resonanz erforderlich ist, damit diese eine positive Wirkung auf den Therapieprozess entfalten kann, auch bei aufkommenden Fragen während des Therapieprozesses einhält. (siehe hierzu Kapitel 4.1.) Eine passende verbale Resonanz könnte in diesem Fall wie folgt aussehen: „Hier in diesem Raum kannst du entscheiden was man damit machen kann.“ Dadurch würde die Kreativität des Kindes keinerlei Einschränkung erfahren und zugleich ein Prozess des Eigenständig-Entscheidung-Treffens im Kind in Gang gesetzt werden. (Landreth 2002; Ray 2011; Van Fleet et al. 2010)

Stellt ein Kind Fragen, welche die Persönlichkeit der Therapeutenperson miteinbeziehen, so handelt es sich hierbei meist um die Fantasien des Kindes die Therapeutenperson betreffend. Solche Fragen sollten von der Therapeutenperson nicht direkt beantwortet werden, da eine solche Frage immer über einen tieferen Bedeutungsgehalt verfügt. Dieser wird in der verbalen Resonanz der Therapeutenperson aufgegriffen und auf das Kind reflektiert, wodurch das was das Kind eigentlich mit der Frage ausdrücken wollte zum Vorschein kommen kann. Fragt ein Kind die Therapeutenperson z.B. „Sind Sie geschieden?“ so könnte hinter dieser Frage eventuell die Angst des Kindes stehen, dass sich seine Eltern auch scheiden lassen könnten. Würde die Therapeutenperson die Frage des Kindes nun direkt beantworten, so bliebe der tiefere Bedeutungsgehalt dieser Frage verborgen und die Ängste des Kindes könnten nicht bearbeitet werden. (Goetze 2002)

Während eines Therapieprozesses stellen Kinder auch oftmals Fragen, welche indirekt die Beziehung zur Therapeutenperson betreffen, wie z.B. „Welche Farbe wollen Sie sein?“. Würde die Therapeutenperson diese Frage direkt mit der Nennung einer Farbe beantworten, so würde sie eine Direktive in das Spiel einbringen und das Kind in seiner Kreativität und seinem Ausdruck beeinflussen. Bei einer reinen Reflexion der Frage wie z.B. bei „Du möchtest gerne dass ich mich für eine Farbe entscheide.“ könnte es passieren, dass das Kind auf seiner Aufforderung beharrt. In einem solchen Fall ist es wichtig, trotzdem keine Entscheidung zu treffen, die das Kind in seinem Tun beeinflusst. Eine geeignete verbale Resonanz der Therapeutenperson könnte an dieser Stelle so aussehen: „Ich nehme die Farbe, die du nicht willst.“ Damit wird ein Prozess des Entscheidung-Treffens beim Kind in Gang gesetzt. Die Therapeutenperson agiert in dieser Spielsituation dennoch

als ein aktives und präsentes Gegenüber. Manche Kinder erkennen jedoch schnell, dass die Therapeutenperson nicht direkt auf ihre Frage antwortet und reagieren darauf verärgert. In so einem Fall ist es angebracht, das Gefühl des Kindes aufzugreifen und über seinen Zorn zu sprechen. (Goetze 2002; Ray 2011)

Fragt ein Kind die Therapeutenperson um Hilfe, so muss diese abschätzen, ob das Kind wirklich Hilfe benötigt oder eine andere Intention hinter einer solchen Frage steckt. Ergibt sich jedoch die Situation, dass das Kind ohne die Hilfe der Therapeutenperson nicht voran schreiten kann, so sollte die Therapeutenperson die Hilfestellung mit einer verbalen Resonanz in Form von „Zeig mir bitte, wie ich dir helfen kann!“ einleiten, um mit ihrem Tun nicht vor das Kind zu geraten. Die Therapeutenperson sollte jedoch wirklich nur dann helfen, wenn das Kind ohne deren Hilfe offensichtlich nicht weiter kommt, da grundsätzlich gilt: „Wenn man Kindern nicht die Möglichkeit gibt, sich zu einer Entscheidung durchzuringen, würde ihnen letztlich verwehrt, die wichtige Erfahrung zu machen, sich für etwas bewusst entscheiden zu müssen.“ (Goetze 2002, S. 199) (Goetze 2002; Landreth 2002; Ray 2011)

Eine weitere Form kindlicher Fragen während eines Therapieprozesses besteht in der Aufforderung der Therapeutenperson zum Raten. Goetze (2002) hält jedoch fest, dass ein Einlassen auf Ratespiele viel wertvolle Zeit kosten würde und häufig einen Ausdruck von Abhängigkeitsgefühlen impliziert. Bei der Aufforderung zum Raten ist es wichtig, dass die Therapeutenperson konsistent in ihrer akzeptierenden Haltung verweilt. Fragt ein Kind die Therapeutenperson z.B. was sie denn glaube was da auf dem Bild sei, so kann die Therapeutenperson dies an das Kind zurückspiegeln, in Form von: „Dich interessiert was ich auf dem Bild erkennen kann.“ Dies könnte dann weitere verbale Resonanzen hervorrufen, die so aussehen könnten: „Du möchtest dass ich mir dein Bild ganz genau ansehe.“ „Das hört sich für mich so an als hättest du etwas ganz besonderes im Sinn.“ (Goetze 2002)

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass die Fragen des Kindes nicht direkt beantwortet werden sollten, da hinter fast jeder kindlichen Frage ein tieferer Bedeutungsgehalt liegt, der bei der direkten Beantwortung einer Frage verloren gehen würde. Die Therapeutenperson reagiert auf eine kindliche Frage mit einer verbalen Resonanz in welcher sie versucht den affektiven Gehalt der Frage oder die mit der Frage einhergehende Intention des Kindes zu verbalisieren und auf das Kind zu reflektieren. Obwohl die direkte Beantwortung von Fragen den Erlebensfluss des Kindes stören oder in eine bestimmte Richtung lenken könnte, sollten die Fragen des Kindes keines Falls ignoriert werden. Dies würde beim Kind zu Frustration führen und könnte einen Beziehungsabbruch hervorrufen. Die Therapeutenperson sollte dem Kind darum eine verbale Resonanz zur Verfügung stellen, die das Kind in seinem Selbstausdruck weiter vorantreibt und keine Abhängigkeiten entstehen lässt,

damit der therapeutische Prozess effektiv voranschreiten kann. (Goetze 2002)

4.2.3.2 Fragen der Therapeutenperson

Darüber ob die Therapeutenperson als verbale Resonanz in Bezug auf das Geschehen im Spieltherapiezimmer auch Fragen an das Kind stellen darf oder soll, herrscht Einigkeit in der Literatur der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern. Fragen von Seiten der Therapeutenperson sind während des therapeutischen Prozesses nicht angebracht, da diese eine Direktive darstellen und das Kind dazu veranlassen könnten, die Richtung seines Selbstaudrucks zu wechseln. Fragen durch die Therapeutenperson führen zu einer defensiven Haltung beim Kind und veranlassen dieses in seinem Tun eine Pause einzulegen oder dieses ganz abubrechen. (Axline 2002 [1947], 2008 [1964]; Goetze 2002; Landreth 2002; Ray 2011; Norton&Norton 1997; Tausch&Tausch 1956; Van Fleet et al. 2010; Weinberger 2010) Kinder sind es aus ihrem alltäglichen Leben gewohnt ständig ausgefragt zu werden und erleben das Ausbleiben von Fragen während einer Therapiestunde als entlastend. Während einer Therapiestunde erhält das Kind die Möglichkeit so zu sein wie es das gerade möchte, ohne dafür Rechenschaft ablegen zu müssen. (Goetze 2002) Diagnostische Fragen, sowie auch Fragen in Bezug auf das Verhalten des Kindes sind während einer Therapiestunde zu vermeiden und wären auch nicht förderlich für den therapeutischen Prozess, da das Kind noch nicht im Stande ist solche Symbolisierungen verbal auszudrücken, die Therapeutenperson mit der Frage jedoch direkt in das Geschehen einsteigt und dieses unterbricht. Generell ist festzuhalten, dass eine verbale Resonanz in Form von Fragen durch die Therapeutenperson ein fehlendes Verständnis dieser für die innere Welt des Kindes impliziert und dieses fehlende Verständnis dem Kind zugleich kommuniziert wird. Das Kind weiter nach Ursachen für seine Gefühle zu fragen, würde gegen das Prinzip der Nicht-Direktivität verstoßen und über keinerlei therapeutischen Effekt verfügen, da das Kind seine Motivation und Intention nicht sprachlich ausdrücken könnte. (Goetze 2002; Landreth 2002; Van Fleet et al. 2010; siehe hierzu auch Kapitel 2.1)

Goetze (2002) beschreibt eine Ausnahmesituation in der die Therapeutenperson sogar angehalten ist nachzufragen. Fragen durch die Therapeutenperson sind nur dann angezeigt, „wenn das Verstehen aus physikalischen oder psychologischen Gründen nicht mehr gewährleistet ist“ (Goetze 2002, S. 199). Ein solcher Fall ist z.B. gegeben, wenn die Therapeutenperson das was das Kind gesagt hat, akustisch nicht verstanden hat oder das Kind eine Geschichte erzählt, diese aber so konfus war, dass die Therapeutenperson dem Kind nicht richtig folgen konnte oder das Kind im Erzählfluss wichtige Details auslässt, die für das Verständnis der Therapeutenperson wichtig sind. Solch inhaltliche Fragen können einen positiven Nebeneffekt aufweisen, da Fragen beim Kind den Eindruck erwecken können, dass die Therapeutenperson ernsthaftes Interesse an ihm und seinen Erzählungen hat. (Goetze 2002)

Norton und Norton (1997) führen eine weitere Ausnahme an, in welcher die Therapeutenperson Fragen stellen sollte: Wenn das Kind der Therapeutenperson im Spiel eine Rolle zuweist. In einem solchen Fall ist es wichtig, dass die Therapeutenperson diese Rolle nicht so ausfüllt, wie sie sich vorstellt, sondern das Kind weiterhin den Weg weist und darum ist es in einer solchen Situation angezeigt nachzufragen und sich zu erkundigen, was genau die Therapeutenperson tun solle. Andernfalls würde die Therapeutenperson in der Spielsituation direktiv handeln und das Kind damit in seiner Selbstexploration stören. Norton und Norton (1997) weisen jedoch auch darauf hin, dass Fragen bzgl. der Handlungen, welche die Therapeutenperson ausführen solle, sowie auch Fragen welche um besseres Verständnis von Seiten der Therapeutenperson bemüht sind, auf ein Minimum zu reduzieren sind. (Norton&Norton 1997)

So kann zusammengefasst werden, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson keine Fragen an das Kind umfassen soll, da diese in das Geschehen direktiv eingreifen und das Kind in seinem Tun unterbrechen. Fragen durch die Therapeutenperson sind für den Therapieprozess nicht förderlich, da das Kind Fragen bzgl. seines Verhaltens, seiner Intentionen oder Gefühle noch nicht verbal symbolisieren kann. Die einzigen Ausnahmen sind gegeben, wenn die Therapeutenperson das Kind akustisch nicht verstanden hat oder seinen Erzählungen nicht folgen konnte, da solch inhaltliche Fragen für das Verständnis der Therapeutenperson wichtig sind oder die Therapeutenperson im Spiel vom Kind eine Rolle zugewiesen bekommen hat und nachfragen muss, wie sie diese ausführen solle.

4.2.4 Verbale Resonanz hinsichtlich Begrenzungen

Bei einer weiteren Form von therapeutischer Resonanz in welcher die Therapeutenperson nicht auf einer spielerischen Ebene, sondern auf der verbalen Ebene reagiert, handelt es sich um die Reaktion der Therapeutenperson Grenzsetzungen betreffend. Grenzen innerhalb des Therapieprozesses fördern die Entwicklung von Selbstkontrolle und Selbstverantwortung beim Kind. Während des therapeutischen Prozesses lernt das Kind sich in seinem Verhalten nicht seinem ersten Impuls hinzugeben, demnach sein Verhalten zu kontrollieren. Bevor ein Kind jedoch widerstehen kann, seinem ersten Impuls zu folgen, muss es sich seines Verhaltens bewusst sein und ein Gefühl für die verschiedenen Möglichkeiten sich selbst auszudrücken bekommen, um Selbstkontrolle üben zu können. Darum wird bei Grenzsetzungen innerhalb der Therapiestunde das Verhalten des Kindes von Seiten der Therapeutenperson verbalisiert und somit auf das Kind zurückgespiegelt und zugleich das Gefühl und das Anliegen des Kindes in den Fokus der verbalen Resonanz gerückt. (Landreth 2002) Bevor an dieser Stelle auf die verbale Resonanz der Therapeutenperson in Bezug auf Grenzsetzungen eingegangen wird, soll zuerst noch der Wert der Begrenzungen für den therapeutischen

Prozess erörtert werden. Wäre der therapeutische Prozess frei von Grenzsetzungen, so würde die Therapie desorganisiert und chaotisch ablaufen und könnte ihre Ziele nicht erreichen. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Van Fleet et al. 2010) Grenzen bieten dem Kind „wichtige Strukturierungs- und Orientierungshilfe[n]“ (Goetze 2002, S. 236) und vermitteln dadurch „basale emotionale Sicherheit“ (Goetze 2002, S. 236). Axline (2002 [1947]) beschreibt den Wert der Begrenzungen als ein Prinzip der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern (siehe Kapitel 2.2.2.8) und hält, ebenso wie Tausch und Tausch (1956) fest, dass sich die Begrenzungen während des therapeutischen Prozesses auf ein Minimum beschränken und nachvollziehbar sein sollten, da die „spontane Entfaltung des kindlichen Verhaltens [...] durch zahlreiche Begrenzungen gestört werden“ (Tausch&Tausch 1956, S. 109) würde. Durch die Beschränkung der Grenzsetzungen auf ein notwendiges Minimum, kann eine offene Atmosphäre, welche dem Kind den freien Ausdruck seines Selbst erlaubt, aufrechterhalten werden, wodurch die Stunde ein Maximum an therapeutischen Wert entfalten kann. (Van Fleet et al. 2010) „Welche Grenzen genau gezogen werden, hängt von der Person der Therapeutin ab“ (Weinberger 2010, S. 205), da das Verhalten des Kindes bei der Therapeutenperson kein Inkongruenzerleben auslösen darf. Kann eine Therapeutenperson dem Kind aufgrund des von ihm gezeigten Verhaltens nicht mehr einfühlsam und akzeptierend folgen, so sind die Bedingungen für einen förderlichen therapeutischen Prozess nicht mehr gegeben. Die Therapeutenperson muss darum auf eine „sichere Spielumgebung auf Grund einer klaren Grenzsetzung und –durchsetzung“ (Goetze 2002, S. 241) achten. In allererster Linie werden Grenzen gesetzt um die Sicherheit des Kindes und der Therapeutenperson zu gewährleisten, sowie auch die mutwillige Zerstörung von Material zu verhindern. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002, Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Van Fleet et al. 2010) Axline (2002 [1947], S. 127) macht darauf aufmerksam, dass das „Kind keinen Gewinn davon [...] [habe], wenn es den Therapeuten handgreiflich attackiert“.

Tausch und Tausch (1956, S. 121) beschreiben den Wert von Begrenzungen wie folgt:

„Begrenzungen haben therapeutischen Wert. Sie zeigen dem Kinde, daß [sic!] die Therapie-stunde und die dortigen Verhältnisse nicht außerhalb jeglicher Gesetzmäßigkeiten des Alltagslebens stehen, auch wenn hier dem Kinde ein Optimum des Wachsens und Reifens gegeben ist. Die Begrenzungen zeigen dem Kind, daß [sic!] diese Stunde keine Stunde der Illusion und Phantasie ist, sondern daß [sic!] sie ein Teil des realen Lebens ist.“

Nach Hockel (2010, S. 155) dienen Grenzen in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern „auch der Verständigung und sind Regelungen, die respektierendes Miteinander ermöglichen.“

Goetze (2002) unterscheidet drei Grenzsetzungskriterien:

- Absolute Grenzen: Die absoluten Grenzen sind klar definierbar und betreffen die gesundheitliche Gefährdung der Beteiligten. Es handelt sich hierbei also um die Unterbindung bzw. Begrenzung gefährlichen Verhaltens. „Das Kind darf sich und andere nicht verletzen, weder

in ernster, noch in spielerischer Absicht“ (Goetze 2002, S.242).

- Praktische Grenzen: Auch die praktischen Grenzen sind klar definierbar. Sie beziehen sich auf die Arbeitsfähigkeit der Therapeutenperson. Goetze (2002) führt als Beispiele das Entfernen von Anschlägen auf der Pinnwand durch das Kind, oder das spielen mit dem Bürotelefon an.
- Klinische, relative Grenzen: Bei den klinischen, relativen Grenzen handelt es sich um die „Unterbindung von Verhaltensweisen, die den therapeutischen Prozess stören, wie z.B. das Verlassen des Spieltherapieraumes, die Verletzung der Zeitgrenze, die Beschädigung von Raumutensilien und Spielmaterialien, die Entwendung von Materialien, sozial nicht akzeptable Verhaltensweisen, [und] unangemessene Affektbezeugungen“ (Goetze 2002, S. 243). Klinische, relative Grenzen sind nicht klar definierbar, sondern müssen von Fall zu Fall spezifisch eingeführt werden.

Die Grenzsetzungen während des Therapieprozesses dienen nicht nur dem physischen Schutz des Kindes, sondern bieten auch emotionale Sicherheit, da Grenzen die Struktur bewahren in der das Kind sich sicher fühlen kann. Das Aufzeigen von Grenzen verfügt somit über eine orientierende Funktion und verankert die Therapiestunde im Bereich der Wirklichkeit und betont das Hier und Jetzt. Wenn die Therapeutenperson auf das grenzverletzende Verhalten des Kindes mit einer verbalen Resonanz reagiert, so wechselt die Erfahrung des Kindes schnell und automatisch von der Fantasiewelt in die Realität, in welcher das Verhalten des Kindes nicht akzeptiert wird. Das Kind muss somit seine Konzentration unmittelbar auf das Treffen von Entscheidungen im Hier und Jetzt richten. Grenzsetzungen stellen demnach Realitätskonfrontationen dar, welche dem Kind den Übergang zu Situationen des Alltags ermöglichen. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Hockel 2010; Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Van Fleet et al. 2010; Weinberger 2010)

Wie bereits erwähnt wurde, bieten Grenzen dem Kind die Möglichkeit Selbstkontrolle zu lernen. Das Kind lernt während des therapeutischen Prozesses, dass es für sein Handeln selbst verantwortlich ist. Trifft ein Kind die Entscheidung eine Grenze zu verletzen, so entscheidet es sich zugleich dafür die Konsequenzen, die sein Handeln hervorruft, zu akzeptieren. Das Kind verfügt in Folge dessen selbst über die Verantwortlichkeit seines Handelns. (Landreth 2002; Van Fleet 2010)

Die am Klarsten in Erscheinung tretende Begrenzung ist die Begrenzung der Zeit. Damit das Kind sich auf das Ende der Stunde vorbereiten kann, ist es von Bedeutung, dass die Therapeutenperson dem Kind fünf Minuten, sowie nochmals eine Minute vor dem Ende der Spielzeit dies mitteilt. Die Aussage der Therapeutenperson könnte wie folgt lauten:

„Sarah (Name des Kindes) in fünf Minuten ist die Spielstunde vorüber.“ (Cochran et al. 2010, S. 140)

Indem die Therapeutenperson das Kind an dieser Stelle mit dem Namen anspricht, erlangt sie des-

sen Aufmerksamkeit. Am Ende der letzten Minute der Therapiestunde macht die Therapeutenperson das Kind freundlich und zu gleich geduldig darauf aufmerksam, dass die Zeit für heute um ist:

„Unsere Zeit ist für heute zu Ende, Sarah (Name des Kindes). Wir müssen nun gehen.“
(Cohran et al. 2010, S. 140)

Wenn das Kind dennoch in seinem Spiel bleibt und nicht gehen will, so ist es von Bedeutung, dass die Therapeutenperson die Begrenzung der Zeit einhält, jedoch auch empathisch auf das Kind reagiert. Dies spiegelt sich in der verbalen Resonanz der Therapeutenperson wieder, welche wie folgt zum Ausdruck kommen kann:

„Ich sehe dass du gerne noch länger bleiben möchtest, aber unsere Spielzeit ist für heute um und es ist Zeit zu gehen.“ (Cochran et. al. 2010, S. 140)

Es ist besonders wichtig, dass die Therapeutenperson dem Kind gegenüber geduldig bleibt und mittels verbaler Resonanz das aufgreift, was das Kind zum Ausdruck bringt und auf verbaler Ebene das Ende der Therapiestunde betont. (Cochran et al. 2010)

Begrenzungen werden in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern verbal gesetzt und stellen somit eine verbale Resonanz der Therapeutenperson auf die Handlungen des Kindes dar.

Es stellt sich die Frage wann, während eines Therapieprozesses, über Begrenzungen gesprochen werden sollte. Es besteht die Möglichkeit die Grenzen schon zu Beginn des Kontaktes, also ganz am Anfang des Therapieprozesses aufzuzeigen. In der Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern herrscht große Einigkeit darüber, dass Grenzen erst dann angesprochen werden sollten, wenn die Situation und die Handlungen des Kindes es erfordern, da diese das Kind ansonsten einengen und einschüchtern könnten. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Hockel 2010; Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Van Fleet et al. 2010; Weinberger 2010) Weinberger (2010) plädiert, dass die einzige Grenze, die von Anfang an klar angesprochen und formuliert sein sollte, die Begrenzung der Zeit ist. Generell ist darauf hinzuweisen, dass Therapeutenperson die drohenden Grenzverletzungen des Kindes schon im Vorhinein erkennt und frühzeitig reagiert. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson sollte zeitlich so früh platziert sein, dass noch rechtzeitig über die Konsequenzen des kindlichen Verhaltens gesprochen werden kann und das Kind die Möglichkeit zur Wahl hat, ob es diese Grenze überschreiten will oder nicht. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Hockel 2010; Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Van Fleet et al. 2010; Weinberger 2010)

Es wird nun folgend dargestellt, wie die verbale Resonanz der Therapeutenperson hinsichtlich Begrenzungen aufgebaut sein muss, um eine förderliche Wirkung für den therapeutischen Prozess entfalten zu können.

Die Sprache, in der die Grenzen gesetzt werden, sollte – wie bei allen anderen verbalen Resonanzen der Therapeutenperson auch – der kindlichen Entwicklung und dem sprachlichen Niveau des Kin-

des angepasst sein. Während Tausch und Tausch im Jahre 1956 dazu aufforderten, die verbale Resonanz der Therapeutenperson dem Kind gegenüber unpersönlich erscheinen zu lassen, damit das Kind keinen Ärger in Bezug auf die Therapeutenperson entwickle, wird dem in späteren Schriften zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern widersprochen. Aktuell wird festgehalten, dass das Kind bei einer Grenzsetzung mit seinem Namen angesprochen werden sollte, um auf direkte Weise die Aufmerksamkeit des Kindes zu erlangen. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson hinsichtlich Begrenzungen erfolgt unmittelbar auf eine Situation bezogen und wird in einem ruhigen, gelassenen und geduldigen, sowie auch einem bestimmten Tonfall zum Ausdruck gebracht. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Van Fleet 2010; Weinberger 2010) „Bei der Formulierung der Grenze wird es stets darauf ankommen, die zu begrenzende Verhaltensweise zu benennen, und nicht etwa, den Fokus auf die Persönlichkeit des Kindes zulegen“ (Goetze 2002, S. 250). Umso spezifischer das Verhalten des Kindes in Bezug auf die Grenzverletzung angesprochen wird, desto besser kann das Kind die Grenze verstehen. Der Fokus und die Betonung liegen immer auf dem Kind selbst und dessen Verhalten, um aufzuzeigen, dass die Verantwortlichkeit beim Kind liegt.

Landreth (2002) betont, dass verbale Resonanzen, welche ein ‚wir‘ oder ‚unser‘ beinhalten nicht angebracht seien, da diese die Therapeutenperson mit einbeziehen und den Blickpunkt weg vom Kind rücken würden. Es folgt ein Beispiel zur Verdeutlichung:

Ein Kind beginnt mit den Fingerfarben auf dem Boden zu malen. Die Therapeutenperson reagiert darauf wie folgt: „Wir malen hier nicht auf dem Boden.“ (Landreth 2002, S. 248)

Die hier gewählte verbale Resonanz der Therapeutenperson schließt ihre eigene Person mit ein, obwohl diese am Geschehen selbst gar nicht beteiligt ist. Die Therapeutenperson rückt dadurch nicht das Kind in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung, was dazu führt, dass das Kind sich nicht persönlich angesprochen fühlt und die verbale Resonanz der Therapeutenperson nicht aufnimmt.

Goetze (2002) hingegen ist der Auffassung, dass bei der verbalen Resonanz der Therapeutenperson hinsichtlich Begrenzungen Wörter wie ‚wir‘ oder ‚man‘ sehr wohl verwendet werden sollten, „um nicht die Person des Kindes in keine negative Konnotation zu stellen“ (Goetze 2002, S. 250), sondern deutlich zu machen, dass diese Grenzen generell in diesem Raum gelten. Einigkeit herrscht darüber, dass Grenzsetzungen immer in direkter Weise angesprochen werden sollten und zugleich für das Kind klar formuliert sein müssen, wenn sie eine förderliche Wirkung für den Therapieprozess entfalten sollen. (Goetze 2002; Landreth 2002) Es folgen zwei Beispiele von Van Fleet et al. (2010) und Landreth (2002) zur Darstellung von Grenzsetzungen, welche nicht klar formuliert wurden:

Ein Kind kommt der Therapeutenperson während des Spieles sehr nah und diese empfindet das als unangenehm. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson könnte wie folgt lauten:

„Du darfst mich nicht in meinem privaten Bereich anfassen.“ (Van Fleet et al. 2010, 86)

Bei einer solchen verbalen Resonanz könnte das Kind verunsichert sein, da die Grenzsetzung nicht klar formuliert wurde. Es ist darum wichtig klare Grenzen zu definieren, die dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst sind. Eine wirksame verbale Resonanz könnte in diesem Fall wie folgt lauten: „Du darfst mich unterhalb dieses Knopfes auf meiner Jacke nicht berühren.“ (Van Fleet et al. 2010, S. 86)

Ein Kind spielt im Sandkasten und gießt Wasser hinein. Die Therapeutenperson sagt: „Du darfst nur ein bisschen Wasser in den Sand geben.“ (Landreth 2002, S. 246)

Bei dieser verbalen Resonanz wird das Kind zwar direkt angesprochen, jedoch ist unklar, wie viel ein bisschen Wasser ist. Eine solche Grenzsetzung lässt den Sachverhalt für das Kind zu weit geöffnet, was zu Diskussionen mit der Therapeutenperson führen und Unsicherheiten beim Kind hervorrufen kann, wie weit es nun gehen darf. Das Kind wird dadurch in seinem Selbstaussdruck unterbrochen und der therapeutische Prozess in seiner Wirksamkeit gehemmt. Eine förderliche therapeutische Resonanz könnte in diesem Fall so lauten: „Du darfst zwei Kannen Wasser in die Sandkiste geben.“

Eine wirksame verbale Resonanz hinsichtlich Grenzsetzungen muss - neben der Berücksichtigung der bereits erwähnten Struktur verbaler Resonanz (siehe Kapitel 4.1) - zwei Komponenten beinhalten: zum einen den verbalen Ausdruck der Grenze und zum anderen die Reflexion der kindlichen Gefühle, Wünsche und Intentionen, die hinter dem grenzverletzenden Verhalten stehen oder mit diesem einhergehen. Wie genau eine Grenze von Seiten der Therapeutenperson gesetzt werden muss, um konstruktiv für den Therapieprozess sein zu können, wird folgend erläutert.

4.2.4.1 Umsetzung des Begrenzungsprinzips mittels verbaler Resonanz

Bei der verbalen Resonanz der Therapeutenperson Grenzsetzungen betreffend geht es darum die Gefühle und Motive, die hinter dem grenzüberschreitenden Verhalten stecken oder damit einhergehen auf zu decken und verbal zum Ausdruck zu bringen, „damit das Kind zu einer ‚emotionalen Einsicht‘ im Sinne von Virginia Axline kommen kann“ (Goetze 2002, S. 238). Ein Ziel des therapeutischen Prozesses der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern liegt darin, „Selbstkontrolle beim Kind aufbauen zu helfen, indem das Kind sich bewusst für ein Verhalten entscheiden und Verantwortung für die Entscheidung übernehmen lernt“ (Goetze 2002, S. 238). Aus diesem Grund ist die „Auseinandersetzung mit den bei Grenzüberschreitungen verbundenen Gefühlen des Kindes [...] deshalb von zentraler Bedeutung, weil damit das Therapieziel der Selbstkontrolle tangiert wird“ (Goetze 2002, S. 238). Dies wird nun anhand eines kurzen Therapieausschnittes von Axline (2002 [1947]) verdeutlicht:

Ein Kind nimmt sich einen schweren Holzklotz und zielt damit auf die Fensterscheibe. Die Therapeutenperson reagiert schnell und sagt: „Dir ist zumute, als möchtest du am liebsten den Klotz durchs Fenster werfen, aber das geht nicht. Du kannst ihn dahinüber werden oder die Klötze alle umstoßen oder auf den Ton hauen, aber nach dem Fenster darfst du nicht werfen.“ Das Kind wird wütend, weil die Therapeutenperson das, was tun wollte, verhindert. Die Therapeutenperson greift dies in ihrer verbalen Resonanz auf: „Du bist böse, weil ich gesagt habe, dass du das nicht tun darfst.“ Sieht das Kind die Therapeutenperson an, als wolle es nach ihm werfen, so nimmt die Therapeutenperson dies wiederum in ihre verbale Resonanz auf: „Du bist ärgerlich mit mir, weil ich dir zwar erlaube, überall hinzuwerfen, nur nicht dahin, wo irgendwer oder irgendwas beschädigt werden kann.“ (Axline 2002 [1947], S. 125)

Anhand dieses Beispiels geht hervor, dass die Therapeutenperson dem Kind hilft sich seines Verhaltens bewusst zu werden und dieses selbst zu steuern und zu kontrollieren.

Die Umsetzung des Begrenzungsprinzips mittels verbaler Resonanz erfolgt im Wesentlichen in folgenden vier Schritten: Akzeptieren und Anerkennen der kindlichen Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse; Verbalisierung der Begrenzung; Nennung der Konsequenz; Durchsetzen der Konsequenz. (Axline 2002 [1947]; Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Hockel 2010; Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Van Fleet 2010; Weinberger 2010)

Diese werden nun erörtert.

a) Akzeptieren und Anerkennen der kindlichen Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse

Im ersten Schritt der Grenzsetzung besteht die Aufgabe der Therapeutenperson darin zwischen der Absicht und der Tat des Kindes zu unterscheiden und dies verbal auf das Kind zu reflektieren. (Goetze 2002; Hockel 2010; Landreth 2002; Tausch&Tausch 1956; Weinberger 2010) „Bei vielen Kindern scheint Akzeptierung ihrer Wünsche und Reflektierung ihrer Gefühle die Notwendigkeit zum Handeln zu eliminieren“ (Tausch&Tausch 1956, S. 111). Weinberger (2010) führt folgendes Beispiel an:

„Du möchtest noch Wasser in den Sand gießen, um den Staudamm größer zu machen.“
(Weinberger 2010, S. 207)

Die Therapeutenperson greift hier die Absicht mit welcher das grenzverletzende Verhalten einhergeht auf und reflektiert diese verbal auf das Kind. Diese Verbalisierung spiegelt die Akzeptanz der kindlichen Motivation wieder und ist ein wichtiger Schritt im therapeutischen Prozess, da dem Kind verdeutlicht wird, dass seine Gefühle anerkannt und akzeptiert werden. Eine solche Verbalisierung trägt oftmals dazu bei, die Intensität des Gefühls zu entschärfen und macht die Tat selbst für das Kind nicht mehr notwendig. (Goetze 200; Hockel 2010; Tausch&Tausch 1956; Weinberger 2010)

b) Verbalisierung der Begrenzung

Unmittelbar nach der Nennung der kindlichen Absicht, wird die bedrohte Grenze klar und knapp benannt. Durch die Verbalisierung der Therapeutenperson wird dem Kind die Grenze bewusst gemacht und erhält die Möglichkeit darauf zu reagieren (Goetze 2002; Hockel 2010; Landreth 2002; Weinberger 2010; Van Fleet et al. 2010) Zur Spezifizierung wird das vorige Beispiel von Weinberger (2010, S. 207) fortgeführt:

„Du möchtest noch Wasser in den Sand gießen, um den Staudamm größer zu machen. Die Regel ist hier: Nur immer eine Gießkanne voll Wasser.“

Nach der Verbalisierung der Grenze wendet sich die Therapeutenperson wieder dem Geschehen des Kindes zu. Sollte das Kind mit dem grenzverletzendem Verhalten fortfahren, so werden Schritt a und b wiederholt. Goetze (2002), Landreth (2002) und Weinberger (2010) plädieren dafür dem Kind ein Alternativverhalten anzubieten, um dem Kind die Möglichkeit zu geben in seinem Ausdruck weiter fort zu fahren. Dies wird am vorigen Beispiel von Weinberger (2010, S. 207) erläutert:

Das Kind greift noch einmal zur Gießkanne um noch mehr Wasser in die Sandkiste zu geben. Die Therapeutenperson setzt folgende verbale Resonanz: „Nein, das ist gegen die Regel. Vielleicht hast du noch eine andere Idee, wie du den Staudamm verbessern kannst.“

Durch diese verbale Resonanz bietet die Therapeutenperson dem Kind ein Alternativverhalten an.

Van Fleet et al. (2010) hält dem entgegen, dass es vermieden werden sollte dem Kind eine Richtung bezüglich eines Verhaltenswechsels vorzugeben, da die Therapeutenperson damit einen Rat erteilen, eine Lösung für das Problem vorschlagen und somit direktiv handeln würde.

Setzt das Kind kein Alternativverhalten zum Ausdruck seines Selbst ein, kommt es zum dritten Schritt im Umsetzungsprinzip verbaler Begrenzungen.

c) Nennung der Konsequenz

Hält das Kind jedoch weiterhin an seinem grenzverletzenden Verhalten fest, so spricht die Therapeutenperson die Konsequenz an, welche es hat, wenn das Kind sein Verhalten fortführt. Diese Verbalisierung muss so formuliert sein, dass das Kind sich im Klaren darüber ist, was passiert, wenn es seine Handlungen fortsetzt. Dadurch wird dem Kind erlaubt selbst eine Entscheidung darüber zu treffen, ob es die Konsequenz eingehen oder sein Verhalten ändern möchte. Die Therapeutenperson muss die Konsequenzen so wählen, dass sie auch umsetzbar sind und für das Kind keine Bedrohung darstellen. Zugleich soll die ausgesprochene Konsequenz immer das Hier und Jetzt betreffen. Eine Konsequenz wie z.B. „Wenn du dich dafür entscheidest dieses Spiel fortzusetzen, haben wir nächste Woche weniger Zeit zum Spielen“ ist demnach unzulänglich. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Weinberger 2010; Van Fleet et al. 2010) Am zuvor gewählten Beispiel von (Weinberger 2010, S. 207) wird fortführend aufgezeigt, wie sich der Schritt in der

Praxis umsetzen lässt:

„Wenn du dich dafür entscheidest noch mehr Wasser in den Sand zu geben, dann ist die Sandkiste für heute gesperrt.“

Bei Grenzverletzungen welche die Unversehrtheit der Therapeutenperson oder des Kindes selbst anbelangen würde die Konsequenz das Verlassen des Spielzimmers und somit die Beendigung der Stunde darstellen. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Weinberger 2010; Van Fleet et al. 2010) Landreth (2002, S. 264) nennt dafür folgendes Beispiel:

„Wenn du dich dafür entscheidest noch einmal auf mich zu schießen, dann entscheidest du dich dafür die Spielstunde für heute zu verlassen.“

Sollte das Kind sich noch immer nicht an die Regeln halten, so werden nach Landreth (2002) die ersten drei Schritte noch zwei bis dreimal wiederholt. Gibt das Kind das grenzverletzende Verhalten nach der Durchführung der ersten drei Schritte auf, so „ist das Thema gegessen, die Absicht vergessen. Es wird nicht ‚nachmoralisiert‘“ (Hockel 2010, S. 176). Führt das Kind das grenzverletzende Verhalten jedoch weiter aus, so kommt es zur Umsetzung der Konsequenz.

d) Durchsetzen der Konsequenz

Bricht das Kind dieselbe Grenze zum dritten Mal, so muss die Therapeutenperson die bereits genannte Konsequenz auch umsetzen. „Es ist wichtig, daß [sic!] die Grenzen, auf die man sich einmal geeinigt hat, konsequent eingehalten werden. Konsequenz im Spielraum ist von genauso folgerichtiger Bedeutung wie Beständigkeit in einer Beziehung. Das Element von Konsequenz gibt dem Kind das Gefühl von Sicherheit.“ (Axline 2002 [1947], S. 127) Bei der Umsetzung des vierten und letzten Schrittes der Grenzsetzung spricht die Therapeutenperson die Grenze noch einmal an und formuliert zugleich die Konsequenz. Wichtig hierbei ist, dass die Therapeutenperson dies so formuliert, dass das Kind realisiert, dass es selbst die Entscheidung getroffen hat. (Cochran et al. 2010; Goetze 2002; Landreth 2002; Weinberger 2010; Van Fleet et al. 2010)

Zur Verdeutlichung des Umsetzungsprinzips von Grenzsetzungen mittels verbaler Resonanz wird an dieser Stelle ein kurzer Therapieausschnitt von Bixler (1949, S. 4), welcher alle vier Stufen des Umsetzungsprinzips aufweist, dargestellt:

Therapeutenperson: „Du bist wütend auf mich, weil ich dich die Puppe nicht mit nach Hause nehmen lasse. Du möchtest mich schlagen, weil du wütend bist.“

Das Kind schlägt die Therapeutenperson.

Therapeutenperson: „Du bist furchtbar wütend auf mich und willst mir weh tun. Klar, dass du sauer auf mich bist, aber schlagen darfst du mich nicht.“

Das Kind tritt und schlägt nach der Therapeutenperson.

Therapeutenperson: „Wenn du mich noch einmal schlägst, musst du das Zimmer für heute verlassen. Du möchtest mir weh tun, weil du schrecklich wütend auf mich bist. Aber wenn

du mich wirklich noch einmal schlägst, musst du für heute gehen.“

Das Kind schlägt die Therapeutenperson erneut.

Therapeutenperson: „Für heute musst du gehen.“ (Die Therapeutenperson steht auf und öffnet die Türe.) Wir sehen uns in einer Woche wieder. Du bist schrecklich wütend auf mich, weil du etwas tun willst, was nicht geht.“ (Bixler 1949, S. 4 [übersetzt von Goetze 2002, S. 251])

Dieses Beispiel vermittelt die vier Umsetzungsprinzipien von Grenzsetzungen mittels verbaler Resonanz sehr deutlich. Zuerst wird das Gefühl des Kindes aufgegriffen und verbalisiert. Anschließend wird die Grenze benannt, die mit dem kindlichen Verhalten einhergeht. Danach wird auf die Konsequenz aufmerksam gemacht, welche folgt, wenn das Kind sein Verhalten nicht ändert. Zum Schluss wird die Konsequenz eingehalten. Aus diesem Beispiel geht besonders gut hervor, dass die Therapeutenperson bei all ihren Verbalisierungen dem Kind gegenüber freundlich und wertschätzend bleibt, sein Verhalten jedoch nicht akzeptieren kann.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson hinsichtlich Begrenzungen dem Kind hilft Einsicht in sein Verhalten zu gewinnen. Dem Kind wird mit Hilfe der vier Schritte der verbalen Grenzsetzungen im Laufe des therapeutischen Prozess dazu verholfen Selbstkontrolle und Selbstverantwortung zu entwickeln.

4.3 Verbale Resonanz während des Therapieprozesses

In diesem Kapitel soll nun abschließend dargestellt werden in welcher Weise sich die verbale Resonanz der Therapeutenperson während des Therapieprozesses verändert und entwickelt. Goetze (2002) definierte in Anlehnung an das Prozess-Modell von Norton und Norton (1997) folgende sechs Verbalisierungsstufen: Reflexionen in Form von Beschreibungen von Abläufen und Handlungen; Verbalisierung von Emotionen, die direkt vom Kind ausgedrückt werden; Verbalisierung von Emotionen, die indirekt im kindlichen Spiel zum Ausdruck kommen; Reflexion von Verhaltenspaterns; Reflexion von Verhaltenspaterns in Verbindung mit Affekten; Verbalisierung von wiederkehrenden Metaphern und deren Realbedeutungen. (Goetze 2002, S.187ff) Diese sechs Verbalisierungsformen nach Goetze (2002) werden in diesem Kapitel den verschiedenen Prozessphasen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern (siehe Kapitel 2.4) zu geordnet, deren situationsadäquate Anwendung während der einzelnen Phasen erörtert und in Hinblick auf die Bedeutung für den Therapieprozess untersucht und dargelegt.

4.3.1 Verbale Resonanz in der Anfangsphase des Therapieprozesses

Wie in Kapitel 2.4.1 bereits dargestellt wurde, ist die erste Phase des Therapieprozesses geprägt

durch ein gegenseitiges Kennenlernen und dem Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung zwischen der Therapeutenperson und dem Kind. In dieser Anfangsphase des Therapieprozesses werden von Seiten der Therapeutenperson folgende Stufen von verbaler Resonanz eingesetzt.

4.3.1.1 Die erste Verbalisierungsstufe: Reflexion in Form von Beschreibungen von Abläufen und Handlungen

In dieser Phase der Therapie kommt die Form der verbalen Resonanz zum Tragen, welche unter Kapitel 4.2.1 bereits als verbales Mitschwingen dargestellt wurde. Die Therapeutenperson greift die Handlungen und Abläufe des Geschehens im Spielzimmer auf und spiegelt diese verbal auf das Kind zurück. Die erste Verbalisierungsstufe richtet sich auf die Verbalisierung der Therapeutenperson lediglich auf die Aktivitäten des Kindes, da in dieser ersten Anfangsphase der Therapie meist noch keine Emotionen für die Therapeutenperson ersichtlich sind. Dies bedeutet aber nicht, dass die Therapeutenperson zu Beginn der Therapie alles verbal reflektiert was das Kind tut und macht, sondern lediglich das wiedergibt, was ihr als zentral und wichtig erscheint. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson muss zeitlich richtig platziert sein, um das Kind in seinen Handlungen nicht zu unterbrechen. Optimaler Weise bietet sich eine solche verbale Resonanz beim Abschluss eines Spielvorganges oder bei einer kurzen Pause durch das Kind an. (Goetze 2002, Norton&Norton 1997)

Das Ziel dieser ersten Verbalisierungsstufe liegt nach Goetze (2002) darin „die aufmerksame Anwesenheit des Therapeuten vor dem Kind zu demonstrieren, dem Kind eine kognitive Orientierung über seine eigenen Handlungen zu erleichtern, [und den] Selbstexplorationen des Kindes in gedanklicher und gefühlsmäßiger Hinsicht den Weg zu ebnen“ (Goetze 2002, S. 188).

4.3.1.2 Die zweite Verbalisierungsstufe: Verbalisierungen von Emotionen, die direkt vom Kind ausgedrückt werden

Diese zweite Verbalisierungsstufe kommt dann zum Einsatz, wenn eine Basisbeziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson hergestellt werden konnte und die Emotionen des Kindes für die Therapeutenperson deutlich und zweifelsfrei erkennbar sind. Ist diese Basisbeziehung gegeben, so beginnt die Therapeutenperson ab dieser Stufe des therapeutischen Prozesses die Gefühle des Kindes in ihre verbale Resonanz mit einzubauen.

Die Notwendigkeit, aktuelle emotionale Erlebnisinhalte des Kindes aufzugreifen und zu verbalisieren, ergeben sich – wie in Kapitel 2 zu den Grundlagen therapeutischer Resonanz bereits dargestellt wurde – aus der Therapietheorie Carl R. Rogers, sowie aus Ergebnissen der Säuglingsforschung (siehe Kapitel 4.2.2.1). Würde die Therapeutenperson auf der ersten Stufe des Verbalisierens stehen

bleiben, so könnte dies im Kind das Gefühl aufkommen lassen, dass seine Gefühle nicht von Bedeutung sind und den therapeutischen Prozess verlangsamen oder zum Stillstand bringen. (Goetze 2002; Norton&Norton 1997)

Die Ziele des Verbalisierens von Emotionen, die direkt durch das Kind gezeigt werden, bestehen nach Goetze (2002) darin, „das Verstehen der inneren Vorgänge des Kindes zu demonstrieren, das Beziehungsverhältnis zu intensivieren, [und] die affektive Domäne zu öffnen, zu erweitern und therapeutisch zu vertiefen“ (Goetze 2002, S. 189).

4.3.1.3 Die dritte Verbalisierungsstufe: Verbalisierungen von Emotionen, die indirekt im kindlichen Spiel zum Ausdruck kommen

Bei dieser Stufe des Verbalisierens werden nicht nur die in direkter Form zum Ausdruck gebrachten Emotionen des Kindes reflektiert, sondern auch jene, die indirekt „in das Spielgeschehen eingebunden affektiven Vorgänge“ (Goetze 2002, S. 190) verbalisiert. Dies bedeutet, dass die Therapeutenperson in ihrer verbalen Resonanz auch die Emotionen der vom Kind gewählten Spielfiguren aufgreift und widerspiegelt. Damit diese dritte Verbalisierungsstufe von Effektivität für den therapeutischen Prozess sein kann, muss vorausgesetzt sein, dass zwischen dem Kind und der Therapeutenperson bereits eine vertrauensvolle Basisbeziehung besteht, „damit das Kind die Freiheit hat, gedanklich eine solche therapeutische Äußerung auf seine aktuellen Aktionen und sein Leben zu beziehen, ohne sich durchschaut und gegängelt zu fühlen“ (Goetze 2002, S. 190).

Das Ziel dieser Art von verbaler Resonanz liegt darin dem Kind eine sichere, für das Kind nicht bedrohliche Basis für seine Selbstexploration und den Ausdruck seiner Gefühle zu bieten. Die vom Kind gewählten Spielmittel, stellen für das Kind eine Hilfe dar, „auf sichere und eher anonyme Art seine Gefühle und Probleme zum Ausdruck zu bringen“ (Goetze 2002, S. 190). Durch das Verbalisieren der affektiven Vorgänge, bezogen auf die vom Kind gewählten Spielfiguren, kann das Kind sich, ausgehend von dieser sicheren Basis, weiter öffnen und seine Selbstexploration weiter vorantreiben. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass bei verbaler Resonanz auf dieser Verbalisierungsstufe, sowie auch auf bei denen zuvor, immer eine Interpretation der Therapeutenperson mitschwingt, da die verbale Reflexion der Therapeutenperson aus ihrer individuellen Wahrnehmung entstammt. Je größer das Empathievermögen der Therapeutenperson jedoch ist, umso geringer ist die Interpretation der Therapeutenperson. (Goetze 2002)

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson zu Beginn einer Therapie zunächst darauf beruht die Aktivitäten des Kindes zu reflektieren, da die Emotionen des Kindes ganz zu Beginn einer Therapie oftmals nicht eindeutig identifizierbar sind. Je enger jedoch die Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson wird,

umso schneller wird diese erste Stufe der Verbalisierung verlassen und die direkt und indirekt zum Ausdruck gebrachten Gefühle des Kindes in die verbale Resonanz der Therapeutenperson integriert.

4.3.2 Verbale Resonanz in der Mittelphase des Therapieprozesses

Die Mittelphase der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern ist durch Gegenseitigkeit geprägt. Eine enge Beziehung zwischen der Therapeutenperson und dem Kind besteht bereits, wodurch alle Möglichkeiten der Kommunikation zwischen dem Kind und der Therapeutenperson geöffnet sind. (siehe Kapitel 2.4.2) In dieser Phase des therapeutischen Prozesses werden die verbalen Resonanzen der Therapeutenperson „die zuvor benannten Verbalisierungsstufen miteinschließen, jedoch über diese insofern hinausweisen, als breitere Kontexte von Spieltherapieerfahrungen in sie eingebettet werden können“ (Goetze 2002, S. 191). In diesem Stadium der Therapie können dadurch andere Qualitäten mit den verbalen Resonanzen der Therapeutenperson realisiert werden. (Goetze 2002; Norton&Norton 1997) Bevor auf die Verbalisierungsstufen, welche in der Mittelphase der Therapie auftreten, Bezug genommen wird, ist an dieser Stelle vorwegzunehmen, dass bei den folgenden drei Verbalisierungsstufen der Grat zwischen Reflexion und Interpretation noch schmaler ist, als bei den Verbalisierungsstufen zuvor, da nicht nur die Gefühle im Hier und Jetzt aufgegriffen werden, sondern diese auch in Bezug zu bspw. vergangenen Verhaltensweisen des Kindes gesetzt werden. (Goetze 2002) Bereits Axline (2002 [1947]) hält fest, dass solche Interpretationen in seltenen Fällen förderlich für den Therapieprozess sein können. Goetze (2002) weist darauf hin, „dass solche, über die Aktuelsituation hinausweichende Verbalisierungen sehr sparsam einzusetzen sind“ (Goetze 2002, S. 191).

4.3.2.1 Die vierte Verbalisierungsstufe: Reflexion von Verhaltenspatterns

Die verbale Resonanz der Therapeutenperson richtet sich auf dieser Verbalisierungsstufe an die vom Kind innerhalb der Spieltherapie gezeigten Verhaltensmuster. Die Therapeutenperson greift dabei auf verbaler Ebene die bislang wenig artikulierten, sowie die eher gemiedenen Erfahrungen des Kindes auf und reflektiert diese. Zum besseren Verständnis folgen einige Therapeutenäußerungen, bei welchen sich die verbale Resonanz der Therapeutenperson auf dieser Verbalisierungsstufe befindet:

„Wenn deine Spielstunde zu Ende ist, dann magst du meistens gar nicht nach Hause gehen.“
„Immer, wenn ich dir sage, dass wir nur noch fünf Minuten Zeit haben, tust du so, als ob du gar nichts gehört hast.“ „Wenn ich in die Ecke gehen soll, dann weiß ich: Ich bin der Räuber im Gefängnis und du bist der Polizist, und der Polizist fragt mich dann immer, was ich alles verbrochen habe, und ich muss alles gestehen.“ (Goetze 2002, S. 192)

Das Ziel der Reflexion der vom Kind gezeigten Verhaltensmuster liegt nach Goetze (2002) darin

„das Selbstkonzept des Kindes zum Gegenstand der Aufmerksamkeit zu machen, dem Kind eine Einsicht in seine Gewohnheiten zu erleichtern, welche ihm bisher kaum bewusst waren, ihm eine bewusste Entscheidung zu ermöglichen, solche Verhaltensgewohnheiten beizubehalten oder zu ändern, [und] die Zeitperspektive des Kindes zu erweitern“ (Goetze 2002, S. 192).

4.3.2.2 Die fünfte Verbalisierungsstufe: Reflexionen von Verhaltenspatterns in Verbindung mit Affekten

Diese Form der verbalen Resonanz geht über die vorangegangene Verbalisierungsstufe hinaus, da die verbale Resonanz der Therapeutenperson in dieser Phase des therapeutischen Prozesses nicht nur die Verhaltensgewohnheiten des Kindes reflektiert, sondern Assoziationen zwischen den Verhaltensgewohnheiten des Kindes und den, von der Therapeutenperson wahrgenommen, Gefühlen hergestellt werden. Es folgen einige Therapeutenäußerungen, welche die verbale Resonanz der Therapeutenperson auf dieser Verbalisierungsstufe aufzeigen soll:

„Immer, wenn du hier großen Spaß hast, greifst du zur Gitarre und singst das Lied vom Zauberland.“

„Wenn du so richtig sauer und wütend bist, dann willst du die Sachen an die Wand schmeißen.“

„Ich sehe, das klappt nicht so gut mit dem Aufbauen der Eisenbahn und das macht dich wütend und du willst alles hinschmeißen. Immer, wenn`s ein bisschen kompliziert wird, dann magst du daran nicht weiterarbeiten, wirst wütend und gibst auf.“ (Goetze 2002, S. 193)

Das Ziel einer solchen verbalen Resonanz liegt in der tieferen Durchdringung der gefühlsmäßigen Äußerungen des Kindes. Goetze (2002) weist darauf hin, dass bei der Umsetzung dieser Verbalisierungsstufe Vorsicht geboten ist, „da das Kind sich nicht konfrontiert fühlen und in eine Abwehrhaltung geraten soll; vielmehr soll beim Kind ein ‚Aha-Erlebnis‘ ausgelöst werden, das einen inneren Monolog etwa dieser Art zur Folge hat: ‚Stimmt, irgendwie hat er recht, so läuft das häufig bei mir ab‘“ (Goetze 2002, S. 192).

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson in der Mittelphase des Therapieprozesse die vom Kind bisher wenig artikulierten und eher gemiedenen Erfahrungen aufgreift, um eine dichtere psychologische Durchdringung der kindlichen Äußerungen zu erlangen.

4.3.3 Verbale Resonanz in der Endphase des therapeutischen Prozesses

In der letzten Phase des Therapieprozesses ist eine voll belastungsfähige Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson erreicht, wodurch Konfrontationen und Generalisierungen mög-

lich werden und eine förderliche Wirkung für den therapeutischen Prozess aufgewiesen werden kann. Zugleich ist mit diesem Stadium des Therapieprozesses auch das Ende der Therapie erreicht. (siehe Kapitel 2.4.3)

4.3.3.1 Die sechste Verbalisierungsstufe: Verbalisierungen von wiederkehrenden Metaphern und deren Realbedeutungen

Die sechste Verbalisierungsstufe stellt die höchste und komplexeste Verbalisierungsstufe dar. Die Therapeutenperson muss sich beim Geben einer verbalen Resonanz, welche sich auf die immer wiederkehrenden Metaphern und deren Realbedeutungen bezieht, über die vom Kind bevorzugten und im Spiel immer wieder gebrauchten Metaphern im Klaren sein. (Goetze 2002)

Die folgenden Verbalisierungen verdeutlichen diese Stufe der verbalen Resonanz der Therapeutenperson:

„Das Auto ist schon wieder kaputt, es muss abgeschleppt werden; das ist so ein bisschen wie bei dir, wenn die Mama dich dauernd zur Nachhilfe in Mathe bringt.“

„Immer, wenn du die Münzen im Sand vergräbst, dann bist du ganz traurig, weil du an das letzte Wochenende denken musst.“

Ich sehe, dass du die Autos ganz schön zusammen knallen lässt. Immer, wenn die Autos zusammen knallen, hast du mir vorher erzählt, dass es mit Mama und Papa zu Hause Streit gegeben hat.“ (Goetze 2002, S. 194)

Diese vom Therapeuten erkannten Zusammenhänge dürfen erst in der letzten Phase des Therapieprozesses auf das Kind reflektiert werden, da das Kind eine „entsprechende Verbalisierung [...] nicht ‚wie ein Blitzschlag aus heiterem Himmel‘ treffen“ (Goetze 2002, S. 193) darf, sondern „gewissermaßen ‚auf der Hand liegen““ (Goetze 2002, S. 193) muss und „das Kind nicht allzu sehr überraschen“ (Goetze 2002, S. 193) darf.

Das Ziel dieser Art von verbaler Resonanz wurde bereits von Axline (2002 [1947]) in ihrem Prinzip des Reflektierens von Gefühlen festgehalten. Es geht darum, dass das Kind Einsicht in sein Verhalten gewinnt. Goetze (2002) formulierte dies wie folgt: „Mit diesen Verbalisierungen von wiederkehrenden Metaphern und deren Realbedeutungen für das Kind wird versucht, beim Kind eine bewusste Einsicht in seine Dynamik des Erlebens und Verhaltens herbeizuführen“ (Goetze 2002, S. 193). Solche verbalen Resonanzen können bei einer tragfähigen Beziehung auch schon am Ende der Mittelphase des therapeutischen Prozesses indiziert sein. (Goetze 2002)

In Bezug auf das Ende einer Therapie betonen Norton und Norton (1997) die Wichtigkeit dem Kind zu kommunizieren, dass es zu einem Ende der Therapie und somit zu einem Ende der Beziehung zwischen dem Kind und der Therapeutenperson kommt. Eine verbale Resonanz der Therapeuten-

person in Bezug auf das Ende einer Therapie könnte folgendermaßen aussehen:

„Es sind jetzt nur noch zwei Wochen in denen wir miteinander spielen können. Ich werde dich vermissen, wenn du nicht mehr herkommst, aber ich freue mich zu wissen, dass es dir gut geht und du Spaß hast.“ (Norton&Norton 1997, S. 231)

In diesem Kapitel wurden die verschiedenen Verbalisierungsstufen, welche während des Therapieprozesses zum Tragen kommen hinsichtlich ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess untersucht und dargelegt. Im letzten Kapitel dieser Arbeit – dem Conclusio – werden nun die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und erörtert.

5. Conclusio

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde untersucht, welche Bedeutung die verbale Resonanz der Therapeutenperson für den Prozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern hat. In der aktuellen Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird die verbale Resonanz der Therapeutenperson auf das Reflektieren von Gefühlen, Handlungen, usw. beschränkt und als therapeutische Intervention lediglich kurz umrissen oder angeschnitten. Während des therapeutischen Prozesses begegnet die Therapeutenperson dem Kind jedoch nicht nur in Bezug auf das Reflektieren von Gefühlen verbal. In dieser Arbeit wurden die verbalen Reaktionen der Therapeutenpersonen, welche während eines Therapieprozesses in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern zum Tragen kommen, als verbale Resonanz gefasst und die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Phänomen dargestellt. Da in den Anfängen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern das Reflektieren von Gefühlen als zentrale therapeutische Intervention galt (Axline (2002 [1947]); Tausch&Tausch 1956) und mit Aufkommen eines interaktionellen Vorgehens (Behr 2002) innerhalb des therapeutischen Prozesses in ihrer Bedeutung in den Hintergrund gerückt ist, wurde das Phänomen verbale Resonanz in Hinblick auf seine Bedeutung für den therapeutischen Prozess untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung werden nun erläutert.

Da das Kind noch nicht über ausreichende Fähigkeiten verfügt sein Selbst verbal zu symbolisieren, fungiert das kindliche Spiel als das natürliche Medium der Kommunikation des Kindes. Das Spiel stellt die höchste Form des Selbstaudrucks des kindlichen Organismus, sowie eine multidimensionale und komplexe Reihe von kindlichem Verhalten dar. Es bietet dem Kind eine sichere Basis, um sein inneres Erleben zum Ausdruck zu bringen, Spannungen zu lösen und belastende Emotionen zu bearbeiten. Das kindliche Spiel besitzt einen hohen therapeutischen Wert, da das Kind im Spiel die Möglichkeit zur Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung erhält, wodurch Selbstheilungsprozesse im Kind aktiviert werden können. Die Therapeutenperson reagiert darauf im therapeutischen Prozess der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern nicht nur auf der spielerischen, sondern zu einem großen Teil auch auf der verbalen Ebene. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson stellt eine Form therapeutischer Resonanz dar und basiert auf derselben Grundlage, wie jede andere therapeutische Resonanz. Im Mittelpunkt der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern steht das Kind mit seiner gesamten Persönlichkeit im Hier und Jetzt und der genuine Glaube an eine konstruktive Kraft im Kind, die es befähigt mit seinen Schwierigkeiten und Problemen unter geeigneten Wachstumsbedingungen selbst fertig zu werden. Die Persönlichkeitstheorie des personzentrierten Ansatzes dient als Grundlage für das Handeln der Therapeutenperson innerhalb des therapeutischen Prozesses und somit auch als Grundlage für die verbale Resonanz der Therapeutenperson. Einen weiteren Ausgangspunkt für die therapeutische Resonanz legte Axline (2002 [1947])

mit den von ihr formulierten acht Grundprinzipien für das therapeutische Handeln in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern fest. Das Handeln im Bereich der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern vollzieht sich innerhalb einer Beziehung, welche durch die Kongruenz der Therapeutenperson, der unbedingt positiven Wertschätzung und Akzeptanz des Kindes, sowie dem einführenden Verstehen geprägt ist. Die verbale Resonanz der Therapeutenperson muss auf dieser Basis beruhen, um innerhalb des Therapieprozesses der personenzentrierten Psychotherapie eine förderliche Wirkung entfalten zu können.

Mittels Literaturstudie konnten vier Formen verbaler Resonanz von Seiten der Therapeutenperson identifiziert werden. Diese vier Formen bestehen aus dem verbalen Mitschwingen der Therapeutenperson, der empathisch verbalen Resonanz der Therapeutenperson, der verbalen Resonanz in Bezug auf Fragen und der verbalen Resonanz hinsichtlich Begrenzungen.

Mittels dieser Arbeit konnte festgestellt werden, dass der empathisch verbalen Resonanz der Therapeutenperson in Bezug auf die Wirksamkeit für den therapeutischen Prozess die größte Bedeutung beizumessen ist, da diese das Empathieprinzip des personenzentrierten Ansatzes verwirklicht und somit die förderlichste Wirkung für den therapeutischen Prozess aufweist.

Das verbale Mitschwingen der Therapeutenperson verfügt über einen hilfreichen Charakter hinsichtlich des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung, signalisiert dem Kind die Involviertheit der Therapeutenperson und das Gefühl angenommen zu sein, akzeptiert und respektiert zu werden, ohne das Kind in seinem Tun zu unterbrechen und den Selbstaussdruck des Kindes dadurch zu hemmen. Das Voranschreiten der Selbstöffnung des Kindes wird somit gefördert.

In Bezug auf die verbale Resonanz hinsichtlich auftauchender Fragen während des Therapieprozesses konnte herausgearbeitet werden, dass die Fragen des Kindes immer auch über eine tiefere Ebene verfügen und es darum keinen therapeutischen Wert hätte, die Fragen des Kindes geradewegs zu beantworten. Bei der verbalen Resonanz der Therapeutenperson sollte der tiefere Bedeutungsgehalt der Frage aufgegriffen und auf das Kind reflektiert werden, wodurch das vom Kind eigentlich zum Ausdruck gebrachte zum Vorschein kommen und bearbeitet werden kann. Dadurch werden Abhängigkeiten vermieden und der Selbstaussdruck des Kindes weiter vorangetrieben. Fragen der Therapeutenperson sind während des gesamten Therapieprozesses nicht angebracht, da diese eine Direktive darstellen und beim Kind zu einer defensiven Haltung führen würden. Die Therapeutenperson ist lediglich dann angehalten nachzufragen, wenn das Verstehen aus physikalischen oder psychologischen Grundlagen nicht gewährleistet ist oder das Kind der Therapeutenperson im Spiel eine Rolle zugewiesen hat und die Therapeutenperson in Erfahrung bringen muss, wie sie diese ausfüllen sollte.

Die verbale Resonanz der Therapeutenperson Grenzsetzungen betreffend, verfügt dahingehend über therapeutischen Wert, da sie dem Kind eine wichtige Strukturierungs- und Orientierungshilfe liefert,

welche emotionale und physische Sicherheit bietet und die Therapiestunde im Bereich der Wirklichkeit verankert. Des Weiteren erhält das Kind mittels verbaler Resonanz in Bezug auf Grenzsetzungen die Gelegenheit Selbstkontrolle zu üben und zu lernen und Selbstverantwortung zu übernehmen, indem das Verhalten des Kindes verbal aufgegriffen, zugleich das Gefühl und das Anliegen, welche mit dem grenzverletzenden Verhalten einhergehen, in den Fokus der Verbalisierung gestellt und diese auf das Kind zurück gespiegelt werden. Dadurch wird dem Kind die Möglichkeit geboten, sich seines Verhaltens und der damit einhergehenden Intentionen bewusst zu werden und eine Entscheidung bezüglich einer Verhaltensänderung oder der Annahme der daraus resultierenden Konsequenz zu treffen. Die verbale Resonanz verhilft hier zu einer bedeutenden Wachstumserfahrung, da das Eigenverantwortliche-Entscheidungen-Treffen das Selbstkonzept des Kindes stärkt.

Neben diesen vier Formen von verbaler Resonanz und ihrer Bedeutung für den Therapieprozess konnte per Literaturstudie auch die Struktur, welche die verbale Resonanz der Therapeutenperson aufweisen muss, um einen förderlichen Charakter für den therapeutischen Prozess entfalten zu können, bestimmt werden. Diese kann wie folgt zusammengefasst werden: Die verbale Resonanz der Therapeutenperson muss sich am sprachlichen Niveau des Kindes orientieren und diesem angepasst sein. Die Stimme der Therapeutenperson sollte bei jeder verbalen Resonanz so normal wie möglich sein und die Tonlage dazu benutzt werden, das zum Ausdruck gebrachte Gefühl zu transportieren. Der Ausdruck der verbalen Resonanz muss sich an den Affekten des Kindes orientieren und darf diese nicht überbetonen oder herabstufen. Tonlage, Mimik und Gestik der Therapeutenperson sollen bei jeder verbalen Resonanz übereinstimmen. Der Adressat der verbalen Resonanz ist das Kind im Hier und Jetzt. Diese persönliche Ansprache vermittelt dem Kind Anerkennung und Respekt für seine Person. Spielt ein Kind jedoch mit Materialien oder Spielsachen, so werden die vom Kind gewählten Materialien angesprochen, da diese einen sicheren Raum für den Selbstaussdruck des Kindes schaffen. Die Botschaft der verbalen Resonanz richtet sich dennoch an das Kind und hilft dem Kind auf eine nicht bedrohliche Weise, Einsicht in sein Verhalten zu gewinnen.

Damit eine verbale Resonanz vom Kind aufgenommen und verarbeitet werden kann, muss diese immer unmittelbar nach dem vom Kind zum Ausdruck Gebrachten erfolgen und sollte in ihrer Frequenz an das kindliche Handeln angepasst sein. Des Weiteren muss die verbale Resonanz der Therapeutenperson das Prinzip der Nicht-Direktivität wahren und auf jegliche Art von Lenkung und Einflussnahme auf das Verhalten des Kindes, wie z.B. durch Ratschläge, Kritik, Lob, Trost, Anregungen und Hinweisen verzichten.

Verfügt die verbale Resonanz der Therapeutenperson über eine solche Struktur, erweist sie sich als förderlich für den therapeutischen Prozess, da sie dem Kind ein Gefühl von Wertschätzung und Respekt für seine gesamte Persönlichkeit vermittelt; dem Kind Sicherheit bietet, in seinem Selbstaussdruck weiter voran zu gehen; dem Kind hilft, eine eigene Meinung zu entfalten, sowie Einsicht

in sein Verhalten zu erlangen und somit zu einer Stärkung des kindlichen Selbstkonzeptes führt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson auch aus aktueller Sicht von Bedeutung für den therapeutischen Prozess in der personenzentrierten Psychotherapie ist, da dem Kind mittels verbaler Resonanz Einsicht in sein Verhalten vermittelt werden kann. Durch die verbale Resonanz wird dem Kind gleichsam ein Spiegel vorgehalten, wodurch das Kind eine größere Bewusstheit über seine inneren psychischen Vorgänge erfährt und objektiver und distanzierter zu seinen Gefühlen und Verhaltensweisen Stellung beziehen kann. Besonders die empathisch verbale Resonanz hilft der Therapeutenperson ihren Respekt vor den Gefühlen des Kindes auszudrücken und zugleich das Recht des Kindes Gefühle zu haben und diese zum Ausdruck zu bringen und zu bekräftigen. Durch den verbalen Ausdruck und die damit einhergehende Akzeptanz des vom Kind gezeigten Gefühls durch die Therapeutenperson verliert das Gefühl für das Kindes oftmals an Intensität, was zur Folge hat, dass das Kind dieses Gefühl leichter akzeptieren und in sein Selbst integrieren kann. Innerhalb des therapeutischen Prozesses erlangt das Kind auf diese Weise die Fähigkeit seine positiven wie auch negativen Gefühle bewusst wahrzunehmen und in fokussierter und gezielter Form zum Ausdruck zu bringen. Mithilfe der verbalen Resonanz der Therapeutenperson kommt das Kind zu einer Klärung seiner eigenen Erlebnis- und Verhaltensweisen, wodurch es in die Lage versetzt wird, sein Verhalten besser zu steuern. Das Kind kann den eigenen Organismus als Ort der Bewertung zurück erlangen, was zu einem Abbau und in weiter gehender Folge zur Auflösung des kindlichen Fehlverhaltens führt.

Ausblick

Das Thema dieser Arbeit wurde gewählt, weil die Therapeutenperson innerhalb des therapeutischen Prozesses in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern, dem Kind häufig auf verbaler Ebene begegnet, es in der Fachliteratur zur personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern jedoch wenige Erläuterungen zu diesem Thema gibt. Mit dieser Arbeit wurde die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Phänomen gefasst, wodurch verbale Resonanz als Handlungskonzept, sowie auch als Interventionsprinzip vorgestellt wurde.

Von der vorliegenden Arbeit ausgehend lassen sich unter anderem folgende Denkanstöße für weitere Untersuchungen formulieren:

- Um das in dieser Arbeit dargestellte Handlungskonzept der verbalen Resonanz der Therapeutenperson in der therapeutischen Praxis zu überprüfen, wäre es interessant empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der verbalen Resonanz für den therapeutischen Prozess in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern durchzuführen.

Eine solche Untersuchung könnte mittels Videoanalyse durchgeführt und anhand eines A-Posteriori-Verfahrens die Angemessenheit der verbalen Resonanz der Therapeutenperson er-

forscht werden. Dabei würde die Reaktion des Kindes unmittelbar nach der verbalen Resonanz der Therapeutenperson analysiert und von dieser auf die Angemessenheit der verbalen Resonanz geschlossen werden. Norton und Norton (1997) haben einen Indikatorenkatalog für die Angemessenheit von Therapeutenäußerungen zusammengestellt, welcher für eine solche Untersuchung herangezogen werden könnte.

- Es könnten auch einzelne Teilaspekte des Phänomens der verbalen Resonanz, wie z.B. die Bedeutung der Nicht-Direktivität, die verbale Resonanz in Bezug auf Begrenzungen oder Fragen usw. herangezogen und im praktischen Feld genauer untersucht werden.
- Des Weiteren könnte untersucht werden welche Bedeutung die verbale Resonanz in der Arbeit mit Jugendlichen für den therapeutischen Prozess hat.
- In Bezug auf die Erziehungswissenschaft könnte untersucht werden in wie weit das hier beschriebene Phänomen der verbalen Resonanz auch in der Tätigkeit von Pädagogen, welche mit Kindern zwischen drei und zwölf Jahren zu tun haben, zum Tragen kommt und welche Auswirkungen dies explizit auf die pädagogische Arbeit hat.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die verbale Resonanz der Therapeutenperson ein Handlungskonzept und Interventionsprinzip darstellt, welches auch aktuell von Bedeutung für den Therapieprozess in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern ist, dem in zukünftigen Studien zur personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern mehr Beachtung zukommen sollte.

-

Literaturverzeichnis

Ainsworth, Mary D.S. (1964): Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. In: Merrill-Palmer Quarterly, 10, S. 51-58. Übersetzt in: Grossmann, Klaus E./ Grossman, Karin (Hrsg.) (2003): Bildung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. – Stuttgart: Klett-Cotta, S. 102-111.

Axline, Virginia (2002 [1947]): Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. - München: Ernst Reinhardt, 10. Auflage. [Originalausgabe: Axline, Virginia (1947): Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood. - Boston: Houghton Mifflin.]

Axline, Virginia (2008 [1964]): Dibs. Ein kleiner Junge befreit sich aus seinem seelischen Gefängnis. – München: Knaur. [Originalausgabe: Axline, Virginia (1964): Dibs in search of self. – Boston: Houghton Mifflin.]

Banki, Farsin; Rothe, Friedrich Karl (1979): Wege der pädagogischen Forschung. Eine Einführung. – Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Beckmann, Erika (2002): Zur Person des Therapeuten – ihre Bedeutung in der personzentrierten Kinderpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, Claudia; Ehlers, Beate; Hensel, Thomas; Kemper, Franz; Monden-Engelhardt, Christiane (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. Grundlagen und Konzepte. – Göttingen: Hogrefe. 2. Auflage, S. 261-284.

Beelmann, Andreas; Schneider, Robert (2003): Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32(2), S. 129-143.

Behr, Michael (2002): Therapie als Erleben der Beziehung – die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, Claudia; Ehlers, Beate; Hensel, Thomas; Kemper, Franz; Monden-Engelhardt, Christiane (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. Grundlagen und Konzepte. – Göttingen: Hogrefe. 2. Auflage, S. 95-122.

Behr, Michael (2003): Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents: A theoryba-

sed concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. In: Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2003, Volume 2, Number 2, S. 89-103.

Behr, Michael (2007): Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Spieltherapeutische Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In: Kriz, Jürgen; Slunecko, Thomas: Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. - Wien: Facultas, S. 151-166.

Behr Michael (2009): Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In: Behr, Michael; Hölldampf, Dagmar; Hüsson, Dorothea: Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Konzepte. Göttingen: Hogrefe, S. 37-58.

Behr, Michael; Hölldampf, Dagmar; Hüsson Dorothea (2009): Beziehung und Methode – Theorien und personenzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In: Behr, Michael; Hölldampf, Dagmar; Hüsson, Dorothea (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte. – Göttingen: Hogrefe, S. 13-34.

Biermann-Ratjen, Eva-Maria (2007): Die Störungslehre des klientenzentrierten Konzepts. In: Kriz, Jürgen; Slunecko, Thoma. Wien: Facultas, S. 49-63.

Bowlby, John (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. – München: Kindler.

Bratton, Sue C.; Ray, Dee; Rhine, Tammy (2005): The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review. In: Professional Psychology. Research and Practice, Vol. 36, No. 4, S. 376–339.

Bixler, Ray H. (1949): Limits are Therapy. In: Journal of Consulting Psychology, Volume 13 No. 1, S. 1-11.

Cochran, Nancy H.; Nordling, William J.; Cochran, Jeff L. (2010): Child-Centered Play Therapy. A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children. – New Jersey: John Wiley&Sons, Inc.

Danner Helmut (1998): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. – München/Basel: E. Reinhardt, 4. Auflage.

Danner, Helmut (2006): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. – München: UTB, 5. Auflage.

Daunert, Christiane; Fröhlich-Gildhoff, Klaus (1995): „Max“ – Beschreibung einer Personzentrierten Kinderpsychotherapie. In: GwG-Zeitschrift 97/1995, S.34-43.

Dorfman, Elaine (2005 [1951]): Spieltherapie. In: Rogers, Carl R. (2005 [1951]): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer, S. 219-254. [Originalausgabe: Rogers, Carl R. (1951): Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.]

Eckert, Jochen (2006): Der therapeutische Prozess in der Praxis. In: Eckert, Jochen; Biermann-Ratjen, Eva-Maria; Höger, Diether (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. – Heidelberg: Springer, S. 219-266.

Finke, Jobst (1993): Therapie-Theorie, - Prinzipien und Methoden der Gesprächspsychotherapie. In: Teusch, Ludwig; Jobst, Finke (Hrsg) (1993): Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. – Heidelberg: Asanger, S. 149-170.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Behr, Michael; Hufnagel, Gerhard; von Zülow, Carola (2003): Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, Heft 4 2003, S. 197-206.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2005): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (PTKJ) – eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, Heft 1 2005, S. 17-21.

Fröhlich Gildhoff, Klaus (2008): Effective Factors in Child and Adolescent Therapy. Considerations for a Meta-Concept. In: Behr, Michael; Cornelius White, Jeffrey H.D.: Facilitating Young People`s Development: Interantional perspectives on person-centred theory and practice. – Herefordshire: PCCS Books Ltd, S. 25-39.

Goetze, Herbert; Jaede, Wolfgang (1974): Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Metho-

de zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen. – München: Kindler.

Goetze, Herbert (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.

Hensel, Thomas (2002): Verbalisieren als empathisches Verstehen in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, Claudia; Ehlers, Beate; Hensels, Thomas, Kemper, Franz; Monden-Engelhardt, Christiane (Hrsg.) (2002): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte. – Göttingen: Hogrefe. 2. Auflage, S. 285-314.

Hockel, Curd Michael (2010): Grenzsetzungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Walkobinger, Christine; Katsivelaris, Margret; Reisel, Barbara; Naderer, Gerd; Papula, Ilse (Hrsg): Tagungsband der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. -Wien, Norderstedt: Books on Demand, S. 143-180.

Hölldampf, Dagmar; Behr, Michael (2009): Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Behr, Michael; Hölldampf, Dagmar; Hüsson, Dorothea: Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Konzepte. Göttingen: Hogrefe, S. 319-339.

Hölldampf, Dagmar; Behr, Michael (2010): Wirksamkeit pc Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Walkobinger, Christine; Katsivelaris, Margret; Reisel, Barbara; Naderer, Gerd; Papula, Ilse (Hrsg): Tagungsband der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. -Wien, Norderstedt: Books on Demand, S. 365-394.

Iseli, Catherine (2006): Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Person (2) 2006, S. 118-130.

Jaede, Wolfgang (1980): Möglichkeiten und Grenzen des Spiels als therapeutisches Medium. In: Schmidtchen, Stefan; Baumgärtel, Frank (1980): Methoden der Kinderpsychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendung. - Stuttgart: Kohlhammer, S. 26-37.

Klafki, Wolfgang (1971): Hermeneutische Verfahren in der Erziehungswissenschaft. In: Rittelmeyer, Christian; Parmentier, Michael (2007): Einführung in die pädagogische Hermeneutik. – Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 3. Auflage.

Kohl, Hans-Christoph (2004): Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung. – Stuttgart: Kohlhammer.

Kritz, Jürgen (2007): Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. In: Kriz, Jürgen/ Slunecko, Thomas: Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. – Wien: Facultas, S. 15-33.

Kron, Friedrich W. (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen. – München/Basel: E. Reinhardt.

Landreth, Garry (2001): Innovations in Play Therapy. Issues, Process and Special Populations. – New York: Brunner-Routledge.

Landreth, Garry (2002): Play therapy: the art of the relationship. – New York: Brunner-Routledge.

Mogel, Hans (2002): Spiel – ein Fundamentales Lebenssystem des Kindes. In: Boeck-Singelmann, Claudia; Ehlers, Beate; Hensel, Thomas; Kemper, Franz; Monden-Engelhardt, Christian (Hrsg.): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. – Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage, S. 237-258.

Norton, Carroll Crowell; Norton, Byron E. (1997): Reaching Children Through Play Therapy. An Experiential Approach. – Denver: The Publishing Cooperative.

Pelinka, Brigitte (2000): Klientenzentrierte Kindertherapie – Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers. In: Person 1 (2000), S. 43-51.

Pfeiffer, Wolfgang (1995): Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. In: GwG-Zeitschrift 97/März 1995, S. 27-32.

Ray, Dee C.; Bratton, Sue C. (2010): What the Research Shows About Play Therapy: Twenty-First Century Update. In: Baggerly, Jennifer N.; Ray, Dee C.; Bratton, Sue C.: Child-Centered Play Therapy Research. The Evidence Base for Effective Practice. – New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., S. 3-36.

Ray, Dee C. (2011): Advanced Play Therapy. Essential Conditions, Knowledge, and Skills for Child Practice. New York: Routledge.

Reisel, Barbara; Fehringer, Christian (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Keil, Wolfgang; Stumm, Gerhard: Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie. – Wien: Springer, S. 335-352.

Reisel, Barbara (2001): The clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. In: Person (2) 2001, S. 55-67.

Reisel, Barbara; Walkobinger, Christine (2006): Kinder und Jugendliche. In: Eckert, Jochen; Biermann-Ratjen, Eva-Maria; Höger, Dietrich (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. – Heidelberg: Springer, S. 295-332.

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

Rogers, Carl R. (1992 [1940]): Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In: Stipsits, Reinhold; Hutterer, Robert (Hrsg.) (1992): Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. – Wien: WUV-Universitätsverlag, S. 15-38.

Rogers, Carl R. (2007 [1942]): Die nicht-direktive Beratung. – Frankfurt am Main: Fischer. 12. Auflage. [Originalausgabe: Rogers, Carl R. (1942): Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co.]

Rogers, Carl R. (2005 [1951]): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer. 17. Auflage. [Originalausgabe: Rogers, Carl R. (1951): Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.]

Rogers, Carl R. (2009 [1959]): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. München: Reinhardt. [Originalausgabe: Rogers, Carl R. (1959): A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework. Boston: Houghton Mifflin.]

Rogers, Carl R. (2009 [1961]): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett Cotta. [Originalausgabe: Rogers, Carl R. (1961): On Becoming a person. A therapists View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.]

Rogers, Carl R. (1980 [1977]): Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, Carl R.; Rosenberg, Rachel L.: Die Person im Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett Cotta, S. 75-93. [Originalausgabe: Rogers, Carl R.; Rosenberg, Rachel L. (1977): A Pessoa como Centro. Sao Paulo: Pedagogica e Universitaria]

Rogers, Carl R. (1980): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, Carl R.; Schmid, Peter F. (19952): Person-zentriert. Grundlagen einer Theorie und Praxis. Mainz: Matthias-Grünwald, S. 185-237.

Rogers, Carl R. (1983 [1977]): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Fischer. [Originalausgabe: Rogers, Carl R. (1977):]

Ryan, Virginia; Wilson Kate (2000): Case Studies in Non-directive Play Therapy. – London: Bailliere Tindall, 2. Auflage.

Sachse, Rainer (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. – Göttingen: Hogrefe.

Seiffert, Helmut (1996): Einführung in die Wissenschaftstheorie. Zweiter Band. Geisteswissenschaftliche Methoden: Phänomenologie – Hermeneutik & historische Methode – Dialektik. – München: Beck, 10. Auflage.

Schmidtchen, Stefan (1974): Klientenzentrierte Spieltherapie. – Weinheim: Beltz.

Schmidtchen, Stefan (1978): Handeln in der Kinderpsychotherapie. Entwicklung und erste Überprüfung einer Theorie des zielgerichteten Therapeuten- und Klientenverhaltens. – Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidtchen, Stefan; Baumgärtel, Frank (Hrsg.) (1980): Methoden der Kinderpsychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendung. - Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidtchen, Stefan; Rahlf, Andrea (1982): Analyse der Therapeut-Klient-Kommunikation in der Spieltherapie. In: Junkers, Gabriele; Petermann, Franz; Rönnecke, Beate; Schmidtchen, Stefan: Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern. – München: Steinbauer & Rau, S. 48-52.

Schmidtchen, Stefan (1989): Kinderpsychotherapie: Grundlagen, Ziele, Methoden. – Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidtchen, Stefan (1999): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. - Weinheim: Beltz.

Schmidtchen Stefan (2002): Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In: Boeck-Singelmann, Claudia; Ehlers, Beate; Hensel, Thomas; Kemper, Franz; Monden-Engelhardt, Christian (Hrsg.): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. - Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage, S. 153-194.

Stern, Daniel [1985] (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. - Stuttgart: Klett Cotta. 9.Auflage. [Originalausgabe: Stern, Daniel (1985): The Interpersonal World of the Infant. – New York: Basic Books]

Tausch, Reinhard; Tausch Anne-Marie (1956): Kinderpsychotherapie in nicht=directivem Verfahren. – Göttingen: Hogrefe.

Tausch, Reinhard; Tausch, Anne-Marie (1998): Erziehungs-Psychologie. Begegnung von Person zu Person. – Göttingen: Hogrefe. 11. Auflage.

Van Fleet, Rise; Sywulak, Andrea E.; Sniscak, Cynthia Caparosa (2010): Child-Centered Play Therapy. – New York: Guilford Press

Walkobinger, Christine (2000): Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie. In: Person (1) 2000, S. 52-62.

Walkobinger, Christine (2009): Die präsente Therapeutenperson. In: Behr, Michael; Hölldampf, Dagmar; Hüsson, Dorothea (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte. – Göttingen: Hogrefe, S. 59-77.

Walkobinger, Christine; Reisel, Barbara (2006): Kinder und Jugendliche. In: Eckert, Jochen; Biermann-Ratjen, Eva-Maria; Höger, Diether (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. – Heidelberg: Springer, S. 295-332.

Weinberger, Sabine (2010): Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim: Beltz, 4. Auflage.

West, Janet (1996): Child Centred Play Therapy. - London: Hodder Education, 2. Auflage.

Wilson, Kate; Ryan, Virginia; Guerney, Louise (2005): Play Therapy. A non-directive Approach for Children and Adolescents. - Oxford: Elsevier Limited, 2. Auflage.

Zusammenfassung

In der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern ist das vorrangige Medium der Kommunikation das Spiel, da das kindliche Spiel die Sprache des Selbstaudrucks des Kindes darstellt. Während des therapeutischen Prozesses begegnet die Therapeutenperson dem Kind jedoch nicht nur auf der spielerischen Ebene, sondern auch auf einer verbalen Ebene. Schon seit den Anfängen der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern gilt die verbale Resonanz der Therapeutenperson als eine zentrale therapeutische Intervention. Mit Aufkommen eines interaktionellen Ansatzes in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, rückte die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Interventionsprinzip in den Hintergrund. In der aktuellen Literatur zur personzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird die verbale Resonanz der Therapeutenperson lediglich umrissen. Auch in aktuellen Studien zur Wirksamkeit des Therapeutenverhaltens in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern wird der verbalen Resonanz der Therapeutenperson keine Beachtung in Bezug auf die Relevanz für den Therapieerfolg beigemessen. In dieser Arbeit soll nun untersucht werden welche Bedeutung die verbale Resonanz aus aktueller Sicht für den Therapieprozess der personzentrierten Psychotherapie hat. Hierzu wird mittels Literaturstudie die verbale Resonanz der Therapeutenperson als Phänomen gefasst und erörtert, sowie hinsichtlich ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess untersucht.

Abstract

In child-centered playtherapy the main medium of communication is the child's play, since it represents the child's way of expressing him or herself. During the play therapy process the therapist not only communicates with the child on a playful level but also on a verbal level. From the beginning, the therapist's verbal response was seen as a central therapeutic intervention in child-centered playtherapy. With the rise of a new interactional approach in child-centered playtherapy, the therapist's verbal response as a principle of intervention was pushed to the background. It is barely mentioned in current literature, and also recent studies concerning the effectiveness of the therapist's behaviour in child-centered play therapy do not treat verbal response as relevant for a therapeutic success. In this thesis, I am investigating the relevance of verbal response in the therapy process of child-centered psychotherapy from a current point of view.

Curriculum vitae

Persönliche Daten:

Name: Daniela Pranter

Geburtsdatum und Ort: 18.9.1985 in Lienz

Kontaktdaten: daniela.pranter@gmx.net

Bildungsweg:

1992 – 1996	Volksschule Lienz
1996 – 2000	Hauptschule Lienz
2000 – 2005	Bakip Klagenfurt
2005 – 2012	Studium der Bildungswissenschaft Universität Wien

Berufliche Laufbahn:

Sept. 2003 – Juli 2004	Hilfserzieherin im Schülerinnenheim des Kärntner Caritas Verbandes in Krumpendorf
Juni 2005 – April 2008	Pädagogin im Osttiroler Kinderbetreuungszentrum Lienz
April 2008 – Dez. 2008	Kindergartenpädagogin bei den Wiener Kinderfreunden
Jänner 2008 – Aug. 2010	Kindergartenpädagogin im Privatkindergarten Thaliastraße
März 2009 – Okt.2009	Beraterin in der Präsenzbibliothek des Institutes für Bildungswissenschaft an der Universität Wien
Sept. 2009	Mitarbeiterin der Ecer 2009
März 2010 – Jänner 2011	Studienassistentin am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien bei Herrn Prof. Dr. Hutterer Robert
Sept. 2010 – März 2011	Kindergartenpädagogin bei Li&Ara
März 2011 – Juli 2011	Studienassistentin am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien an der Abteilung Bildung, Biographie und Medien
Sept. 2011 – aktuell	Kindergartenpädagogin im Sportkindergarten Monpti

Sprachkenntnisse:

Deutsch und Englisch