



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Ja, so bist du! So bist du recht!“

Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit
geistiger Behinderung

Verfasserin

Sophie Tarta

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik, 2002

Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle von ganzem Herzen bei meiner Mutter für ihre seelische Unterstützung und ihre stärkenden Worte während meines Studiums und besonders während der Verfassung meiner Diplomarbeit bedanken.

Ein besonderer Dank geht an meinen Lebenspartner, Sofiane, der mir immer, aber besonders während der ‚Diplomarbeitsphase‘, eine große Stütze war und mir bei allen Höhen und Tiefen zur Seite stand.

Ein großer Dank geht an meine beiden besten Freundinnen, Kristina und Claudia, die schon seit vielen Jahren stets zu mir stehen, aber besonders während der letzten paar Monate, in denen die Diplomarbeit fertiggestellt wurde, immer ein offenes Ohr und eine Schulter zum Anlehnen für mich hatten.

Ich möchte mich ebenfalls herzlichst bei meinen Interviewpartnerinnen bedanken, die mir viele Anregungen zu meinem Thema gaben. Die Interviews mit ihnen stellen den Teil dieser Diplomarbeit dar, der mir am meisten Freude bereitete. Die Begegnung mit diesen einzigartigen Menschen wird mir stets positiv in Erinnerung bleiben.

Weiters möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, meine Diplomarbeit durchzulesen und mir dadurch zu neuen Anregungen verholfen haben. Dieser Dank gilt besonders Otto, Gerd, Janna, Claudia, Kristina und meiner Mutter!

Herrn Dr. Robert Hutterer, der mir die Personenzentrierte Psychotherapie vorstellte und sie mir nahe brachte und von dessen Prinzipien und Menschenbild ich über die Jahre immer überzeugter wurde, gilt auch für die Betreuung dieser Arbeit mein besonderer Dank.

„Last but not least“ möchte ich mich bei Dr. Michael Behr bedanken, der mich mit seinem Seminar über Personenzentrierte Spieltherapie und mit seiner Persönlichkeit fasziniert hat. Sein Einfluss führte zu meiner Entscheidung über die Spieltherapie zu schreiben.

Eidesstattliche Erklärung

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

Datum:

Unterschrift:

Zusammenfassung

Die Sichtweisen und Definitionen in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung sind vielfältig und unklar. Es besteht jedoch die Übereinstimmung, dass sie im Intelligenzbereich unterdurchschnittlich entwickelt und in ihrem sozial-adaptiven Verhalten beeinträchtigt sind. Sie leiden drei- bis viermal häufiger als die ‚Normalbevölkerung‘ an verschiedenen Arten psychischer Störungen, die sie schon von früher Kindheit an entwickeln. Die Ursachen dafür liegen meist in negativ geprägten Beziehungserfahrungen zu Bezugspersonen und ihrer sozialen Umwelt. Trotz dieser Kenntnis herrscht ein Mangel an psychotherapeutischen Angeboten für diese Personengruppe, vor allem für Kinder mit geistiger Behinderung. Einer der Gründe liegt in der noch immer bestehenden Annahme, psychische Störungen seien Folge der geistigen Behinderung, die im ICD-10 den psychischen und Verhaltensstörungen zugeordnet wird. Die Grundannahme der Personenzentrierten Psychotherapie, die von Carl R. Rogers gegründet wurde, besteht in der Annahme, jedes Individuum würde eine Aktualisierungstendenz in sich haben, die dessen Erhaltung und Entfaltung zum Ziel hat. Aufgrund dieser Annahme, stellt die Personenzentrierte Psychotherapie eine nicht-direktive Therapie dar, die die Fähigkeit zur Problemlösung im Klienten selbst sieht, und diesen auf dem Weg zur Problemlösung auf empathische, wertschätzende und kongruente Art unterstützt. Die Personenzentrierte Spieltherapie, die von Virginia Axline geprägt wurde, basiert auf den Prinzipien der Personenzentrierten Psychotherapie. Auch in dieser wird an die Fähigkeit des Kindes geglaubt, selbst Entscheidungen treffen zu können und einen Weg zu dessen Problemlösungen zu finden. Literatur zur Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung ist sehr spärlich vorhanden und erweist sich als unsystematisch. Aus den wenigen Berichten zu diesem Thema tritt jedoch deutlich hervor, dass eine klassische Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern auf Grenzen und Herausforderungen stößt, die es durch Modifikationen zu ergänzen gilt. In einer qualitativen Untersuchung gilt es herauszufinden, wie Personenzentrierte Psychotherapeuten in der Spieltherapie bei diesen Kindern vorgehen, wie sich die Arbeit mit ihnen von der mit Kindern ohne Behinderung unterscheidet, inwieweit andere Therapiemethoden in die Personenzentrierte Spieltherapie integriert werden und weshalb die Personenzentrierte Spieltherapie ihrer Auffassung nach als geeignet für diese Kinder erscheint.

Abstract

The perspectives and definitions in regard to people with mental retardation are manifold and ambiguous. However, there exists a consistency in that they have under-average development in the intelligence area and that their social-adaptive behaviour is impaired. They suffer three to four times more than 'the normal population' from various forms of psychological disorders, the development of which begin in early childhood. The causes lie mostly in negative relationship experiences with attachment figures and with their social ambience. Despite this knowledge, there is an insufficiency of psychotherapeutic choices for this group of people, especially for children with mental retardation. One of the reasons lies in the existing assumption that mental disorders are a consequence of mental retardation. This is not so surprising, given the fact that mental retardation is apportioned to, amongst others, mental disorders. The root supposition of person-centred psychotherapy, founded by Carl Rogers, confirms the supposition that every individual can have an actualizing tendency, the object of which is its preservation and development. Based on the supposition of this tendency, person-centred psychotherapy presents a non-directive therapy, which recognizes the ability of a client to solve his problem, and supports him/her in an empathic, accepting and congruent way until it is solved. Person-centred playtherapy, strongly influenced by Virginia Axline, is based on the principles of person-centred psychotherapy. Here also, belief is placed in a child's ability to make decisions and to find its own way to problem-solving. The literature about person-centred playtherapy for children with mental retardation is very sparse and proves to be unsystematic. In the few accounts of this theme, it becomes however very clear that classical person-centred playtherapy with such children meets with constraints and challenges, and it is necessary to amend it through modification. It is essential to ascertain, with a qualitative analysis, what the psychotherapist's procedure is with these children in playtherapy, how the therapy differs from the activity with children without retardation, to what extent they integrate other therapy methods in person-centred playtherapy with mentally retarded children, and why person-centred playtherapy holds the opinion that it is applicable for these particular children.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	3
Eidesstattliche Erklärung	5
Zusammenfassung	7
Abstract	9
I Theoretischer Teil	17
1. <u>Hinführung zum Thema</u>	17
1.1. Geistige Behinderung	17
1.2. Personenzentrierte Psychotherapie	19
1.2.1. Personenzentrierte Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	20
1.3. Personenzentrierte Spieltherapie	21
1.3.1. Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	22
1.4. Forschungsfrage	23
2. <u>Geistige Behinderung</u>	25
2.1. Sichtweisen zur geistigen Behinderung	27
2.2. Definition und Klassifikation geistiger Behinderung	31
2.2.1. Kritik an den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV	33
2.3. Ätiologie der geistigen Behinderung	34
2.4. Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	35
2.4.1. Prävalenz	35
2.4.2. Ursachen	36
2.4.3. Die Entstehung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus entwicklungsdyamischer Perspektive	37
2.5. Die (mangelnde) psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung	41
2.6. Zusammenfassung	43
3. <u>Grundlagen der Personenzentrierten Psychotherapie</u>	45
3.1. Die Grundhaltung der Personenzentrierten Psychotherapie	46
3.1.1. Empathie	46
3.1.2. Bedingungsfreie positive Beachtung/ Unbedingte Wertschätzung	47
3.1.3. Echtheit/ Kongruenz	48

3.2. Das Selbst	49
3.3. Aktualisierungstendenz	50
3.3.1. Selbstaktualisierungstendenz	52
3.4. Inkongruenz	53
3.5. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie	54
3.5.1. Rogers und differenzielle Vorgehensweisen	56
3.5.2. Die Entwicklung differenzieller Vorgehensweisen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie	57
3.5.3. Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie	59
3.6. Personenzentrierte Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	62
3.6.1. Rogers und die Bedeutung von Intelligenz für die Personenzentrierten Psychotherapie	62
3.6.2. Die Beziehungsgestaltung in der Personenzentrierten Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	64
3.6.2.1. Die Kommunikation als Herausforderung der Empathiefähigkeit	65
3.6.2.2. Die Annahme einer Aktualisierungstendenz als Möglichkeit zur Selbstbestimmung	67
3.6.2.3. Bezugspersonenarbeit	68
3.6.3. Die Prä-Therapie nach Prouty	68
3.6.3.1. Die Entwicklung der Prä-Therapie	69
3.6.3.2. Die Wiederherstellung der Kontaktfunktionen	70
3.6.3.3. Das Prä-expressive Selbst	71
3.7. Zusammenfassung	72
4. <u>Die Personenzentrierte Spieltherapie</u>	75
4.1. Grundlagen der gegenwärtigen Personenzentrierten Spieltherapie	76
4.1.1. Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen	76
4.1.2. Das Beziehungsangebot in der Personenzentrierten Spieltherapie	77
4.1.2.1. Empathie	78
4.1.2.2. Bedingungsfreie positive Beachtung/ unbedingte Wertschätzung	78
4.1.2.3. Kongruenz	78

4.1.2.4. Grenzsetzung	79
4.1.3. Anforderungen an den Therapeuten	79
4.1.4. Die therapeutische Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit	80
4.1.5. Diagnostik in der Personenzentrierten Spieltherapie	82
4.1.6. Spielzimmer und –material	82
4.2. Die Entwicklung der Personenzentrierten Spieltherapie	84
4.2.1. Rogers und Kinder	84
4.2.2. Die Entwicklung in den USA	85
4.2.3. Die Weiterentwicklung im deutschsprachigen Europa	87
4.3. Von der nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline zur Bedeutung der Interaktionsresonanz nach Behr in der gegenwärtigen Personenzentrierten Spieltherapie	89
4.3.1. Virginia Axline	89
4.3.1.1. Die Theorie der Persönlichkeitsstruktur	89
4.3.1.2. Die Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren	91
4.3.1.3. Die acht Grundprinzipien	92
4.3.1.4. Der Therapeut in der nicht-direktiven Spieltherapie	95
4.3.1.5. Die therapeutische Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit	96
4.3.1.6. Das Spielzimmer und –material	97
4.3.2. Die Theorie der Selbstentwicklung	98
4.3.2.1. Von Rogers zu Stern	98
4.3.2.2. Die Stufen des Selbstempfindens nach Stern	100
4.3.2.3. Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen	103
4.3.3. Die Bedeutung der Interaktionsresonanz in der Personenzentrierten Spieltherapie	104
4.3.3.1. Axline	105
4.3.3.2. Die Interaktionsresonanz als therapeutische Intervention in der Personenzentrierten Spieltherapie	106
4.4. Zusammenfassung	107
5. <u>Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung</u>	109
5.1. Die Anwendung der nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline bei Kindern mit geistiger Behinderung	110

5.2. (Modifizierte) Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	115
5.2.1. Lenkung und Impulssetzungen	117
5.2.2. Spielmaterial	118
5.3. Rahmenbedingungen in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	119
5.3.1. Freiwilligkeit	119
5.3.2. Regelmäßigkeit	120
5.4. Beziehungsangebot in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	120
5.4.1. Unbedingte Wertschätzung und Akzeptanz	120
5.4.2. Empathie	121
5.4.3. Echtheit/ Kongruenz	122
5.4.4. Weitere besondere Aspekte	122
5.4.5. Ziele der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	123
5.5. Personenzentrierte Gruppenspieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	124
5.6. Therapeutische Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit bei Kindern mit geistiger Behinderung	126
5.6.1. Filialtherapie	126
5.7. Zusammenfassung	130
II Empirischer Teil	133
6. <u>Forschungsmethode und Beschreibung der Untersuchung</u>	133
6.1. Das Experteninterview	133
6.1.1. Auswahl und demographische Daten der Interviewpartner	133
6.1.2. Leitfadeninterview	135
6.2. Transkription der Interviews	136
6.3. Die qualitative Inhaltsanalyse	136
6.3.1. Vorbereitung der qualitativen Inhaltsanalyse	137
6.3.1.1. Vorbereitung der Extraktion	137
6.3.1.2. Extraktion	138
6.3.1.3. Aufbereitung	139

6.3.2. Auswertung	139
6.3.2.1. Kategorie 1	140
6.3.2.2. Kategorie 2	142
6.3.2.3. Kategorie 3	143
6.3.2.4. Kategorie 4	144
6.3.2.5. Kategorie 5	145
6.3.2.6. Kategorie 6	146
6.3.2.7. Kategorie 7	147
6.3.2.8. Zusatzkategorie 8	148
7. <u>Ergebnisse und Interpretation</u>	151
7.1. Inwieweit unterscheidet sich die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung von der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern ohne Behinderung?	151
7.2. Inwieweit integrieren Personenzentrierte Psychotherapeuten andere Therapiemethoden in die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung und mit welcher Begründung?	153
7.3. Welchen besonderen Herausforderungen sehen sich Personenzentrierte Psychotherapeuten in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung gegenübergestellt und welche Grenzen haben sie erfahren?	154
7.4. Welche Aspekte sind nach Auffassung Personenzentrierter Psychotherapeuten besonders wichtig in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung?	155
7.5. Inwieweit werden Eltern bzw. Bezugspersonen in die therapeutische Arbeit miteinbezogen und welche Meinung haben Personenzentrierte Psychotherapeuten zur Filialtherapie?	156
7.6. Was sind die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung in eine Personenzentrierte Spieltherapie kommen und kann eine Verbesserung in Bezug auf den Grund der Therapie bzw. in anderen Bereichen festgestellt werden?	157
7.7. Warum ist die Personenzentrierte Spieltherapie für Kinder mit geistiger Behinderung nach Auffassung Personenzentrierter Psychotherapeuten besonders geeignet?	158
8. Abschließende Bemerkungen	161

Literaturverzeichnis	163
Interviewleitfaden	177
Lebenslauf	179
Interviewtranskripte	171
T.A.	181
T.B.	197
T.C.	219
T.D.	235
T.E.	251
T.F.	269

I Theoretischer Teil

1. Hinführung zum Thema

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Person(en)zentrierte Psychotherapie, Klient(en)zentrierte Psychotherapie und nicht-direktive Psychotherapie sowie die Begriffe Person(en)zentrierte Spieltherapie, Klient(en)zentrierte Spieltherapie, Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren und Kindzentrierte Psychotherapie synonym verwendet.

1.1. Geistige Behinderung

In der Fachwelt wird der Begriff ‚geistige Behinderung‘ überwiegend zur Bezeichnung von Menschen verwendet, die im Intelligenzbereich unterdurchschnittlich entwickelt und in ihrem sozial-adaptiven Verhalten beeinträchtigt sind. In den letzten Jahren ist es jedoch vermehrt zu Diskussionen gekommen, in denen dieser Begriff in die Kritik gezogen wurde, da dieser zu defizitorientiert und zudem stigmatisierend für den betroffenen Personenkreis sei. Aus diesem Grund ist es in den letzten Jahren zu einer Vielzahl von (positiveren) Umformulierungen des Begriffs gekommen (Meyer, 2003, S. 6; Neuhäuser & Steinhausen, 2003³, S. 11; Thimm, 1999², S. 11).

Die Frage, die sich hier stellt ist, ob solche Neuformulierungen auch wirklich das Menschenbild, das überwiegend in unserer Gesellschaft von Menschen mit geistiger Behinderung herrscht, verändern kann. Mayer (2000) und Bleidick (1999) sind beide der Auffassung, dass Um- bzw. Neuformulierungen zur Bezeichnung des betroffenen Personenkreises wenig helfen, wenn sich die Einstellung der Gesellschaft ihnen gegenüber nicht verändert.

Beschreibungen von Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, sind auch heutzutage noch vornehmlich homogen und defizitorientiert. Dabei stellt die unterdurchschnittliche Intelligenz von Menschen mit geistiger Behinderung das Hauptmerkmal dieser Beschreibungen dar. Bedenkt man jedoch, dass es weder eine einheitliche Definition, noch Sichtweise zu dieser Personengruppe in der Fachliteratur gibt,

stellt sich die Frage, ob es vielleicht doch nicht *den* Menschen mit geistiger Behinderung gibt, und es sich indes um eine heterogene Gruppe von Menschen handelt.

Es besteht die allgemeine Auffassung, dass geistige Behinderung die alleinige Folge organischer Beeinträchtigungen sei. Fornefeld (2003) deutet jedoch darauf hin, dass wie auch bei ‚normalen‘ Menschen, Umweltfaktoren gemeinsam mit den individuellen Beeinträchtigungen das Leben eines Menschen prägen (S. 268). Sie und viele andere vertreten die Ansicht, dass geistige Behinderung als soziales Konstrukt zu verstehen ist, das von aktuellen Normvorgaben unserer Gesellschaft bestimmt wird (Thimm, 1999²; Theunissen, 2005⁴).

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig von Ablehnung seitens ihrer sozialen Umwelt, von Stigmatisierungen und Misserfolgserlebnissen betroffen. Zudem nehmen sie meist wenig am sozialen Leben teil, erleben wenig Selbstbestimmung und erfahren belastende und gestörte Beziehungen zu ihren Bezugspersonen. Zusätzlich sind sie häufig Opfer von Missbrauch und Misshandlungen (Sarimski, 2005, S. 123; Sarimski & Steinhausen, 2008a, S. 6, S. 14). Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung ein drei- bis viermal höheres Risiko besteht, psychische Störungen zu entwickeln (Frei, 2001, S. 9; Hennicke, 2007, S. 188; Senckel, 2001, S. 27). Diese lassen sich oft schon in der Kindheit feststellen.

Trotz etlicher Fortschritte der Psychiatrie bzw. Psychotherapie und einem Zuwachs an Erkenntnissen über die Entstehung psychischer Störungen, sind Menschen mit geistiger Behinderung von diesem Vorsorgesystem beinahe vollständig ausgeschlossen (Hennicke, 2004; Frei, 2001). Besonders Kinder mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen sind davon betroffen. Ein Grund für diesen Ausschluss ist die noch immer bestehende Annahme, psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung seien Folge ihrer Behinderung (Hennicke, 2004, S. 203; Lotz & Koch, 1994, S. 14; Wüllenweber, 2004, S. 244). Es hat sich jedoch erwiesen, dass psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung „zusätzlich und als in Wechselwirkung zur geistigen Behinderung erworben . . .“ (Wüllenweber, 2004, S. 244) werden. Ein weiterer Grund für den Ausschluss liegt in der Annahme, Menschen mit geistiger Behinderung seien aufgrund ihrer intellektuellen und sprachlichen Beeinträchtigung nicht therapierbar (Frei, 2001; Hennicke, 2004; Senckel, 2001). Auch diese Annahme wurde verworfen. Menschen

mit geistiger Behinderung können nicht nur von pädagogischen Förderungen, sondern auch von psychotherapeutischen Hilfen profitieren.

1.2. Personenzentrierte Psychotherapie

Die Personenzentrierte Psychotherapie gründet auf den Ideen Carl Rogers' und seiner Auffassung davon, dass in jedem Menschen eine Tendenz innewohnt, die zu seiner Erhaltung und Entfaltung dient. Diese Tendenz wird als Aktualisierungstendenz bezeichnet.

Ziel der Personenzentrierten Psychotherapie ist es nicht, dass der Therapeut¹ als Experte fungiert und Lösungen für die Probleme des Klienten findet, sondern ihn auf dem Weg zur eigenen Problemlösung unterstützt (Stumm & Keil, 2002, S. 3). Diese Idee vom Klienten als Experte seiner Probleme und deren Lösung war zu Rogers' Zeit revolutionär. Somit stand nicht das Problem im Mittelpunkt der Therapie, sondern der Mensch in seiner gegenwärtigen Lage (Rogers, 2007¹², S. 36).

Der Therapeut nimmt in der Personenzentrierten Psychotherapie eine nicht-direktive Haltung ein, die auf Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz beruht. Das heißt, dass er in der Lage sein sollte die Gefühle und Erlebnisse des Klienten nachzuempfinden und ihm diese auf nicht-wertende Weise mitzuteilen. Dabei wird der Klient in seiner momentanen Lage als gesamte Person bedingungslos wertgeschätzt, wobei der Therapeut immer kongruent bleibt. Durch diese auf Empathie, Wertschätzung und Kongruenz gegründete Haltung, wird dem Klienten die Möglichkeit eröffnet, sich selbst besser verstehen zu lernen, wertzuschätzen und infolge dessen die Person zu sein, die er ist (Rogers, 1984, S. 11f).

In den letzten Jahren haben sich etliche Abwandlungen der Personenzentrierten Psychotherapie feststellen lassen, die zu einer Diskussion um differenzielle Vorgehensweisen geführt haben. Für diese Arbeit erweist sich eine grobe Übersicht um diese Diskussion als relevant, da einerseits die Personenzentrierte Spieltherapie selbst als differenzielle Vorgehensweise bezeichnet werden kann (Hutterer, 2005, S. 6,) und auch in der personenzentrierten Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung Methoden anderer Psychotherapieschulen integriert werden. Einerseits wird die Integration anderer Methoden

¹ In der vorliegenden Arbeit wird zugunsten des Leseflusses die männliche Sprachform verwendet, gemeint sind jedoch stets beide Geschlechter.

bzw. die Modifikation der Personenzentrierten Psychotherapie kritisiert, da ein Verlust der Personenzentrierten Identität befürchtet wird (Gutberlet, 2008, S. 45ff). Weiters würde eine direktive Vorgehensweise aus dieser Sicht eine Anzweiflung der Aktualisierungstendenz bedeuten. Andererseits sind einige Therapeuten der Ansicht, „dass bestimmte lenkende Vorgehensweisen wertvolle Entwicklungsschritte einleiten können, ohne das Paradigma der selbstgesteuerten Veränderung grundlegend zu verletzen. Die Therapeutenperson bewegt sich deutlich auf personenzentriertem Boden und wendet dabei sehr bewusst und sparsam prozess-aktivierende Interventionen an . . . “ (Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009, S. 22).

1.2.1. Personenzentrierte Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Die Personenzentrierte Psychotherapie wird auch bei Menschen mit geistiger Behinderung angewandt, jedoch erweist sich das Angebot auch hier als mangelhaft, wenn man bedenkt, dass gerade bei diesen Menschen, die ja ein erhöhtes Risiko haben, psychische Störungen zu entwickeln, ein großer Bedarf besteht. Gründe für den Mangel bestehen unter anderem in der Auffassung, Personenzentrierte Psychotherapie bzw. nicht-direktive Interventionen würden bei dieser Personengruppe nicht hilfreich sein. Schon Rogers äußerte in Bezug auf den Erfolg Personenzentrierter Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung seine Zweifel: „Geistig defekte Individuen sind . . . ungeeignete Kandidaten für die Beratung . . .“ (S. 79). Diese Zweifel ließ er zwar wieder fallen, beschäftigte sich jedoch im weiteren Verlauf seiner Tätigkeit nicht mit dieser Personengruppe.

Die Kommunikation stellt in der Personenzentrierten Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung eine besondere Herausforderung für die Empathiefähigkeit der Therapeuten dar. Nicht immer sind diese Menschen in der Lage, ihre Gefühle richtig zu deuten bzw. auszudrücken. Dies liegt einerseits an den sprachlichen Beeinträchtigungen, aber auch in der Tatsache, dass diese Personen nicht daran gewöhnt sind, über ihre eigenen Gefühle zu sprechen (Pörtner, 2002, S. 519).

Garry Prouty gründete das Konzept der Prä-Therapie, die auf den Prinzipien der Personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers basiert. Als erste Bedingung für eine Therapie, setzte Rogers einen psychologischen Kontakt zwischen Klient und Therapeut voraus. Dieser ist jedoch bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht immer gegeben.

Daher versuchte Prouty einen Weg zu finden, auch mit diesen Menschen in Kontakt zu kommen. Prouty verwendete dazu ‚Kontaktreflexionen‘, die sich auf das augenblicklich wahrnehmbare Erleben des Klienten beziehen. Diese können sich unter anderem auf augenblickliche Situationen, Körperhaltungen oder Signale bzw. Wörter des Klienten beziehen (Prouty, 1998, S. 33). „Die Reflexionen holen den Menschen dort ab, wo er in seinem Erleben und in seiner Kontaktfähigkeit steht (Zinschitz, 2001, S. 48). Infolge dessen kann ein psychologischer Kontakt zustande kommen und in weiterer Folge eine Personenzentrierte Therapie durchgeführt werden.

1.3. Personenzentrierte Spieltherapie

Virginia Axline war eine Schülerin Rogers‘ und legte seine Prinzipien der Personenzentrierten Psychotherapie auf die Arbeit mit Kindern um. Die acht Grundprinzipien, die den Grundgedanken der nicht-direktiven Spieltherapie darstellen, wurden erstmals in ihrem Werk ‚Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren‘ in 1947 veröffentlicht. Axline begegnete dem Kind in der Spieltherapie mit Achtung und glaubte an dessen Fähigkeit, selbst Entscheidungen treffen zu können. Sie sah das Kind als „ein denkendes, unabhängiges, konstruktives menschliches Wesen . . .“ (S. 25) an. Wie auch in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Erwachsenen, stellt die Beziehung zwischen Klient und Therapeut in der Personenzentrierten Spieltherapie einen entscheidenden Faktor für den Erfolg der Therapie dar. Durch die vollständige Annahme des Kindes, so wie es in der Hier-und-Jetzt Situation ist, wird ihm die Möglichkeit geboten, all seine Gefühle äußern zu können. Der Entschluss, sich verändern zu wollen, liegt bei dem Kind alleine. Es wird in keiner Weise vom Therapeuten gelenkt oder beeinflusst. „Das Kind weist den Weg . . .“ (Axline, 2002¹⁰, S. 73) und in welcher Geschwindigkeit es diesen gehen möchte.

Auch in der Personenzentrierten Spieltherapie ist es über die Jahre zu einer Weiterentwicklung gekommen. Axline war als Person in der Spieltherapie mehr auf der verbalen Ebene präsent, spielte also nur nach Wunsch des Kindes hin mit. Ihrer Auffassung nach, konnte das Kind alleine durch die bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung einer Bezugsperson (in diesem Fall der Therapeut) an Kongruenz zunehmen. Behr (2008) sieht das Beziehungskonzept nach Axline als ergänzungsbedürftig an, da er der Überzeugung ist, dass

die Hier-und-Jetzt-Beziehung und die darauf abgestimmten Interventionen des Therapeuten eine notwendige Rolle in Bezug auf den Erfolg der Therapie spielen (S. 115). Trotz dieser Überzeugung macht er darauf aufmerksam, dass „Axline’s Grundprinzipien, ihr Respekt vor dem Kind und vor dessen nicht manipulierten Wachstum, . . . [gelten] bis heute, sowohl vom Konzept als auch von der Ethik und den Haltungen der erwachsenen Person her“ (Behr, 2002², S. 99).

Das Konzept der ‚Interaktionsresonanz‘ von Behr (2009), fasst neuere Konzepte der Säuglings- und Bindungsforschung, im Besonderen die der ‚Affektabstimmung‘ und der ‚Feinfühligkeit‘, die Bedeutung der Hier-und-Jetzt Situation der Personenzentrierten Psychotherapie und die Kontaktreflexionen der Prä-Therapie zusammen (S. 37). Dabei nimmt der Therapeut eine aktivere und präsentere Rolle auf der Handlungsebene ein, indem er auf dieser Resonanz auf die kindlichen Handlungen gibt (Behr, 2002², S. 110).

1.3.1. Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

Wie schon aufgezeigt wurde, können sich psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung schon in der frühen Kindheit entwickeln. Es ist erwiesen, dass etwa 30 bis 40% der Kinder mit geistiger Behinderung psychische Störungen aufweisen. Grund dafür sind, unter anderem, Erfahrungen von gestörten bzw. beeinträchtigten Beziehungen zu relevanten Bezugspersonen. Aufgrund dessen müsste die Annahme bestehen, dass für diese Kinder eine entsprechende psychotherapeutische Vorsorge vorhanden ist. Die Realität bestätigt jedoch Gegenteiliges.

Zur Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung bestehen nur vereinzelte, ältere Beiträge, die jedoch eher unsystematischer Art sind (Goetze, 2002, S. 412). Auch dieser Mangel ist darauf zurückzuführen, dass die Annahme noch immer besteht, dass Kinder bzw. erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer intellektuellen und sprachlichen Beeinträchtigungen nicht therapierbar seien und vor allem nicht-direktive Interventionen unwirksam wären. Auch Rogers (2007¹²) setzte bei Kindern anfangs eine durchschnittliche Intelligenz für eine Therapie voraus (S. 77), distanzierte sich jedoch später von den Bedingungen, in denen diese enthalten war (Rogers, 2005¹⁷, S. 214).

Die wenigen Studien und Berichte, die es jedoch zu diesem Thema gibt, zeigen sich bezüglich einer Personenzentrierter Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung positiv gestimmt. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass auch in Bezug auf die Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern, andere Methoden bzw. Vorgehensweisen integriert werden. Es besteht diesbezüglich die allgemeine Meinung, dass die klassische Personenzentrierte Spieltherapie nach Axline teilweise bei dieser Personengruppe auf Grenzen stößt und daher mit besonderen Herausforderungen verbunden ist. Die Personenzentrierte Grundhaltung (Empathie, Wertschätzung und Kongruenz) stellt zwar immer das Fundament der Therapie dar, trotzdem sind sich Therapeuten, die mit diesen Kindern arbeiten, darüber einig, dass lenkende Interventionen bzw. Impulssetzungen den Kindern und deren Aktualisierungstendenz zugute kommen.

1.4. Forschungsfragen

Wie aus der bisherigen Information ersichtlich geworden ist, besteht aufgrund der unbefriedigenden Situation vieler Menschen mit geistiger Behinderung ein Bedarf an psychotherapeutischen Hilfen. Da sich psychische Störungen bei dieser Personengruppe schon in früher Kindheit entwickeln und sich ohne entsprechende Hilfe im weiteren Lebensverlauf verfestigen und bestehen bleiben, wird die Auffassung vertreten, dass psychotherapeutische Hilfen bereits in der Kindheit angesetzt werden sollten.

Dabei bietet gerade die Personenzentrierte Spieltherapie, aufgrund der empathischen und wertschätzenden Haltung, die dem Klienten gegenüber eingenommen wird, einen geeigneten Rahmen, um psychischen Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung entgegenzuwirken bzw. um deren Entwicklung zu verhindern. In der Fachliteratur zeichnet sich diesbezüglich jedoch ein großer Mangel ab, der sich auch in der Praxis wiederfinden lässt.

Die zentralen Forschungsfragen, die sich aus den oben genannten Gründen für diese Arbeit stellen, lauten also:

- ⇒ Inwieweit unterscheidet sich die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung von der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern ohne Behinderung?
- ⇒ Inwieweit integrieren Personenzentrierte Psychotherapeuten andere Therapiemethoden in die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung und mit welcher Begründung?
- ⇒ Welchen besonderen Herausforderungen sehen sich Personenzentrierte Psychotherapeuten in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung gegenübergestellt und welche Grenzen haben sie erfahren?
- ⇒ Welche Aspekte sind nach Auffassung Personenzentrierter Psychotherapeuten besonders wichtig in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung?
- ⇒ Inwieweit werden Eltern bzw. Bezugspersonen in die therapeutische Arbeit miteinbezogen und welche Meinung haben Personenzentrierte Psychotherapeuten zur Filialtherapie?
- ⇒ Was sind die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung in eine Personenzentrierte Spieltherapie kommen und kann eine Verbesserung festgestellt werden?
- ⇒ Warum ist die Personenzentrierte Spieltherapie für Kinder mit geistiger Behinderung nach Auffassung Personenzentrierter Psychotherapeuten besonders geeignet?

2. Geistige Behinderung

Wir leben in einer unmöglichen Zeit; unmöglich, weil die Grenzen, die nun einmal zum menschlichen Leben gehören, geleugnet werden, weil Krankheit, Leid, Unzulänglichkeit sowie Vergänglichkeit und Tod verdrängt und nicht als bedeutungsvoller Bestandteil menschlichen Lebens gesehen werden. Unmöglich ist die Zeit auch, weil die Eigenheit derer, die den gesellschaftlichen Leitbildern oder Normen nicht entsprechen, nicht erkannt und schon gar nicht akzeptiert wird. Und schließlich: sind Normen nicht auch unmöglich, weil sie immer nur etwas Sein-Sollendes, nicht etwas Seiendes beschreiben? (Fornefeld, 2003, S. 261)

Eingeführt wurde der Begriff ‚geistige Behinderung‘ von der in 1958 gegründeten Elternvereinigung ‚Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind‘ und löste diskriminierende Termini wie „ ‚schwachsinnig‘, ‚imbezill‘ oder ‚bildungsunfähig‘ . . . “ (Meyer, 2003, S. 6) ab. Angeknüpft wurde an die im englischen Sprachraum verwendeten Bezeichnungen ‚mental handicap‘ und ‚mental retardation‘ (Theunissen, 2005⁴, S. 11). „Die intellektuellen Beeinträchtigungen standen bei der Kennzeichnung dieses Personenkreises im Vordergrund; eine Fokussierung, die heute als zu einseitig kritisiert wird“ (Fornefeld, 2003, S. 268).

Die neue Bezeichnung ‚geistig behindert‘ bezog sich damals auf Kinder, die als bildungsunfähig galten und demnach vom Schulwesen ausgeschlossen wurden. Der Begriff weitete sich in den darauffolgenden Jahren auf Erwachsene und „nach Einführung der Schulpflicht (besser müsste es wohl Schulrecht heißen) für Geistigbehinderte in den sechziger und siebziger Jahren . . . “ (Meyer, 2003, S. 11) auch auf das Schulwesen aus.

In den letzten Jahren hat es seitens der Experten und Betroffenen einige Versuche gegeben, den negativ behafteten Begriff der geistigen Behinderung durch neutralere bzw. positivere Begriffe zu ersetzen. Formulierungen wie z.B. ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ oder ‚Menschen mit Intelligenzminderung‘ sollen den Menschen an Stelle der Behinderung in den Vordergrund rücken (Meyer, 2003, S. 6; Neuhäuser & Steinhausen, 2003³, S. 11; Thimm, 1999², S. 11). Jedoch kann auch an dieser Formulierung kritisiert werden, dass es den Anschein erweckt, als würde die geistige Behinderung dem Menschen anhaften (Theunissen, 2005⁴, S. 12). Im englischsprachigen Raum werden ebenfalls seit den 1970er Jahren Bemühungen angestrebt, weniger diskriminierende bzw. stigmatisierende Begriffe zur Bezeichnung dieser Personengruppe zu verwenden. In den USA ist der Begriff ‚mental retardation‘ (übersetzt: Geistige Behinderung) noch gängig, jedoch wird dieser in Großbritannien abgelehnt und Begriffe wie ‚intellectual disability‘ (übersetzt: Intellektuelle

Beeinträchtigung) oder ‚learning disability‘ (übersetzt: Lernbeeinträchtigung) bevorzugt (Neuhäuser & Steinhausen, 2003³, S. 11; Steinhausen, 2006⁶, S. 64; Theunissen, 2005⁴, S. 12).

Die Selbsthilfebewegung ‚People First‘ wird von Menschen vertreten, die als geistig behindert bezeichnet werden. Sie haben es nach vielen Jahren geschafft, dass der von ihnen erwünschte Begriff ‚people with learning difficulties‘ bzw. ‚people with learning disabilities‘ (übersetzt: Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. -beeinträchtigungen) anerkannt wird (Biermann & Goetze, 2005, S. 103; Theunissen, 2005⁴, S. 12).

Fischer (2003) stellt jedoch in Frage, ob „begriffliche Um- und Neuformulierungen oder gar der Verzicht auf Zuschreibungen (immer) Sinn [machen] bzw. enthalten diese nicht auch Nachteile und erschweren die zwischenmenschliche Verständigung?“ (S. 27).

Trotz der gutgemeinten Versuche, einen weniger diskriminierenden Begriff für die Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung zu finden, ist Meyer (2000) der Auffassung, dass sich bezüglich der gesellschaftlichen Denkweise über diese Personengruppe in den letzten Epochen nicht viel verändert hat bzw. sich verändern wird, denn ihr Lebensrecht wurde schon immer angezweifelt:

Sind mißgebildete Kinder in der Antike getötet, im Mittelalter als Hexenwerk auf dem Scheiterhaufen verbrannt, von Luther in seinen Tischreden als ‚massa carnis‘ (seelenloses Fleisch) und zu ersäufende Wechselbälger bezeichnet worden . . . , dann belegt die 1995 revidierte Fassung der §§218 und 219 im Strafgesetzbuch (uneingeschränkte und zeitlich nicht begrenzte Möglichkeit der Abtreibung eines zu erwartenden behinderten Kindes) eine unveränderte gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. (S. 60f)

Auch Bleidick (1999) bestätigt die Auffassung, dass ein sich stets wechselnder Begriff nicht helfen kann, solange sich die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung nicht ändert (S. 74).

Obwohl der Begriff der geistigen Behinderung als unbefriedigend gilt, wird er überwiegend für die Verständigung innerhalb der Fachwelt und der Literatur verwendet, „um weiterhin Fortschritte im Interesse geistig behinderter Menschen zu erzielen“ (Theunissen, 2005⁴, S.

13). Denn so sehr der Begriff ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten‘ einerseits den Vorstellungen der Betroffenen gerecht wird, treten andererseits Verständigungsschwierigkeiten innerhalb der Fachwelt auf. Die Begriffe Lernschwierigkeit, Lernbeeinträchtigung, Lernproblem und Lernbehinderung „sind nämlich ähnlich gelagert; und sie bleiben unscharf sowie letztlich austauschbar, wenn sie nicht präzise definiert und voneinander abgegrenzt werden“ (Theunissen, 2005⁴, S. 13). Theunissen (2005⁴) weist weiters darauf hin, dass geistige Behinderung nicht explizit gekennzeichnet ist durch „‚Schwierigkeiten‘ beim Lernen“ (S. 14), sondern dass mehrere Beeinträchtigungen mitwirken.

Da der Begriff ‚geistige Behinderung‘ in der Literatur weit verbreitet ist und dennoch das Menschsein der Betroffenen in dieser Diplomarbeit im Vordergrund stehen soll, wird der Begriff ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ bzw. – weil der Schwerpunkt dieser Arbeit bei Kindern liegt – ‚Kinder mit geistiger Behinderung‘ verwendet.

2.1. Sichtweisen zur geistigen Behinderung

In der Fachliteratur fällt auf, dass es weder einheitliche theoretische Ansätze, noch Definition zum Verständnis von geistiger Behinderung bzw. des betroffenen Personenkreises gibt. Die Meinungen zu diesem Phänomen gehen in der Fachwelt weit auseinander (Theunissen, 2005⁴, S. 11). Trotzdem kommt es in vielen Fachgebieten noch vor, dass Menschen mit geistiger Behinderung als homogene Gruppe dargestellt werden. Es lässt sich jedoch schnell feststellen, dass theoretische Ansätze und Definitionen bezüglich dieser Personengruppe deswegen so unterschiedlich sind, weil es sich eigentlich um eine heterogene Gruppe handelt und es nicht *den* Menschen mit geistiger Behinderung gibt.

Um einen groben Überblick über die verschiedenen Sichtweisen zum Phänomen ‚geistige Behinderung‘ zu bekommen, werden hier einige relevante Aspekte kurz beleuchtet. Fischer (2003) fasst diese auf das Wesentliche zusammen:

Individuumsbezogene, defizitäre Modelle orientieren sich vor allem am Besonderen einer Person, und zwar zunächst an dessen Behinderung Kompetenzorientierte Ansätze dagegen rücken aus einer positiven Betrachtungsweise die Persönlichkeit und die individuellen Kompetenzen des Menschen in den Vordergrund und suchen und finden ‚Behinderndes‘ nicht so sehr in der Person, sondern in Besonderheiten der zwischenmenschlichen Wahrnehmung und Begegnung sowie in gesellschaftlichen Verhältnissen. (S. 24)

In der psychiatrischen Fachliteratur finden sich heute noch ähnliche Ansichten zur geistigen Behinderung, wie es sie bereits im 19. Jahrhundert gab. Schon damals wurde geistige Behinderung „als (psychiatrische) Krankheit . . . [definiert] . . . und auf der Grundlage eines IQ-bezogenen Klassifikationssystems zwischen *Debilität* als leichteste Form geistiger Behinderung, *Imbezillität* als mittlerer Grad geistiger Behinderung und *Idiotie* als eine sehr schwere geistige Behinderung unterschieden“ (Theunissen, 2005⁴, S. 16). Bei einigen Fachpersonen besteht noch heute die Auffassung, dass Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung bzw. mit einem IQ unter 50 nicht bildungsfähig sind und als lebenslanger Pflegefall gelten. Diese Betrachtungsweise erweist sich als ein „ausgesprochen nihilistisches und statisches Bild über Menschen mit geistiger Behinderung“ (Theunissen, 2005⁴, S. 16) und wurde sowohl in der Praxis als auch in theoretischen Überlegungen revidiert.

Wie schon angedeutet, wird geistige Behinderung noch heute in verschiedene Grade unterteilt. „Das all diesen Einteilungen zugrunde liegende Merkmal ist der Intelligenzquotient (IQ) der betroffenen Person“ (Kulig, Theunissen & Wüllenweber, 2006, S. 120). Der Geist wird in diesem Zusammenhang mit Intelligenz gleichgesetzt, was zu der Frage führt, was einerseits unter dem Begriff ‚Geist‘ und andererseits unter dem Begriff ‚Intelligenz‘ verstanden wird. In der Philosophie besteht weder ein einheitliches Verständnis vom Begriff ‚Geist‘, noch gibt es Theorien, die den Geist zum Gegenstand haben, der im Begriff ‚geistige Behinderung‘ enthalten ist (Fornfeld, 2003, S. 269). Auch bezüglich des Intelligenzbegriffs herrscht keine einheitliche Definition (Fischer, 2003, S. 15; Kulig, Theunissen & Wüllenweber, 2006, S. 120; Theunissen, 2005⁴). Trotz dieser Kenntnis und auch dem Wissen darüber, dass übliche Intelligenztestverfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung beschränkt oder gar nicht ausführbar sind, werden sie weiterhin bei ihnen angewandt.

In der älteren Fachliteratur der Heilpädagogik lassen sich hauptsächlich defizitorientierte Aussagen über Menschen mit geistiger Behinderung finden, aber auch heute noch wird in einigen Werken aufgelistet, wozu dieser Personenkreis alles *nicht* fähig ist. Dies ist in Zeiten von ‚Empowerment‘ und ‚Inclusion‘ verwunderlich, jedoch Tatsache. Die Konsequenz, die sich aus diesem einseitigen Menschenbild ergibt, ist eine ebenfalls einseitig orientierte Praxis (Theunissen, 2005⁴, S. 17ff). Diese „auf die ‚Reparatur eines Defekts‘ hin orientierte Sichtweise reduziert den Menschen auf einen winzigen Teilaspekt seiner Gesamtpersönlichkeit. Dies widerspricht der humanistischen Grundüberzeugung vom Menschen als unteilbarer Einheit“ (Hansen & Stein, 1994, S. 31).

Die Vertreter der Defekt- und Defizittheorien gehen bei Menschen mit geistiger Behinderung von einem ‚kognitiven Anderssein‘ aus, indem sie behaupten, ihre Entwicklung würde anders verlaufen als bei Menschen ohne geistige Behinderung (Theunissen, 2005⁴, S. 19). Im Gegensatz dazu sind Vertreter der Entwicklungstheorien der Ansicht, dass die Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung gleich verläuft wie bei Kindern ohne Behinderung, jedoch langsamer. Dies bedeutet allerdings, dass sie die Auffassung vertreten, dass Kinder mit geistiger Behinderung Verhaltensweisen aufzeigen, die Kinder ohne Behinderung in einem jüngeren Alter aufzeigen. Diese Auffassung wird der Kritik unterzogen bzw. auch teilweise abgelehnt, da man in dem Fall von einer ‚Infantilisierung‘ von Erwachsenen mit geistiger Behinderung ausgehen würde und „die Gefahr besteht, dass Unterschiede in der kognitiven und allgemeinen Entwicklung von geistig behinderten und nicht-behinderten Menschen ignoriert oder zu sehr eingeebnet werden“ (Theunissen, 2005⁴, S. 20).

In der Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen ohne Behinderungen gibt es ohne Zweifel viele Gemeinsamkeiten, was Anlass dazu gibt, nicht von einem ‚kognitiven Anderssein‘ ausgehen zu müssen. Es ist jedoch auch erwiesen, dass einige Unterschiede in der Entwicklung bestehen und aus diesem Grund beide Theorien als begrenzt zu betrachten sind (Theunissen, 2005⁴, S. 20f). Moderne Entwicklungstheorien gehen bezüglich der Entwicklung von einem lebenslangen Prozess aus, der „auf durchgängiger Interaktion (Wechselwirkung) zwischen Organismus und Umwelt beruht“ (Speck, 1999, S. 102).

Gegenwärtig wird die geistige Behinderung mitunter auch als ein soziales Konstrukt verstanden, da sie von einer gesellschaftlichen Sichtweise bestimmt wird, welche vorgibt, welche Verhaltensweisen als ‚normal‘ gelten und welche nicht (Biermann & Goetze, 2005, S.

101). Auch Thimm (1999²) ist der Ansicht, dass eine Behinderung bzw. die geistige Behinderung „eine gesellschaftliche Positionszuschreibung aufgrund vermuteter oder erwiesener Funktionseinschränkungen angesichts gesellschaftlich als wichtig angesehener Funktionen“ (S. 10) ist. Nach Theunissen (2005⁴) handelt es sich beim Begriff ‚geistige Behinderung‘ um keinen objektiven Sachverhalt, sondern gleichfalls „um ein soziales Zuschreibungskriterium, um ein subjektives Werturteil, weswegen es präzise(r) wäre, nicht (wie häufig der Einfachheit halber) von geistig behinderten Menschen zu sprechen, sondern von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen, die als geistig behindert *bezeichnet* (etikettiert) werden“ (S. 12). Fornefeld (2003) schließt sich dieser Meinung ebenfalls an und widerspricht der Ansicht mancher Kreise, dass alleine die organische Beeinträchtigung die geistige Behinderung ausmachen würde. Sie ist der Überzeugung, dass – wie bei jedem Menschen – Umweltfaktoren das Leben prägen und dies „erst gemeinsam mit den individuellen Schädigungen und Beeinträchtigungen . . . “ (S. 268) eine geistige Behinderung ausmachen würde. Weiters ist auch sie der Auffassung, dass es sich bei geistiger Behinderung um ein soziales Konstrukt handelt: „ ‚Geistige Behinderung‘ ist immer auch ein durch die Umwelt mitbestimmtes, durch deren Normen geprägtes und durch sie bewertetes Phänomen. Die Einstellungen und Bewertungen von Behinderung sind abhängig vom aktuellen Zeitgeist, von gesellschaftlichen Normen und Werten“ (Fornefeld, 2003, S. 259f).

Barsch und Benodakt (2002) sind wiederum bezüglich der Auffassung, Behinderung gänzlich als soziales Konstrukt zu fassen, skeptisch:

Im Zuge des viel beschworenen Paradigmenwechsels in der Heilpädagogik ist anstelle der früheren Defizitorientierung beinahe die nahezu vollständige Konzentration auf Fähigkeiten etabliert worden. Vorhandene Erschwernisse dürfen kaum noch Erwähnung finden und werden häufig konsequent ausgeblendet Einen Menschen ernst zu nehmen und vollständig zu respektieren heißt nach unserer Auffassung auch, ihm mit seinen vorhandenen Erschwernissen wahrzunehmen. (S. 453)

2.2. Definition und Klassifikation der geistigen Behinderung

„Ziel klinisch-diagnostischer Klassifikationssysteme . . . ist es, international übereinstimmende Kriterien und Bezeichnungen für psychische Störungen zu erstellen, um dadurch zu einem länderübergreifenden, einheitlichen Verständnis für psychische Störungen beizutragen und ferner die fachliche Kommunikation zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen zu erleichtern“ (Meyer, 2003, S. 14).

Die Definitionen von geistiger Behinderung und dem dazugehörigen Personenkreis sind in der Fachwelt sehr vielseitig. Die Problematik besteht darin, dass es einerseits für die Wissenschaft nötig ist, klare und einheitliche Beschreibungen einer Behinderung zu haben, die jedoch überwiegend defekt- und defizitorientiert sind, und andererseits auch die Notwendigkeit besteht, die Würde des betroffenen Menschen zu bewahren (Vernooij, 2007⁸, S. 213).

Die Mehrheit der Fachpersonen sind sich dennoch darüber einig, dass Menschen mit geistiger Behinderung schon von Kindheit an im Intelligenzbereich unterdurchschnittlich entwickelt und in ihrem sozial-adaptiven Verhalten beeinträchtigt sind und aus diesem Grund ihr Leben lang auf Unterstützung angewiesen sind (Mehler-Wex & Warnke, 2003, S. 128; Meyer, 2000, S. 62; Saß, 2001³, S. 73; Steinhausen, 2001, S. 168, 2006⁶, S. 64; von Gontard, 1999², S. 26).

Die folgende Definition von Sarimski und Steinhausen (2008a) zur geistigen Behinderung fasst das Wesentliche zusammen: „Unter dem Begriff der geistigen oder intellektuellen Behinderung werden Erscheinungsbilder zusammengefasst, die vor allem durch abweichende Entwicklungen in kognitiven sowie sozial-adaptiven Fertigkeiten ab der frühen Kindheit charakterisiert werden“ (S. 1). Weiters gehen sie von einer deutlichen „Beeinträchtigung in den intellektuell-kognitiven Funktionen, im Generalisierungsvermögen, im Vorstellungsvermögen, bei der Strategieentwicklung und bei der Strategieumsetzung“ (S. 1) aus. Zusätzlich sind Menschen mit geistiger Behinderung größtenteils in ihren sprachlichen, motorischen und emotionalen Funktionen eingeschränkt, und in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt (Meyer, 2000, S. 62).

In der ‚Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen‘ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird geistige Behinderung mit dem Begriff ‚Intelligenzminderung‘ gleichgesetzt und den psychischen- und Verhaltensstörungen (F7)

zugeordnet. Geistige Behinderung wird wie folgt definiert: „Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (Dilling, 2010⁷, S. 276).

Weiters wird ausgeführt, dass geistige Behinderung einzeln oder in Verbindung mit anderen psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen auftreten kann. Menschen mit geistiger Behinderung können, laut dem ICD-10 und dem ‚Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen‘ (DSM-IV) der ‚American Psychiatric Association‘, an allen Arten psychischer Störungen erkranken und das Risiko ist bei ihnen drei- bis viermal höher als bei der Allgemeinbevölkerung (Dilling, 2010⁷, S. 276; Saß 2001³, S. 77). Zusätzlich wird im ICD-10 festgehalten, dass sie in ihrem Anpassungsverhalten beeinträchtigt sind, wobei dies bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung „in geschützter Umgebung mit Unterstützungsmöglichkeiten nicht auffallen“ (Dilling, 2010⁷, S. 276) muss.

Die Intelligenzminderung wird je nach Schweregrad der Behinderung in folgende vier Stufen unterteilt:

- ⇒ F70 leichte Intelligenzminderung (IQ von 50 bis 69),
- ⇒ F71 mittelgradige Intelligenzminderung (IQ von 35 bis 49),
- ⇒ F72 schwere Intelligenzminderung (IQ von 20 bis 34) und
- ⇒ F73 schwerste Intelligenzminderung (IQ unter 20). (Dilling, 2002, S. 70f, 2010⁷, S. 277ff)

Geistige Behinderung wird laut dem DSM-IV als „eine unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (**Kriterium A**) [definiert, die] . . . von starken Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit (**Kriterium B**)“ (Saß, 2001³, S. 73) begleitet wird. Da die geistige Behinderung vor dem 18. Lebensjahr auftritt, wird sie im DSM-IV den psychischen Störungen zugeordnet, die im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz auftreten.

Der Intelligenzquotient wird, wie auch beim ICD-10, anhand von standardisierten Intelligenztests ermittelt und die geistige Behinderung in vier Stufen unterteilt:

- ⇒ 317 (F70.9) Leichte Geistige Behinderung (IQ von 50-55 bis ca. 70),
- ⇒ 318.0 (F71.9) Mittelschwere Geistige Behinderung (IQ von 35-40 bis 50-55),
- ⇒ 318.1 (F72.9) Schwere Geistige Behinderung (IQ von 20-25 bis 35-40) und
- ⇒ 318.2 (F73.9) Schwerste Geistige Behinderung (IQ unter 20-25). (Saß, 2001³, S. 75)

Laut dem DSM-IV ist die Anpassungsfähigkeit das leitende Symptom der geistigen Behinderung und nicht der Intelligenzquotient. Die Anpassungsfähigkeit wird durch verschiedenste Umstände beeinflusst und ist ausschlaggebend dafür, wie erfolgreich der Mensch den alltäglichen Anforderungen nachkommen kann. „Anpassungsprobleme lassen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit durch Förderung verbessern als der kognitive IQ, der eher das stabilere Merkmal ist“ (Saß, 2001³, S. 74).

Da ein Messfehler von fünf Punkten einkalkuliert wird, besteht die Möglichkeit, dass bei auftretendem Mangel in der Anpassungsfähigkeit, ein Mensch mit einem IQ von 70-75 als geistig behindert bezeichnet werden könnte und umgekehrt ein Mensch mit einem IQ unter 70 nicht als geistig behindert bezeichnet werden würde, falls keine deutlichen Mängel in der Anpassungsfähigkeit festgestellt werden können.

2.2.1. Kritik an den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV

Klassifikationssysteme werden zwar noch immer als Orientierungshilfe für die Praxis und Forschung gebraucht, sind aber in den letzten Jahren ins Visier der Kritik gezogen worden. Zum einen herrscht keine international einheitliche Obergrenze des Intelligenzquotienten. Während in den USA die obere Grenze bei 70 liegt, ist sie in Deutschland bei 50 bis 55 angelegt (Biermann & Goetze, 2005, S. 103; Meyer, 2003, S. 12f; Neuhäuser & Steinhausen, 2003³, S. 11f; Theunissen, 2005⁴, S. 22f). „Bei der Interpretation amerikanischer Untersuchungsergebnisse zur *mental retardation* muss also stets berücksichtigt werden, dass

auch Menschen mit einbezogen sind, die nach deutschem Verständnis zur Gruppe der Menschen mit einer Lernbehinderung zählen würden“ (Biermann & Goetze, 2005, S. 103). Dies bedeutet nicht nur, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten plötzlich der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zugeschrieben werden, sondern dass sich infolge dessen auch die Prävalenzrate der Menschen mit geistiger Behinderung fast um das Doppelte erhöht (Thimm, 1999: 0,43%; DSM-IV: 1%) (Meyer 2003, S. 13).

Abgesehen von der Tatsache, dass zum Begriff ‚Intelligenz‘ keine einheitliche Definition herrscht, wird ebenfalls kritisiert, dass bei den Klassifikationssystemen ein Bild von Intelligenz geschaffen wird, das gekennzeichnet ist durch Unveränderbarkeit. „Tatsächlich ist Intelligenz jedoch ein dynamisches Merkmal, das erst in Verbindung mit anderen Personmerkmalen und Kontexten aussagekräftig wird“ (Biermann & Goetze, 2005, S. 103).

Bezüglich der Intelligenztestverfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung sagt Meyer (2003) aus: „So erfüllen z.B. gängige repräsentative, das gesamte Leistungsspektrum umfassende Intelligenztestverfahren vor allem im unteren Bereich in der Regel nicht die Mindestanforderungen hinsichtlich der Testgütekriterien . . . “ (S. 19). Diese wurden hauptsächlich an die Normalbevölkerung angepasst und können aus diesem Grund zwar eine geistige Behinderung ausmachen, jedoch keine zuverlässigen Aussagen des Ausmaßes der Behinderung machen (Eggert, 2003, S. 482; Meyer, 2003, S. 19; Vernooij, 2007⁸, S. 215).

Als weiteren Punkt kritisiert Meyer (2003) die im DSM-IV als Leitmerkmal der geistigen Behinderung angegebene soziale Anpassungsfähigkeit: „Zwar existieren . . . zahlreiche weitere Verfahren zur Überprüfung von sozialen Kompetenzen geistig behinderter Menschen, doch eignen sich diese kaum für differentialdiagnostische Fragestellungen, geschweige denn zur Feststellung einer geistigen Behinderung“ (Meyer, 2003, S. 21). Weiters zeigt er auf, dass auch in Bezug auf sozial-adaptives Verhalten, keine einheitliche Definition vorliegt (Meyer, 2003, S. 19).

2.3. Ätiologie der geistigen Behinderung

Bei der Entstehung einer geistigen Behinderung spielen mehrere Faktoren mit, weswegen auch die Ursachen vielfältig sind. Zusammenfassend kann man jedoch sagen, dass eine

geistige Behinderung meist auf organische Schäden zurückzuführen ist (Meyer, 2000, S. 62; Neuhäuser, 2007, S. 359; Vernooij, 2007⁸, S. 218). Die Ursachen einer geistigen Behinderung werden, je nach Zeitpunkt der Entstehung, den Kategorien pränatal, perinatal oder postnatal zugeordnet.

Zu den pränatalen Ursachen zählen unter anderem Genmutationen, Chromosomenanomalien, exogen verursachte Störungen wie beispielsweise Infektionen oder der Einfluss schädlicher Substanzen und Fehlbildungen des Zentralnervensystems.

Perinatale Ursachen können mitunter eine unzureichende Sauerstoffversorgung oder Durchblutung des Gehirns während der Geburt, eine Frühgeburt, Geburtsverletzungen bzw. Verletzungen des Gehirns, Hirnblutungen und Erkrankungen des Kindes sein.

Bei den postnatalen Ursachen handelt es sich überwiegend um „alle Schäden, die das Gehirn treffen und bleibende Folgen hinterlassen . . .“ (Neuhäuser, 2007, S. 361). Dies kann verursacht werden durch Schädel-Hirn-Verletzungen, entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems, Sauerstoffmangel, Stoffwechselkrisen, Durchblutungsstörungen und manche hormonelle Störungen (Biermann & Goetze, 2005, S. 104; Mehler-Wex & Warnke, 2003, S. 136; Meyer, 2000, S. 62; Neuhäuser, 2007, S. 359).

2.4. Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

2.4.1. Prävalenz

In der Fachliteratur variieren die Angaben bezüglich der Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erheblich und sollten aufgrund der unterschiedlich durchgeführten Forschungen und den deutlichen Abweichungen im diagnostischen Verständnis eher kritisch beleuchtet werden (Frei, 2001, S. 9; Lotz & Koch, 1994, S. 31; Theunissen, 2004, S. 265; Wüllenweber, 2004, S. 247). Dessen ungeachtet sind sich die Mehrheit der Fachpersonen einig, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur sogenannten ‚Normalbevölkerung‘ ein drei- bis viermal höheres Risiko haben, psychische Störungen zu entwickeln (Frei, 2001, S. 9; Hennicke, 2007, S. 188; Senckel, 2001, S. 27).

Lotz und Koch (1994) fassten eine von Lotz im Jahr 1991 durchgeführte Literaturanalyse zum Vorkommen psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung zusammen. Obwohl sie der Auffassung sind, dass sich eine genaue Festlegung der Häufigkeit von psychischen Störungen beim genannten Personenkreis als schwierig erweist, kommen sie zu dem Ergebnis, „daß etwa 30 bis 40% der Personen mit geistiger Behinderung irgendeine Form psychischer Störung aufweisen“ (Lotz & Koch, 1994, S. 31f).

Sarimski und Steinhausen (2008a) bestätigen, dass psychische Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung bereits in einem Alter von zwei bis vier Jahren auftreten können, sich also schon in der frühen Kindheit entwickeln. Weiters verweisen sie in Übereinstimmung mit anderen Fachleuten darauf hin, dass auch bei Kindern mit geistiger Behinderung das Risiko, eine oder mehrere psychische Störungen zu entwickeln, um das drei- bis vierfache höher ist als bei Kindern ohne Behinderung (Junglas, 1990, S. 94; Sarimski & Steinhausen, 2008a, S. 6, 2008b, S. 15). Auch hier ist jedoch aufgrund unterschiedlich angewandter Forschungsmethoden mit Vorsicht zu walten, wenn es um genaue Angaben der Prävalenz geht, die sich zwischen 30 und 50% beläuft (Sarimski, 2004, S. 320).

2.4.2. Ursachen

Zu den biologischen Faktoren, die psychische Störungen hervorrufen können, zählen unter anderem laut Sarimski und Steinhausen die (2008a) „genetisch bedingte Reizverarbeitungsschwächen und Probleme der aktiven Selbstregulation . . .“ (S. 12). Weiters führen sie an, dass Schmerzen oder Schlafstörungen, die unter anderem im Zusammenhang mit akuten oder chronischen Krankheiten der Betroffenen stehen, auch als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen angesehen werden können. Vor allem, wenn diese unerkannt bleiben (Sarimski & Steinhausen, 2008a, S. 13, 2008b, S. 16).

Die biologischen Faktoren dürfen jedoch nicht als einzige Ursache für das erhöhte Entwicklungsrisiko psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt werden:

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird angenommen, dass sich Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen durch das Zusammentreffen verschiedener Ursachen, Auslöser oder Verstärker ausbilden und manifestieren, die innerhalb und außerhalb der Person liegen. Dies bedeutet, dass biologisch-somatische Aspekte . . . nicht als alleinige Ursachen für Persönlichkeitsstörungen betrachtet werden dürfen; und auch im Falle einer Intelligenzschädigung stellen sie lediglich ein Element in einem multifaktoriellen, netzwerkartig und reziprok strukturierten, komplexen Bedingungsgefüge dar. (Theunissen, 2004, S. 267f)

Die Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung kann unter anderem in der Wechselbeziehung zwischen den Betroffenen und ihrer Umwelt gefunden werden. Belastete bzw. gestörte Beziehungen zu Bezugspersonen von früher Kindheit an sind leider häufig bei dieser Personengruppe vorzufinden (Sarimski, 2005, S. 17; Sarimski & Steinhausen, 2008a, S. 3, 2008b, S. 5; Wüllenweber, 2004, S. 248). „Menschen mit geistiger Behinderung sind von Etikettierungen und Stigmatisierungen betroffen . . .“ (Wüllenweber, 2004, S. 257), erleben häufiger Ablehnung seitens ihrer Umwelt und sind auch öfter Opfer von Missbrauch und Misshandlungen. Sie werden von Kindheit an häufiger mit Misserfolgen konfrontiert, erfahren wenig Selbstbestimmung und nehmen weniger am sozialen Leben teil als Menschen ohne Behinderungen (Sarimski, 2005, S. 123; Sarimski & Steinhausen, 2008a, S. 6, S. 14). Letztendlich „tragen die individuelle Lebensgeschichte und aktuelle Lebensumstände zur Ausbildung von emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei“ (Sarimski & Steinhausen, 2008a, S. 13).

2.4.3. Die Entstehung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus entwicklungsdynamischer Perspektive

Senckel (2001) beschreibt in ihrem Artikel ‚Entwicklungsdynamische Betrachtung psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen‘ wie – im Besonderen auf Basis der psychoanalytischen Entwicklungstheorie nach Mahler – die Entwicklung eines Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Entwicklung eines Menschen ohne Behinderung verläuft. Menschen mit geistiger Behinderung müssen dieselben Entwicklungsaufgaben

durchlaufen wie Menschen ohne Behinderungen auch „und doch haben sie es von Anfang an schwerer als nicht behinderte, eine differenzierte, den Lebensanforderungen flexibel entsprechende Identität und reife Formen des Sozialverhaltens auszubilden“ (Senckel, 2001, S. 33). Senckel (2001) möchte mit diesem Artikel aufzeigen, dass es in den verschiedenen Lebensabschnitten Entwicklungsaufgaben zu lösen gibt, deren Lösungsqualität sich auf die Bewältigung der darauffolgenden Entwicklungsaufgaben auswirkt. „Je günstiger die Begleitumstände ausfallen, umso besser sind auch die Voraussetzungen für eine gelungene Konfliktbewältigung“ (Senckel, 2001, S. 39). Sollten die Aufgaben jedoch nur dürftig gelöst werden, könnte dies zur Entwicklung psychischer Störungen führen. „Seelische Störungen gehen immer einher mit einer Verunsicherung bzw. Minderung des Selbstwertgefühls . . .“ (Senckel, 2001, S. 39).

Die erste Aufgabe in der Entwicklung eines Kindes besteht unter anderem darin, ein ‚Urvertrauen‘ aufzubauen, in dem es sich einer Bezugsperson zuwenden kann, die emotional verfügbar ist und die Bedürfnisse des Kindes befriedigen kann. Die emotionale Einheit, die das Kind in dieser Zuwendung findet, ist eine der wichtigsten Erfahrungen, die in dieser Phase erlebt werden. Im mütterlichen Spiegeln erlebt es sich und die Mutter als eins und erlebt sich in seinem Tun von ihr bestätigt. Dies ist ein wichtiger Anhaltspunkt für die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und für weitere Lernprozesse. Kinder mit geistiger Behinderung können aufgrund ihrer Reizverarbeitungsschwäche ihre eigenen körperlichen Reize und die ihrer Umwelt schwerer erfassen, infolge dessen in für sie wertvolle Informationen transformieren und adäquat auf sie reagieren. Diese Gefühle der Hilflosigkeit und Abhängigkeit von den Bezugspersonen setzt sich tief in das Identitätsgefühl der Kinder fest. Zusätzlich zu diesem Gefühl gestaltet sich der Beziehungsaufbau zu den Bezugspersonen problematisch. Einerseits können Kinder mit geistiger Behinderung infolge ihrer Reizverarbeitungsschwäche die Signale der Bezugspersonen nicht immer richtig deuten und angemessen auf diese reagieren, andererseits werden auch ihre Signale oft von den Bezugspersonen falsch gedeutet. „Sie verhalten sich selbst auch anders als ‚normale‘ Säuglinge und verunsichern damit die Eltern in ihren Beziehungsbemühungen“ (Senckel, 2001, S. 34). Somit wird der Aufbau einer emotionalen Einheit und auch der Aufbau des Urvertrauens verhindert, der für die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls als wichtig angesehen wird.

Die erste Hälfte des zweiten Lebensjahres ist durch die zunehmende körperliche Unabhängigkeit, sprachliche Entwicklung und Experimentierfreudigkeit des Kindes

gekennzeichnet. Es ist sich der Entwicklung seiner Fähigkeiten bewusst und sucht dafür auch die Bestätigung seiner Bezugspersonen. Diese Erfahrungen und Bestätigungen stellen auch einen wichtigen Teil der Basis für die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls dar. All diese Entwicklungen verlaufen bei Kindern mit geistiger Behinderung zum Teil um vieles langsamer als bei nicht behinderten Kindern. Das Erlebnis von fortschreitenden Fähigkeiten fällt aus, die Abhängigkeit von den Bezugspersonen ist noch immer gegeben und somit ist auch die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls gefährdet.

In der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres nimmt das Kind allmählich auch seine Grenzen wahr und, „dass es sich nicht immer in emotionaler Übereinstimmung mit den Eltern befindet“ (Senckel, 2001, S. 31). Die Grenzen seiner Fähigkeiten werden als frustrierend empfunden und verstimmen sein Selbstwertgefühl. Auch der Widerwille der Bezugspersonen wird teils als beängstigend wahrgenommen, da das Kind sich einerseits die emotionale Einheit wünscht, jedoch nicht auf seine neu gewonnene Selbstständigkeit verzichten möchte. „Bewältigt wird der Konflikt durch die ständig sich wiederholende Erfahrung des Kindes, dass es von den Eltern angenommen, unterstützt und geliebt wird . . .“ (Senckel, 2001, S. 31). Kinder mit geistiger Behinderung nehmen in dieser Phase die Grenzen ihrer Fähigkeiten auch wahr, verspüren aber eine stärkere Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen als Kinder ohne Behinderung. Auch die Bezugspersonen fühlen sich meist in dieser Phase überfordert und reagieren oft mit Überbehütung. Dies hat aufgrund der geringen Selbstständigkeit des Kindes zur Folge, dass die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls wieder gehemmt wird.

Die folgenden drei Jahre sind vor allem geprägt durch den Erwerb von Gruppenfähigkeit und der Ausbildung der Geschlechtsidentität. „Das Kind erprobt in der ödipalen Konfliktsituation verschiedene Strategien der Selbstbehauptung Außerdem entwickelt es jetzt die reiferen Formen der Abwehr . . . , um seinen bedrohlichen Gefühlen zu begegnen“ (Senckel, 2001, S. 32). In dieser Phase wird auch das Gewissen des Kindes ausgebaut. Es nimmt die Normen und Werte seiner Bezugspersonen in sich auf und entscheidet selbst, ob es diese einhält oder nicht, wobei letzteres zu Schuldgefühlen führen kann. Weiters entwickeln sich in diesem Zeitraum auch die kognitiven Fähigkeiten des Kindes immer weiter und führen anhand der gemachten Erfahrungen zu anspruchsvolleren Denkprozessen. „Die Kombination von wachsendem Denkvermögen und emotionaler Konstanz befähigt das Kind zunehmend zur Realitätsprüfung, das heißt, mit Unterstützung gelingt es ihm allmählich, sich denkend mit seinen Erfahrungen auseinanderzusetzen“ (Senckel, 2001, S. 32). Es wird davon ausgegangen,

dass besonders Kinder mit einer schweren bzw. schwersten geistigen Behinderung, diese Phase nicht erreichen. Zwar können sie sehr wohl eine Zuneigung zum anderen Geschlecht entwickeln, jedoch „fehlen die typischen Anzeichen des ödipalen Konfliktes“ (Senckel, 2001, S. 37). Die zweite Entwicklungsaufgabe, die sich auf den Erwerb der Gruppenfähigkeit bezieht, wird auch nicht gelöst, da sie überwiegend mit ihren Bezugspersonen zusammen sind. Bei Kindern mit einer leichten oder mittelgradigen geistigen Behinderung sind die Entwicklungsaufgaben der Gruppenfähigkeit bzw. der Ablösung von den Bezugspersonen und der Ausbildung der Geschlechtsidentität aufgrund der fehlenden bzw. unzureichenden emotionalen Konstanz nur schwer lösbar. Gleichaltrige dienen als Rivalen, mit denen sie sich ständig vergleichen, was wiederum zu mehreren Misserfolgserlebnissen führen kann. „So bleiben Eifersucht und Neid, Rivalität, Schuldgefühle und Vergeltungsängste ebenso wie die ungelösten Bindungen zu den primären Bezugspersonen als dauerhafte Konfliktherde erhalten“ (Senckel, 2001, S. 38).

Im Grundschulalter sind es die Aufgaben der Umwelt an das Kind, die im Mittelpunkt stehen. „Die Gruppenfähigkeit, Selbstkontrolle und Frustrationstoleranz, Leistungsmotivation und die wachsende Fähigkeit, logisch zu denken, bilden die Basis für eine gelingende Entwicklung“ (Senckel, 2001, S. 33). Kinder mit einer leichten geistigen Behinderung erreichen diese Phase meist verspätet und erleben diese auch hier, aufgrund des sich entwickelnden Leistungsbewusstseins, nicht konfliktfrei. Sie sind sich ihrer Grenzen im Leistungsbereich bewusst und fühlen sich häufig, infolge des Vergleichs zu nicht behinderten Kindern, minderwertig.

Wie auch bei nicht behinderten Jugendlichen, stellt die Pubertät eine wichtige Phase dar. „Doch die anstehenden Entwicklungsaufgaben (Integration der Sexualität, Aufbau eines selbstverantworteten Wertesystems, emotionale Verselbstständigung gegenüber den Eltern und das schrittweise Hineinwachsen in die Erwachsenenengesellschaft) können selbst mittelgradig und leicht geistig gehinderte Jugendliche höchstens teilweise meistern“ (Senckel, 2001, S. 38). In dieser Zeit kämpfen auch Jugendliche mit geistiger Behinderung um ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, wodurch es zu konflikthafter Situationen zu den Bezugspersonen kommen kann. Diese Konflikte sind wichtig, denn sie dienen der Ablösung von den Bezugspersonen. Indem sie sich an anderen Jugendlichen in ihrem Alter orientieren, nehmen sie ihre Behinderung immer mehr wahr und müssen sich schlussendlich damit auseinandersetzen. Diese Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung verläuft meist sehr schmerzhaft.

Die Entwicklungsaufgaben, die im Erwachsenenalter gelöst werden sollen, bestehen unter anderem aus einer „selbstständigen Lebensführung . . ., in der Entwicklung von Intimität in den Beziehungen und . . . durch Übernahme sozialer Verantwortung in Beruf oder Familie“ (Senckel, 2001, S. 33). Auch hier werden Menschen mit geistiger Behinderung mit ihren Grenzen konfrontiert, da sie meist in betreuten Wohngruppen leben. „Und doch gibt es geistig behinderte Menschen, die auch in dieser Hinsicht erstaunliche Reife erreichen und durchaus zu echter Intimität und sozialer Verantwortung in der Lage sind“ (Senckel, 2001, S. 39).

2.5. Die (mangelnde) psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Bedenkt man, dass die Prävalenz bei Menschen mit geistiger Behinderung, psychische Störungen zu entwickeln, um so vieles höher ist als bei Menschen ohne Behinderung, überrascht es doch, wie mangelhaft das psychotherapeutische Angebot für diese Personengruppe ausfällt.

Nach Programmen der Ausgliederung geistig Behinderter aus psychiatrischen Kliniken sehen sich heute heilpädagogische Einrichtungen mehr und mehr mit einem hohen Anteil von Behinderten mit problematischen Verhaltensweisen konfrontiert, ohne dass hier bereits die notwendige pädagogische, therapeutische und psychiatrische Begleitung verfügbar ist. (Frei, 2001, S. 13)

Hennicke (2004) und Frei (2001) kritisieren, dass Menschen mit geistiger Behinderung, trotz des zahlreichen Erkenntniszuwachses bezüglich der Entwicklung psychischer Störungen und der Fortschritte der Psychiatrie, immer noch vom Vorsorgesystem ausgeschlossen sind. Hennicke (2007) weist darauf hin, dass ein solcher Ausschluss von Menschen mit geistiger Behinderung aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bedeuten würde, dass sie „gerade auch in der gegenwärtigen Diskussion (und Praxis) um Normalisierung und Integration, um Autonomie und Selbstbestimmung, um Teilhabe und Inklusion . . .“ (S. 189)

noch immer von Ausgrenzung betroffen sind und in Bezug auf ihre Teilhabe beeinträchtigt werden.

Zusätzlich anzumerken wäre hier, dass diese Ausgrenzung auch Kinder mit geistiger Behinderung betrifft, die an psychischen Störungen leiden. Hennicke (2007) führte eine Erhebung bezüglich „der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen in den deutschen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihren angeschlossenen Ambulanzen und Tageskliniken . . .“ (S. 189) durch, die unter anderem von den Leitern der Kliniken benotet wurden. Der stationäre Bereich wurde mit einer durchschnittlichen Schulnote von 4,3 und der ambulante Bereich von 4,1 bewertet. „Die ambulante psychotherapeutische Versorgung dieser Klientel wurde mit 5,0 bewertet“ (Hennicke, 2007, S. 198).

Hauptgrund für die mangelhafte psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gehen auf die frühere bzw. teilweise auch heute noch bestehende Annahme zurück, dass psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Folge ihrer Behinderung erscheinen (Hennicke, 2004, S. 203; Lotz & Koch, 1994, S. 14; Wüllenweber, 2004, S. 244). „Demzufolge werden depressive Verstimmungszustände, Ängste, zwanghaftes Verhalten oder auch Aggressionen und Autoaggressionen als Folge hirnerkranklicher Schädigungen betrachtet. Sie sind demzufolge nur medikamentös, allenfalls noch verhaltenstherapeutisch, keineswegs jedoch pädagogisch oder psychotherapeutisch behandelbar“ (Frei, 2001, S. 18).

Weiters führt Frei (2001) an, dass man der Überzeugung war bzw. ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer Beeinträchtigung in der Sprach- und Ausdrucksfähigkeit und „wegen ihrer fehlenden Einsichtsfähigkeit psychotherapeutischen Hilfen nicht zugänglich“ (S. 18) seien. Senckel (2001) und Hennicke (2004) sprechen auch von der bestehenden Annahme, Menschen mit geistiger Behinderung seien nicht in der Lage zu leiden und infolge dessen, psychische Störungen zu entwickeln.

Heutzutage ist man sich jedoch darüber im Klaren, dass psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung „zusätzlich und als in Wechselwirkung zur geistigen Behinderung erworben . . .“ (Wüllenweber, 2004, S. 244) werden. Psychische Störungen werden gegenwärtig – auch bei Menschen mit geistiger Behinderung – als durch psychiatrische, psychotherapeutische und pädagogische Maßnahmen beeinflussbar angesehen (Theunissen, 2004, S. 267).

Hennicke (2004) und Frei (2001) sind der Auffassung, dass in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig wäre: „Es ist nicht länger bestritten, dass die Betreuung geistig Behinderter eine pädagogische Aufgabe darstellt. Dort, aber wo Verhaltensprobleme im Spiel sind, kann pädagogische Betreuung von diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen profitieren“ (Frei, 2001, S. 13). Auch Lempp (1991) schließt sich dieser Meinung an und meint, dass besonders in Bezug auf Kinder mit geistiger Behinderung, Psychotherapie und Pädagogik nicht getrennt werden sollten. Die Trennung dieser Disziplinen wäre nach Luxen (2006) ein schwerwiegender Fehler, da sie sich gegenseitig bereichern, ergänzen und unterstützen könnten.

2.6. Zusammenfassung

Mit diesem Kapitel sollte auf die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung aufmerksam gemacht werden und welches (defizitorientierte) Bild sich in unserer Gesellschaft von diesem Personenkreis abzeichnet. Sie sind nicht nur häufig seitens ihres sozialen Umfeldes von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen, sondern erleben zudem oft belastende und gestörte Beziehungen zu ihren Bezugspersonen. Aus diesen und auch vielen anderen Gründen sind Menschen mit geistiger Behinderung von Kindheit an stärker von psychischen Störungen betroffen als Menschen ohne Behinderung. Besonders die entwicklungsdynamische Betrachtung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung sollte verdeutlichen, welche wichtige Rolle gute Beziehungserfahrungen für eine gesunde psychische Entwicklung spielen.

Aus den genannten Gründen stellt sich die Frage, warum genau dort ein Mangel an psychotherapeutischer Hilfe besteht, wo der Bedarf danach groß ist?!

Es wäre sehr zu wünschen, dass sich in Zukunft mehr Psychotherapeuten als bisher für dieses Tätigkeitsgebiet interessieren und dafür geeignete Arbeitsweisen entwickeln. Einerseits, weil hier ein Bedarf an therapeutischer Hilfe besteht, andererseits aber auch weil für Psychotherapeutinnen das sich Einlassen auf die Welt geistig behinderter Menschen eine unschätzbare Bereicherung und

Horizontenerweiterung bedeutet, die ihrer gesamten therapeutischen Tätigkeit zugute kommt. (Pörtner, 2001, S. 57)

3. Grundlagen der Personenzentrierten Psychotherapie

Wenn ich vermeide, mich einzumischen, sorgen die Menschen für sich selber,

Wenn ich vermeide, Anweisungen zu geben, finden die Menschen selbst das rechte Verhalten,

Wenn ich vermeide, zu predigen, bessern die Menschen sich selber,

Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst (Laotse zitiert nach Rogers, 1989⁴, S. 20)

Da das Hauptaugenmerk dieser Arbeit der Personenzentrierten Spieltherapie gilt, werden die Grundlagen der Personenzentrierten Psychotherapie in diesem Kapitel nur verkürzt dargestellt. Die Personenzentrierte Spieltherapie gründet auf den Ideen der Personenzentrierten Psychotherapie, aufgrund dessen eine kurze Darstellung der Grundlagen zu einem besseren Verständnis verhelfen soll.

Die Personenzentrierte Psychotherapie gründet auf den Ideen Carl R. Rogers, dessen Grundhypothese lautete: „Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung zu einer Einzelperson (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann“ (Rogers, 2001¹⁶, S. 17). Ziel dieser neuen Psychotherapie, wie er sie in seinem Werk ‚Die nicht-direktive Beratung‘ (2007¹²; Originalausgabe: 1942) nannte, ist es, dem Klienten die Fähigkeit zuzusprechen, selbst Lösungen für seine Probleme - mit Unterstützung des Therapeuten - zu finden. „Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird“ (Rogers, 2007¹², S. 36). Somit wurde schon ein Unterschied zu anderen damals üblichen Therapiemethoden gekennzeichnet: Der Klient als Experte seiner Probleme und deren Lösung (Stumm & Keil, 2002, S. 3). Seiner Auffassung nach sollte nicht das Problem, sondern der Klient mit seinem „Drang zum Wachsen, zur Gesundheit und zur Anpassung“ (Rogers, 2007¹², S. 36) im Mittelpunkt der Therapie stehen.

Ein weiterer Unterschied, der sich zeigt, ist die Bedeutung, die Rogers den Gefühlen, und nicht dem Wissen, zusprach. „Diese neuere Therapie bemüht sich so direkt wie möglich im Bereich der Gefühle und Emotionen zu wirken und versucht nicht, auf intellektuellem Wege zu einer emotionalen Reorganisation zu gelangen“ (Rogers, 2007¹², S. 37). Die Personenzentrierte Psychotherapie unterscheidet sich zudem auch darin, dass sie sich weniger der Vergangenheit des Klienten widmet, sondern ihre Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige

Lage des Klienten richtet (Rogers, 2007¹², S. 37; Stumm & Keil, 2002, S. 4). Der wohl grundlegendste Unterschied und zudem auch wichtigste Standpunkt des Personenzentrierten Ansatzes ist jedoch die Akzentuierung der therapeutischen Beziehung. „Alle anderen . . . Ansätze erwarten vom Individuum, daß es wächst, sich verändert und bessere Entscheidungen trifft, nachdem es die Beratungsstunde abgeschlossen hat. In der neueren Praxis ist der therapeutische Kontakt selbst eine Entwicklungserfahrung“ (Rogers, 2007¹², S. 37).

3.1. Die Grundhaltung der Personenzentrierten Psychotherapie

Zu Anfang sollte erwähnt werden, dass die im folgenden dargestellte Grundhaltung zwar hauptsächlich auf den Therapeuten bezogen ist, jedoch aufgrund der Tatsache, dass der Personenzentrierte Ansatz nach Rogers (2001¹⁶) „auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen anwendbar ist, in denen das gesunde psychologische Wachstum des Individuums angestrebt wird“ (S. 17), auch auf alle Personen bezogen werden kann. Weiters ist zu beachten, dass drei Aspekte der Grundhaltung zwar voneinander getrennt beschrieben werden, diese jedoch „ein komplexes, ineinander verwobenes Geflecht . . .“ (Stumm & Keil, 2002, S. 25) darstellen und aus diesem Grund in dieser Arbeit als Grundhaltung und nicht als Grundhaltungen bezeichnet werden.

3.1.1. Empathie

„Empathie“ wird synonym mit der Bezeichnung ‚einführendes Verstehen‘ verwendet und bedeutet von einem interventionstechnischen Standpunkt aus gesehen das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte . . .“ (Kriz, 2007, S. 24). Es bedeutet, dass der Therapeut in der Lage sein sollte, die ausgesprochenen Gefühle und Erlebnisse des Klienten nachzuempfinden und ihm diese mitteilen zu können. „Ein solches einführendes Verstehen heißt, daß der Therapeut in der Welt des Klienten zu Hause ist . . . als ob es die Welt des Therapeuten selbst wäre, wobei allerdings der ‚Als ob Charakter[‘] nie verlorengelht“ (Rogers, 2001¹⁶, S. 23).

Empathisches Verstehen setzt zwar ein inhaltliches Begreifen des Ausgesprochenen voraus, es geht jedoch viel mehr um die Wahrnehmung der inneren Gefühlswelt des Klienten – um den inneren Bezugsrahmen. „Die Gesamtheit der Affekte, gedanklichen Repräsentationen und Bewertungen, die im Zusammenhang mit einer unmittelbaren Erfahrung von einem Patienten erlebt werden, wird als dessen innerer Bezugsrahmen bezeichnet“ (Kriz, 2007, S. 24). Die Wahrnehmung dieses inneren Bezugsrahmens soll dem Klienten ohne Wertung mitgeteilt werden und sich am besten nicht nur auf „das beziehen, was dem Klienten bewußt ist, sondern, auf die neblige Zone am Rande der Gewährwerdung““ (Rogers, 2001¹⁶, S. 24). Rogers (1984) meinte, dass ein solch einführendes, aktives Zuhören eines Gegenübers eine Seltenheit darstellt, die – wenn gegeben – allerdings Veränderungen bzw. Umbrüche bewirken kann (S. 11). Der Klient fühlt sich dadurch verstanden und wird dazu bewegt ein besseres Selbstverständnis zu entwickeln. Infolge dessen wird er dazu befähigt, gegenwärtige Erfahrungen in seinem Bewusstsein zuzulassen (Rogers, 2001¹⁶, S. 24).

Eckert (2006) fasst drei Bedingungen zusammen, welche die Empathie charakterisieren:

- ⇒ Die Empathie des Therapeuten richtet sich auf das Erleben des Patienten in seinem Inneren Bezugsrahmen.
- ⇒ Einführendes Verstehen ist eine spezifische Erfahrung des Therapeuten, ein reflektiertes Mitfühlen der Erfahrungen des anderen.
- ⇒ Der Therapeut teilt das, was er auf dem Wege der Einfühlung verstanden hat, dem Patienten mit und prüft, ob sich der Patient verstanden fühlt. (S. 222)

3.1.2. Bedingungsfreie positive Beachtung/ Unbedingte Wertschätzung

Unter ‚bedingungsfreier positiver Beachtung‘ bzw. ‚unbedingter Wertschätzung‘ hat Rogers (2001¹⁶), den Therapeuten betreffend, von einer „Zuwendung frei . . . von Beurteilungen und Bewertungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten . . .“ (S. 27) gesprochen. Die Person wird in ihrer Einzigartigkeit, unabhängig von jeglichen Bedingungen, wertgeschätzt. Der Therapeut äußert weder Verbesserungsvorschläge, noch positives oder negatives Feedback bezüglich der Verhaltensweisen des Klienten (Hutterer, 1994², S. 147f).

Der Therapeut nimmt die Person an, wie sie ist und widmet all ihren verschiedenen Facetten dieselbe Aufmerksamkeit (Höger, 2006b, S. 121). Kriz (2007) meint, dass es sich hierbei jedoch nicht um eine unechte Achtung handeln sollte, die dem Klienten gegenüber höflichkeitshalber eingenommen wird, sondern „um die Fähigkeit und die Bereitschaft des Therapeuten, den Patienten als Mitmenschen zu erleben und sich auf eine existenzielle Begegnung mit ihm einzulassen, ohne ihn aufgrund seiner Handlungen, Eigenschaften und Worte in Kategorien von Wert und Nutzen einzuordnen“ (S. 22). Man darf aber auch nicht außer Acht lassen, dass der Therapeut nicht dazu verpflichtet ist, alles, was der Klient tut oder sagt, gut zu finden. Die Bewertung des Therapeuten bezüglich einer bestimmten Verhaltensweise des Klienten darf jedoch nichts an der Tatsache ändern, dass die Person als Gesamtes wertgeschätzt werden soll (Weinberger, 2007³, S. 32).

Rogers (1984) meint, „daß therapeutischer Wandel oder Fortschritt wahrscheinlich ist, wenn der Therapeut eine positive, akzeptierende Haltung gegenüber dem empfindet, was der Klient in diesem Augenblick *ist*“ (S. 11). Durch die positive und akzeptierende Haltung des Therapeuten wird der Klient allmählich dazu imstande sein, seine Erfahrungen besser anzunehmen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und infolge dessen genauer zu symbolisieren. „Er wird damit kongruenter und effizienter bei der Bewältigung seines Lebens“ (Höger, 2006b, S. 122).

3.1.3. Echtheit/ Kongruenz

Laut Rogers (2001¹⁶) bedeutet ‚Kongruenz‘, „daß der Therapeut sich dessen, was er erlebt oder leibhaft empfindet, deutlich gewahr wird und daß ihm diese Empfindungen verfügbar sind, so daß er sie dem Klienten mitzuteilen vermag, wenn es angemessen ist“ (S. 31). Dabei ist es wichtig, dass der Therapeut sich echt verhält und dass die Mitteilungen an den Klienten mit seinem Erleben übereinstimmen (Hutterer, 1994², S. 148). Der Klient nimmt den Therapeuten in ihrer „Begegnung von Person zu Person“ (Rogers, 2001¹⁶, S. 31) als transparent bzw. authentisch wahr. „Der Klient ist somit in der Lage, genau zu erkennen, was der Therapeut in der Beziehung *ist*“ (Rogers, 1984, S. 11). Der Therapeut ist sich den Gefühlen, die der Klient in ihm auslöst, bewusst, akzeptiert diese und ist aufgrund dessen in der Lage sich in den Klienten einzufühlen und ihm bedingungsfreie, positive Beachtung entgegenzubringen. Eckert (2006) definiert Kongruenz „als das Vorliegen der Möglichkeit,

sich aller bewusstseinsfähigen Erfahrungen, die der Organismus macht, bewusst zu werden und sie im Selbsterleben zu repräsentieren“ (S. 223).

Rogers (2001¹⁶) empfand die Kongruenz des Therapeuten als bedeutsamste Haltung in der Personenzentrierten Psychotherapie, da sie ausschlaggebend für einen positiven Therapieverlauf ist (S. 30).

Kurz gesagt, da die gesamte Person anerkannt und geachtet wird, neigt sie dazu, sich selbst mehr und mehr zu mögen. Durch die einführende Aufmerksamkeit ihr gegenüber wird es für sie möglich, dem Ablauf ihrer eigenen inneren Erfahrungen genauer zuzuhören. Und in diesem Maße, in dem die Person sich selbst versteht und achtet, erfolgt eine Entwicklung ihres Selbst das mehr mit dem Erleben in Einklang steht. Die Person wird dadurch wahrhaftiger und zugleich echter. Diese Tendenzen, die den Einstellungen des Therapeuten entsprechen, bedeuten, daß die Person für sich selbst ein erfolgreicher Förderer ihrer Entwicklung wird. Es entsteht so eine größere Freiheit, jene Person zu sein, die sie in ihrem Innersten ist. (Rogers, 1984, S. 11f)

3.2. Das Selbst

Das ‚Selbst‘ ist innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie mitunter einer der wichtigsten Begriffe. Rogers´ erkannte, dass Personen in der Therapie häufig von ihrem Selbst sprachen. Infolge dessen begannen er und seine Mitarbeiter Aussagen von Klienten bezüglich ihres Selbst systematisch zu sammeln und zu kategorisieren. Aus der Forschung ergab sich unter anderem das Ergebnis, dass Klienten ihre Einstellung zu sich selbst während der Therapie verändern (Höger, 2006a, S. 64).

Im Groben kann man das Selbst als das Bild bezeichnen, „das eine Person von sich selbst hat“ (Stumm & Keil, 2002, S. 13). Etwas präziser fasst Höger (2006a) Rogers´ Definition vom Selbst folgenderweise zusammen: „Inhaltlich gesehen setzt sich das Selbst . . . zusammen aus den Wahrnehmungen einer Person von ihren

- ⇒ Eigenschaften,
- ⇒ Beziehungen zu anderen,
- ⇒ Beziehungen zu den verschiedenen Aspekten des Lebens sowie
- ⇒ den bewussten oder bewusstseinsfähigen Bewertungen, die mit diesen Wahrnehmungen verbunden sind“ (S. 66).

Wahrnehmungen und Erfahrungen setzen sich aus Reizen und Informationen zusammen, die bei einer Person in ihrer Auseinandersetzung mit der (sozialen) Umwelt eintreffen (Hutterer, 2002, S. 91). Dabei beziehen sich die Eigenschaften einer Person auf ihre Persönlichkeitsmerkmale oder ihren augenblicklichen Zustand. Die Wahrnehmung der Beziehungen zu anderen bedeutet, wie die Person sich selbst einer anderen Person gegenüber erlebt (z. B. misstrauisch). Die Wahrnehmung der Beziehungen zu verschiedenen Aspekten des Lebens beinhaltet, wie die Person eine aktuelle Lebenssituation erlebt, z.B. Schwangerschaft als etwas Besonderes (Höger, 2006a, S. 66).

„Das Grundbedürfnis in Hinblick auf das Selbst ist das Bedürfnis nach positiver Beachtung“ (Stumm & Keil, 2002, S. 12). Diese bedingungsfreie, positive Beachtung ist von großer Bedeutung, sowohl für die Entwicklung des Selbst und der Kongruenz einer Person, als auch für die positive Entwicklung innerhalb der Psychotherapie (Keil & Stumm, 2002, S. 11). Biermann-Ratjen (2006a) geht davon aus, dass Erfahrungen, die das Selbstkonzept nicht bestätigen bzw. nicht mit den im Selbstkonzept integrierten Erfahrungen übereinstimmen, eine Bedrohung für das gesamte Selbst darstellen und Inkongruenz hervorrufen.

3.3. Aktualisierungstendenz

Rogers ging von einer Tendenz im Organismus aus, die auf dessen Erhaltung und Entfaltung bzw. Erweiterung ausgerichtet ist. Bei dem Begriff ‚Organismus‘ „wird die Ganzheit der körperlichen, seelischen und geistigen Prozesse bezeichnet, die Gesamtheit und Komplexität der Persönlichkeitsvorgänge und der Ort von Entwicklungsprozessen“ (Hutterer, 2002, S. 91). Die Aktualisierungstendenz ist nach Rogers (1984) eine „natürliche Tendenz, die auf eine komplexere und vollständigere Entwicklung ausgerichtet ist“ (S. 12). Damit ist auch die

Entwicklung zur Autonomie gemeint, die sich von äußerer Kontrolle und äußeren Zwängen distanziert (Rogers, 2009, S. 26). Rogers (1984) meint weiter, dass diese Aktualisierungstendenz im Organismus niemals zerstört werden kann, solange der Organismus selber nicht zerstört wird. „Das Leben gibt nie auf, nicht einmal dann, wenn es keine Entfaltungsmöglichkeiten besitzt“ (Rogers, 1984, S. 13). Veranschaulichen tut er dies an folgendem Beispiel:

Ich erinnere mich aus meiner Kindheit, daß der Kartoffelbehälter, in dem wir unseren Winterbedarf an Kartoffeln eingelagert hatten, im Keller etliche Fuß unter dem Kellerfenster stand. Obwohl die Bedingungen ungünstig waren, begannen die Kartoffeln immer zu treiben – helle, weiße Keimlinge, so ganz anders als die gesunden, grünen Triebe, die sie entwickelten, wenn man sie im Frühjahr in die Erde pflanzte. Aber diese kläglichen, dünnen Triebe wurden immer zwei bis drei Fuß lang, bis sie an das ferne Licht vom Fenster heranreichen konnten. In ihrem bizarren, vergeblichen Wachsen waren sie eine Art verzweifelter Ausdrucks dieser gerichteten Tendenz, die ich gerade zu beschreiben suche. (Rogers, 1984, S. 13)

Höger (2006a) beschreibt die Aktualisierungstendenz als Potenzial den Organismus entweder zu erhalten oder zu entfalten. Sollte die Aktualisierungstendenz jedoch unter dem Aspekt widriger Umstände betrachtet werden, die den Organismus von seiner Entfaltung bzw. Erweiterung abhalten, so ist er der Ansicht, dass die Begriffe ‚Erhaltung‘ und ‚Entfaltung‘ voneinander unterschieden und getrennt definiert werden müssen:

Der Aspekt der **Erhaltung** besteht in der Aktivierung all jener Möglichkeiten . . . , über die ein Organismus verfügt, um sich selbst auch unter widrigen Gegebenheiten zu bewahren und die eigene Existenz zu sichern Der Aspekt der **Entfaltung** kommt dann ins Spiel, wenn sich der Organismus in einer für ihn nicht bedrohlichen Situation im Zusammenspiel mit seiner Umwelt weiterentwickelt. (S. 42)

Erfahrungen, die der Organismus bzw. die Person macht, werden von der Aktualisierungstendenz dahingehend bewertet, ob sie für ihn förderlich sind, also ihm zu Wachstum verhelfen, oder ihn dabei beeinträchtigen. Dieser Prozess wird als ‚organismischer Bewertungsprozess‘ bezeichnet (Weinberger, 2007³, S. 26).

3.3.1. Selbstaktualisierungstendenz

Die Selbstaktualisierungstendenz stellt einen Teil der Aktualisierungstendenz dar, der sich insbesondere auf das Selbst bezieht.

Sobald sich ein Selbstkonzept entwickelt hat, werden Erfahrungen nicht mehr nur daraufhin bewertet, ob diese dem Organismus zu Wachstum verhelfen oder diesen eher beeinträchtigen (Aktualisierungstendenz), sondern „sie werden nun auch im Hinblick darauf bewertet, ob sie das Selbstkonzept bestätigen oder in Frage stellen“ (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 96f). Neben dem organismischen Bewertungsprozess findet nun auch eine Bewertung durch menschliche Beziehungen statt, in welche die Person vernetzt ist (Weinberger, 2007³, S. 27).

Wie schon vorhin erwähnt, werden neue Erfahrungen, die nicht mit den im Selbstkonzept integrierten Erfahrungen übereinstimmen, als Bedrohung erlebt. Diese Erfahrungen können, unter Umständen, dem Bewusstsein vorenthalten oder in einer solchen Art verzerrt werden, dass es so wirkt, als würden sie mit den im Selbstkonzept integrierten Erfahrungen übereinstimmen. Falls dies jedoch nicht der Fall ist,

wird die Inkongruenz zwischen der Erfahrung und dem Selbstkonzept gewahr und zwar in der Art und Weise, dass die Person die Bedrohung des Selbstkonzepts . . . spürt, oder sich selbst nicht versteht und akzeptiert oder . . . wie auf einen Angriff von außen reagiert . . . (Biermann-Ratjen, 2006b, S. 97).

Höger (2006a) spricht davon, „dass der Organismus die Tendenz hat, sein Selbst sowohl

⇒ zu erhalten, um die Kontinuität der Orientierung zu gewährleisten und

⇒ zu entfalten, damit es als Repräsentations- und Orientierungssystem mit den sich verändernden Bedingungen der äußeren und inneren Welt Schritt hält“ (S. 69).

3.4. Inkongruenz

Rogers (2001¹⁶) definiert Inkongruenz als „vorhandene Diskrepanz zwischen dem Erleben des Organismus und dem bewußten Selbstkonzept“ (S. 43). Wenn Erfahrungen, die eine Person macht, nicht mit den im Selbstkonzept integrierten Erfahrungen übereinstimmen bzw. das Selbstkonzept in Frage stellen, werden diese als Bedrohung für das gesamte Selbst angesehen. Diese Erfahrungen begründen Inkongruenz und werden entweder abgewehrt oder in dem Sinne verzerrt, dass sie wirken, als würden sie mit den Erfahrungen, die im Selbstkonzept integriert sind, übereinstimmen.

Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass die Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert werden, bewusstseinsfähige Erfahrungen sind, die etwas mit dem Selbst und seinen Beziehungen zur Umwelt zu tun haben, die von einer kongruenten anderen Person empathisch verstanden und bedingungslos positiv beachtet worden sind, d. h. zusammen mit den Erfahrungen gemacht worden sind, empathisch positiv beachtet zu werden. Das heißt u. a. auch, dass auch die Erfahrungen, nicht verstanden und nicht unbedingt wertgeschätzt zu werden und eine wichtige Bezugsperson inkongruent zu machen, schon für sich allein Inkongruenz bedeutet. (Biermann-Ratjen, 2006a, S. 87)

Rogers (2001¹⁶) geht bei einer starken Inkongruenz davon aus, dass die Aktualisierungstendenz sich ambivalent verhält: „Einerseits unterstützt diese Tendenz das Selbstkonzept der Person, die darum kämpft, ihr Bild von sich zu vervollkommen. Andererseits meldet auch der Organismus seine Bedürfnisse an, die mit dem bewußten Wünschen der Person vielleicht völlig unvereinbar sind“ (S. 43).

Die Funktionsfähigkeit der Person wird durch die Inkongruenz, die sich zwischen Selbst und Erfahrung abspielt, gehemmt und dadurch empfänglicher für psychische Störungen (Höger, 2006b, S. 119). Eine Person, die eine Inkongruenz wahrnimmt, spürt dies in Form von „unterschwelliger Angst bzw. Gefühle der Bedrohung“ (Stumm & Keil, 2002, S. 18).

Das Gegenteil davon – wenn Selbst und Erfahrung kongruent sind – wäre, „wenn also Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden . . .“ (Rogers, 2009, S. 38). Sollte sich dies bei allen Selbsterfahrungen abspielen, würde man von einer ‚fully functioning person‘ sprechen. Diese Person wäre, laut Rogers, psychisch völlig gesund, da sie in absoluter Übereinstimmung mit sich selber wäre (Rogers, 2009, S. 38).

3.5. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Die Diskussion um differenzielle Vorgehensweisen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie ist einer der wichtigsten, mit der sie sich gegenwärtig konfrontiert sieht (Hutterer, 2005, S. 3). Ein kurzer Abriss über diese Diskussion erweist sich deshalb und auch aus den folgenden zwei Gründen für diese Arbeit als bedeutend:

1. Die Personenzentrierte Spieltherapie nach Virginia Axline kann schon als eine differenzielle Vorgehensweise betrachtet werden, da sie Rogers' Beratungsprinzipien auf die Therapie mit Kindern umlegte.

Damit verbunden war einmal eine Differenzierung entwicklungspsychologischer Phasen (Kinder versus Erwachsene) sowie eine differenzielle Praxis hinsichtlich der Symbolisierung und des Ausdrucks psychischer Inhalte: die Mittel des kindlichen Spiels in der Kindertherapie im Unterschied zur Förderung des freien verbalen Ausdrucks in der Erwachsenentherapie. (Hutterer, 2005, S. 6)

2. Auch innerhalb der Personenzentrierten (Spiel-) Psychotherapie mit Erwachsenen und Kindern mit geistiger Behinderung wird überwiegend differenziell vorgegangen, jedoch die Personenzentrierte Grundhaltung (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) beibehalten.

Die Integration von Methoden und Ansätzen aus anderen Therapieschulen ist aus mehreren Gründen umstritten, jedoch hauptsächlich weil der Verlust der Personenzentrierten Identität befürchtet wird (Gutberlet, 2008, S. 45ff).

Auf der einen Seite vertritt die orthodoxe Position die Auffassung, „dass der selbstexplorative Prozess in jedem Fall stattfinden wird, wenn die Kernbedingungen (Rogers, 1957) gegeben sind, die Therapeutenperson also eine hinreichend gute personenzentrierte Beziehung anbietet“ (Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009, S. 22). Eine direktive Vorgehensweise würde aus dieser Sicht eine Anzweiflung der Aktualisierungstendenz bedeuten. Auf der anderen Seite ist die integrative Position der Meinung, „dass bestimmte lenkende Vorgehensweisen wertvolle Entwicklungsschritte einleiten können, ohne das Paradigma der selbstgesteuerten Veränderung grundlegend zu verletzen. Die Therapeutenperson bewegt sich deutlich auf personenzentriertem Boden und wendet dabei sehr bewusst und sparsam prozess-aktivierende Interventionen an . . . “ (Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009, S. 22).

Gutberlet (2008) vertritt die Ansicht, dass Therapeuten aufgrund der Integration anderer Methoden ihre Personenzentrierte Identität nicht verlieren müssen. Dabei stellt er jedoch die Bedingung auf, dass der Therapeut aus seinen eigenen Erfahrungen und Überzeugungen heraus die drei Kern-Bedingungen, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz als primäre Wirkfaktoren anerkennen muss (S. 47). Weiters merkt er an, dass differenzielle Vorgehensweisen insofern integriert werden können als der Therapeut dem Klienten als Begleiter auf *seinem* Weg zu *seinen* Zielen zur Verfügung steht, und nicht durch die Anwendung anderer Techniken „zu den Zielen einer Theorie oder einer gesellschaftlichen Norm . . . “ (s. 53) führt.

3.5.1. Rogers und differenzielle Vorgehensweisen

Rogers nahm eine antidogmatische Haltung ein, die sich in mehreren Bereichen zeigte. Zum einen war er offen für andere Schulen, da er die Auffassung vertrat, dass deren Methoden bzw. Techniken einen Kommunikationskanal für den Personenzentrierten Ansatz präsentieren könnten. Zum anderen war er in seiner Position als Psychotherapieforscher weniger daran interessiert, den Personenzentrierten Ansatz zu schützen, als eine objektiv wirksame Therapie für Klienten zu finden. Er betrachtete seinen Ansatz weder als perfekt, noch als vollkommen. Rogers war von dem Prinzip überzeugt, dass Therapeuten aus ihren Erfahrungen heraus ihren eigenen Stil entwickeln sollten, anstatt sich von Autoritätspersonen leiten zu lassen. Dies deutet ebenfalls auf eine antidogmatische Einstellung seinerseits hin (Hutterer, 1993, S. 275f). Diese antidogmatische Einstellung und die daraus resultierende Offenheit der Personenzentrierten Psychotherapie hat jedoch zur Folge, dass die Annahme besteht, alles tun zu können: „This [openness to new insights] can be, and frequently is, misunderstood as licence to do anything“ (Hutterer, 1993, S. 275)

Obwohl Rogers eine antidogmatische Einstellung vertrat und offen für Neues im Sinne der Forschung war, vertrat er die Auffassung, dass die therapeutischen Prinzipien der Personenzentrierten Psychotherapie, die er formulierte, bei allen Menschen anwendbar seien. Dies zeichnete, seiner Auffassung nach, die Personenzentrierte Psychotherapie aus (Hutterer, 2005, S. 2).

In seinem Buch ‚Die nicht-direktive Beratung‘ weist er jedoch schon ansatzweise auf differenzielle Strategien in Bezug auf Menschen hin, die nicht freiwillig eine Therapie eingehen: „Wenn der Klient sich so vollkommen widerstrebend gibt . . . dann bedarf es eines gewissen Prozentsatzes an neutraler Unterhaltung, um das Schweigen nicht zu lange und zu peinlich werden zu lassen“ (Rogers, 2007¹², S. 147).

In einem Projekt, das unter dem Namen ‚Wisconsin-Projekt‘ lief, wurde mit schizophrenen Klienten gearbeitet. Die Ergebnisse dieses Projekts stellten sich nicht so erfolgreich heraus, wie erwartet. Die Folgen, die sich aus diesem Projekt und aus Rogers‘ Erfahrungen mit unmotivierten Klienten ergaben, waren folgende: „daß die Arbeit mit Personen, die keine Hilfe wollen, sich von der psychotherapeutischen Arbeit deutlich unterscheidet, und [dass] wir dieser Auffassung entsprechende Konzepte, Theorien und Techniken entwickeln“ (Rogers, 2001¹⁶, S. 196) müssen. Aus dieser Schlussfolgerung lässt sich darauf

schließen, dass Rogers, zumindest in Bezug auf unmotivierte Klienten, alternativen Theorien und Überlegungen nicht abgeneigt war (Hutterer, 2005, S. 4).

Als therapeutisch bezeichnete Rogers alle Arten von Reaktionen des Therapeuten, also auch dessen Verhaltensweisen und Techniken, solange diese von den drei Kern-Bedingungen geprägt sind. In seinem Buch ‚Therapeut und Klient‘ deutet Rogers in Bezug auf differenzielle Aktivitäten darauf hin, dass besonders die Echtheit des Therapeuten in der Therapie ihren Erfolg ausmacht. „Eine Schlussfolgerung, die häufig daraus gezogen wurde, war: Technik und konkretes Verhalten sind sekundär gegenüber Einstellungen“ (Hutterer, 2005, S. 4). Diese Schlussfolgerung führte einerseits zu der Auffassung, dass die drei Kern-Bedingungen durch ein größeres Spektrum an Verhaltensweisen seitens des Therapeuten vermittelt werden könnten, und andererseits – und diese Konklusion formulierte Rogers selber – dass „das Kriterium für die therapeutische Qualität und Funktion einer Technik oder Verhaltensweise . . . darin [liegt], inwieweit sie als Kommunikationskanal für die Vermittlung und Implementierung der klientenzentrierten Haltungen (core conditions) dienen könne“ (Hutterer, 2005, S. 4).

Rogers war sich zu seiner Zeit dem Problem differenzieller Vorgehensweisen innerhalb der therapeutischen Praxis bewusst, reflektierte und untersuchte dies jedoch nicht systematisch. Aufgrund dessen sind seine mehrdeutigen Aussagen diesbezüglich in verschiedenster Art zu interpretieren (Hutterer, 2005, S. 5).

3.5.2. Die Entwicklung differenzieller Vorgehensweisen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie

Therapeuten zeigten sich nach Rogers’ Tod immer unzufriedener mit der klassischen Personenzentrierten Psychotherapie und bekittelten teilweise, dass die klassische Personenzentrierte Psychotherapie in der Praxis keinen Erfolg ergeben würde (Hutterer, 1993, S. 274; Hutterer, 2005, S. 2). Außerdem verbreitete sich das Personenzentrierte Konzept von Rogers schnell und auf vielen verschiedenen Gebieten. „Diese Verbreitung verlief international, interkulturell und interprofessionell“ (Hutterer, 2005, S. 5). Die Anwendung fand bei neuen Klienten, auf neuen Feldern und in verschiedenen Berufsgruppen Anklang. Aus den verschiedenen Erfahrungen, die in diesen neuen Arbeitsfeldern und in der Arbeit mit

unterschiedlichen Klientengruppen gesammelt wurden, entwickelten sich neue theoretische Erkenntnisse, Konzeptbildungen und methodische Arbeitsweisen. „Ausgehend von dieser Perspektive, kann man differenzielle Konzepte als Ergebnis einer Erfahrungsbildung und Sozialisation in einem bestimmten kulturellen und beruflichen Setting charakterisieren, die unter Wahrung der individuellen Eigenart (Lerngeschichte) von Therapeutinnen und Therapeuten entwickelt wurden“ (Hutterer, 2005, S. 6).

Hutterer (2005) verweist auf die Tatsache, dass die Erwägung differenzieller Vorgehensweisen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes sich unter anderem auch aus „Erfahrungen einer Grenze in der therapeutischen Arbeit“ (S. 7) bzw. schwierigen Therapiesituationen ergeben haben. Therapeuten sind einmal mehr, einmal weniger imstande, die Personenzentrierten Bedingungen innerhalb der Therapie zu realisieren. Differenzielle Vorgehensweisen bzw. Interventionen können den Mangel bei dieser Realisierung ausgleichen. „Diese Einschränkungen können temporär, persönlichkeitsbedingt oder auch erfahrungsbedingt sein“ (Hutterer, 2005, S. 12). Sollte dies jedoch einen Dauerzustand darstellen, könnten Defizite in Ausbildung bzw. Missverständnisse des Personenzentrierten Konzepts dafür verantwortlich sein. Von diesem Blickwinkel aus betrachtet, könnten differenzielle Vorgehensweisen ein Ergebnis von Missverständnissen bezüglich des Personenzentrierten Ansatzes darstellen.

Der in diesem Fall sinnvolle Vorschlag, explizit ‚differenzielle Konzepte‘ zur Kompensation bestimmter Mängel oder einseitiger Berufssozialisation zu entwickeln, entbehrt nicht einer gewissen Ironie (nach dem Motto: ‚Klientenzentrierte Psychotherapie for Dummies‘ – differenzielle Strategien für Psychologen/Mediziner/Pädagogen, die das klientenzentrierte Konzept nie richtig verstanden haben!). (Hutterer, 2005, S. 12)

Die Effektivität spielt im Zusammenhang mit der Entwicklung differenzieller Vorgehensweisen auch eine bedeutende Rolle. „Das implizite Thema elaborierten differenziellen Konzepten scheint höhere Effektivität für viele Klienten zu sein“ (Hutterer, 2005, S. 7). Der Kosten-Nutzen-Druck und Technologie-Anspruch, der sich durch epochale Veränderungen ergeben hat, hat zur Folge, dass besonders Personenzentrierte

Psychotherapieformen unter Spannung geraten sind (Hutterer, 2005, S. 1). Der Druck, erfolgreich sein zu müssen, verleitet viele Therapeuten dazu, ihren Blick ausschließlich auf die Effektivität der Therapie zu beschränken. Dieser beschränkte Blick ist jedoch schwierig mit den Personenzentrierten Prinzipien zu koppeln (Hutterer, 1993, S. 279). „Die Vorstellung von Wirksamkeit beschränkt sich meist auf deutliche Erlebens- und Verhaltensänderungen und auf eine Symptomreduktion bei kürzerer Therapiedauer“ (Hutterer, 2005, S. 7). Diese Gedanken haben jedoch wenig mit den Grundgedanken des Personenzentrierten Ansatzes gemeinsam.

Hutterer (2005) fasst die wesentlichen Gründe für die Entwicklung differentieller Vorgehensweisen folgenderweise zusammen:

Die vielschichtigen Anforderungen der therapeutischen Praxis, die Vielfalt von Bedingungen und Voraussetzungen, die Konfrontation mit jeweils neuen Störungsbildern und überraschenden Symptomen, die individuellen Eigenarten der Klienten in ihrer Ausdrucksweise und speziell auch die therapeutischen Misserfolge und Therapieabbrüche zwangen zu einer ‚unterscheidenden Anpassung‘. Die differenzielle Praxis, die so entstand, war selten genug das Ergebnis einer reflektierten Anwendung eines wohlverstandenen klientenzentrierten Therapiekonzepts auf neue praktische Anforderungen. (S. 2)

3.5.3. Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie

„Die störungsspezifische Perspektive ist als Fortführung von Konzepten einer differenziellen Personenzentrierten Psychotherapie zu sehen . . .“ (Finke & Teusch, 2002, S. 150) und stellt ein therapeutisches Vorgehen dar, das sich systematisch auf die Störungen der Klienten ausrichtet (Finke & Teusch, 2002, S. 147).

Der Hintergedanke dieses störungsspezifischen Ansatzes ist die Annahme, dass die Interaktion des Klienten mit seinen Beschwerden eine Eigengesetzlichkeit angenommen hat, die es anhand des Störungswissens des Therapeuten besser zu verstehen und gezielt zu erfassen gilt. „Dabei wird aber eine ganzheitliche Perspektive insofern nicht aufgegeben, als

der Klient keineswegs als ein nur mit bestimmten Symptomen Behafteter gesehen wird“ (Finke & Teusch, 2002, S. 148).

Rogers ging in seiner Theorie der inkongruenten Person davon aus, dass organismische Erfahrungen, die das Selbstkonzept bedrohen, nur verzerrt oder gar nicht symbolisiert werden und infolgedessen auch nur verzerrt oder nicht in das Selbstkonzept integriert werden können. „Die störungsspezifische Perspektive legt nahe, die Art der nicht oder verzerrt symbolisierten Aspekte auch störungs- bzw. persönlichkeitsabhängig zu sehen“ (Finke & Teusch, 2002, S. 149). Aufgrund dessen wird jedem Störungsbild ein bestimmtes Persönlichkeitsbild zugeschrieben, nach dem sich ein Therapiekonzept ausrichtet, „das den jeweiligen störungs- und persönlichkeitsstypischen Merkmalen systematisch zu entsprechen sucht“ (Finke & Teusch, 2002, S. 149). Dabei bilden die von Rogers formulierten Basisvariablen – von Finke durch die Bezeichnung ‚Therapieprinzipien‘ ersetzt – Akzeptanz, Empathie und Kongruenz die Grundlage störungsspezifischer Interventionen (Biermann-Ratjen, 2006c, S. 449).

Die störungsspezifische Perspektive wird innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie kritisch betrachtet, da befürchtet wird, dass „das Individuum hinter den Typus verschwinden könnte und dass der im Schematismus des therapeutischen Handelns befangene Therapeut der Einmaligkeit des Individuums nicht mehr gerecht würde“ (Finke & Teusch, 2002, S. 152). Dies ist jedoch mit den humanistischen Überzeugungen und Rogers’ Anliegen nicht vereinbar. Rogers befürchtete, dass der Therapeut aufgrund einer diagnosegeleiteten Therapietechnik die therapeutische Grundhaltung und ihre Grundeinstellung in der Begegnung mit dem Klienten vernachlässigen könnte (Finke & Teusch, 2002, S. 152). Finke & Teusch (2002) gehen jedoch davon aus, dass selbst Rogers, der durch seine Ausbildungen ein gewisses Störungswissen besaß, seine vielen therapeutischen Erfahrungen in sein therapeutisches Verhalten miteinfließen ließ (S. 149f).

Weiters vertreten Finke und Teusch (2002) die Auffassung, dass sich therapeutische Interventionen – auch innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie – auf die störungs- und persönlichkeitsbedingten Besonderheiten der Klienten abstimmen sollten. Sie meinen, dass ein empathisches, einführendes Verstehen nur dann von Seiten des Therapeuten gegeben sein kann bzw. gefördert wird, wenn dieser ein Störungswissen besitzt, das die Eigenarten des Klienten erklärt (S. 150). Einer störungsspezifischen Perspektive liegt demzufolge eine stärkere Direktivität zugrunde, da das „therapeutische Vorgehen detaillierter konzeptualisiert und damit zielorientierter und strukturierter wird“ (Finke & Teusch, 2002, S. 151).

Bezugnehmend auf Menschen mit geistiger Behinderung, betrachtet Zinschitz (2002) das Wissen um eine bestimmte Störung, in dem Fall das Wissen um eine Behinderung, auch als wichtig. „Dieses Wissen trägt nicht unbedingt zu einer Verstärkung meiner Vorurteile oder meiner Erwartungen bezüglich eines Menschen bei . . ., sondern es verstärkt mein empathisches Verstehen, meine Fähigkeit den innerpsychischen Bezugsrahmen des Einzelnen zu verstehen“ (S. 360). Auch Wollmann (1996) spricht sich in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung für eine Diagnostik und ein Störungswissen aus (S. 229). Finke und Teusch (2002) sind der Meinung, dass ein sogenanntes ‚Vor-Wissen‘ von bestimmten Störungen bzw. Behinderungen den verstehenden Zugang zum Klienten gerade dann erleichtern kann, wenn dessen Verhalten anfangs unverständlich für den Therapeuten ist, was bei Menschen mit geistiger Behinderung oft der Fall ist (S. 154).

Für eine störungsspezifische Perspektive spricht, dass am Anfang einer Therapie, Klienten meist über ihre Symptome und Beschwerden berichten und der Therapeut zunächst auf diese Gespräche eingehen muss. „In Übereinstimmung mit dem hier beschriebenen Ansatz liegt es natürlich auch im Verständnis der Personzentrierten Therapie, die Ebene der Störung sodann auf die Lebensthematik und Persönlichkeitsproblematik des Patienten hin zu übersteigen“ (Finke & Teusch, 2002, S. 159).

Pörtner (2002) hingegen vertritt die orthodoxe Sichtweise des Personenzentrierten Ansatzes, die sich von einem diagnostischen bzw. Störungswissen distanziert. „Der ausschließlich diagnostische Blick, der immerzu die Defizite im Auge hat, trübt den Blick auf das, was behinderte Menschen können, und legt sie allzu sehr auf das fest, was sie nicht können“ (S. 518). Weiters merkt sie an, dass herkömmliche diagnostische Kategorien bei Menschen mit geistiger Behinderung nur bedingt anwendbar sind und der Vorteil der Personenzentrierten Psychotherapie aufgrund dessen gerade in ihrem Bemühen liegt, „*die subjektive Welt des Klienten zu verstehen*“ (S. 517).

Finke und Teusch (2002) meinen bezugnehmend auf Rogers’ Befürchtung vor diagnosegeleitenden Interventionen, dass die vorgegebenen Leitlinien „lediglich Spielräume für ein mögliches Handeln eröffnen. So soll auch nicht die Einmaligkeit des individuellen Klienten unberücksichtigt bleiben“ (S. 160).

3.6. Personenzentrierte Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Wie schon aufgezeigt wurde, sind therapeutische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung Mangelware. Ebenso verhält es sich innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie.

Badelt (1990; 1994) und Pörtner (2002) weisen auf die Tatsache hin, dass die therapeutische Arbeit mit dieser Personengruppe unter ihren Kollegen nicht üblich sei bzw. noch in ihren Anfängen steckt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass noch immer die Meinung vorherrscht, Menschen mit geistiger Behinderung seien nicht therapierbar, und zwar aus den Gründen, die schon aufgelistet wurden (psychische Störungen erscheinen als Folge ihrer Behinderung, beeinträchtigte Sprach- und Ausdrucksfähigkeit, fehlende Einsichtsfähigkeit, Unfähigkeit zu Leiden etc.).

„Inzwischen hat sich gezeigt, dass die scheinbaren Grenzen dieser KlientInnen eigentlich die Grenzen der Psychotherapie oder der in diesem Bereich tätigen Menschen sind“ (Zinschitz, 2002, S. 377).

3.6.1. Rogers und die Bedeutung von Intelligenz für die Personenzentrierte Psychotherapie

Ein weiterer Grund für die Annahme, Menschen mit geistiger Behinderung seien nicht therapierbar, hängt mit ihren intellektuellen Defiziten zusammen (Badelt, 1994, S. 141).

Bereits Rogers (2007¹²) ging in seinem Buch ‚Die nicht-direktive Beratung‘ davon aus, dass die Personenzentrierte Psychotherapie bei bestimmten Personengruppen nicht so viel Erfolg haben würde, wie bei anderen. Unter anderem zählte er Menschen dazu, deren intellektuelle Fähigkeiten sich nicht im Normalbereich befinden: „Liegt die Intelligenz eines Individuums auf der untersten Stufe, so kommt es nur selten für eine psychotherapeutische Behandlung in Frage“ (S. 74). Dabei verwies Rogers (2007¹²) auf eine Studie von Healy und Bronner, die einen Zusammenhang zwischen Intelligenz und Therapieergebnis aufweisen konnten. Die Ergebnisse dieser Studie sollten jedoch, laut Healy und Bronner, vorsichtig interpretiert werden, da „ungünstige Resultate auch auf die Begleitumstände und weniger auf die niedrige Intelligenzstufe zurückzuführen sind“ (S. 74). Trotzdem fügte Rogers hinzu, dass bei dieser

Personengruppe sorgfältig darüber nachgedacht werden sollte, ob eine Beratung der richtige Behandlungsansatz sei.

Weitere Hinweise, die auf Rogers' Bedenken bezüglich einer therapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung deuten, lassen sich in demselben Buch unter den Bedingungen finden, die Rogers (2007¹²) für eine Beratung oder Psychotherapie voraussetzte:

2. Das Individuum verfügt über einige Kapazität, sich dem Leben zu stellen. Es besitzt in angemessenem Umfang die Fähigkeit und Stabilität, eine gewisse Kontrolle über die Elemente seiner Situation auszuüben. . . .
5. Das Individuum ist emotionell oder räumlich in angemessenem Umfang von familiärer Kontrolle unabhängig. . . .
7. Es besitzt eine angemessene Intelligenz, um es mit seiner Lebenssituation aufnehmen zu können. (S. 76)

Einer der Ursachen für das Vorkommen psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung wird unter anderem in der mangelnden Selbstbestimmung und Abhängigkeit von deren Bezugspersonen vermutet. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass eine Mehrheit von Menschen mit geistiger Behinderung keine angemessene Kontrolle über ihre Situation ausüben können. In diesem Zusammenhang besteht auch eine geringe Chance, dass Menschen mit geistiger Behinderung – besonders mit einer schweren geistigen Behinderung – emotional und räumlich unabhängig von ihrer Familie oder ihren Bezugspersonen sind. Ebenfalls bekannt ist die Tatsache, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer geringen Selbstbestimmung und der (teilweise) erhöhten Überbehütung seitens ihrer Bezugspersonen in schwierigen oder krisenhaften Situationen nicht in der Lage sind, eigene Lösungsstrategien zu entwickeln. Insofern kann auch Rogers' siebente Bedingung nicht erfüllt werden, also – auch wenn es mehr an der Überbehütung als an der mangelnden Intelligenz liegen könnte – die adäquate Aufnahme dieses Personenkreises mit der eigenen Lebenssituation.

In seinem Werk ‚Die nicht-direktive Beratung‘ schließt Rogers (2007¹²) dieses Thema mit folgenden Worten ab: „Geistig defekte Individuen sind . . . ungeeignete Kandidaten für die Beratung, da sie ganz offenkundig den festgesetzten Kriterien nicht entsprechen“ (S. 79). Er deutet jedoch noch darauf hin, „daß es für jede generelle Behauptung Ausnahmen gibt . . .“ (S. 79).

In seinem späteren Werk, ‚Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie‘, kommt Rogers (2005¹⁷) noch einmal auf die Bedingungen bzw. Kriterien zu sprechen, die er im vorigen Buch aufgestellt hatte:

Diese Liste von Kriterien erwies sich als in keiner Weise hilfreich; nicht so sehr, weil sie falsch war (obwohl die Punkte 5 und 8 fortgesetzt widerlegt wurden), sondern weil sie bei dem in der Ausbildung befindlichen Berater eine wertende, diagnostizierende Geisteshaltung hervorrief, die nicht von Vorteil ist. (S. 214)

Rogers (2005¹⁷) verwies auf die Tatsache, dass das Material in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung und Verbrechern zur damaligen Zeit nicht ausreichend war und dass er diese Tatsache bedauere (S. 213). Aufgrund dieser Gegebenheiten distanzierte er sich von den im ersten Buch aufgelisteten Kriterien und kam zu dem Ergebnis, dass die Personenzentrierte Psychotherapie gewissermaßen an allen Personen anwendbar ist. „Wir sind der Ansicht, daß der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt“ (S. 214).

3.6.2. Die Beziehungsgestaltung in der Personenzentrierten Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung erfahren im Alltag sehr selten Beziehungen, die auf Empathie und bedingungslose Wertschätzung gründen.

Die Art, wie sie ihre Gefühle ausdrücken, ist für ‚normale‘ Menschen oft unverständlich bzw. nicht nachvollziehbar. Geht man also von der Definition aus, empathisches bzw. einführendes

Verstehen bedeutet, die innere Gefühlswelt der Person und deren inneren Bezugsrahmen zu verstehen, ist das Erleben von Empathie im Fall von Menschen mit geistiger Behinderung kein alltägliches.

Menschen mit geistiger Behinderung erleben meist von Geburt an, dass sie, so wie sie sind, nicht akzeptiert, also auch nicht bedingungslos wertgeschätzt werden. „In der Erziehung geistig behinderter Kinder wird im allgemeinen – wenn auch unabsichtlich – mehr die Inkongruenz als die Kongruenz gefördert“ (Pörtner, 1996a, S. 80).

Der Fokus der meisten Interventionen und Therapien bei Menschen mit geistiger Behinderung richtet sich auf deren fehlende oder beeinträchtigte Funktionen. „So erleben diese Kinder, wie ein Teil ihrer Seinsweise zwar viel Aufmerksamkeit bekommt, aber nicht akzeptiert wird, und sie beginnen zu glauben, dass sie als Ganzes gemeint sind“ (Zinschitz, 2002, S. 364).

Aus diesen Gründen ist gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung eine Beziehung, die auf Empathie und Akzeptanz basiert, in welcher der Interaktionspartner eine nicht-wertende Haltung einnimmt, von großer Bedeutung (Pörtner, 2002, S. 515).

3.6.2.1. Die Kommunikation als Herausforderung der Empathiefähigkeit

In der Personenzentrierten Psychotherapie mit Erwachsenen gilt das Wort als zentrales Medium, „welches das Bemühen um ein einführendes Verstehen verkörpert und den therapeutischen Prozeß trägt“ (Blasel, 1990, S. 120). Dabei stellt sich dies in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung als besondere Herausforderung heraus, da sie in ihren sprachlichen Fähigkeiten meist beeinträchtigt sind oder diese gar nicht erst vorhanden sind (Pörtner, 2002, S. 518).

Ein weiteres Problem, das sich in diesem Zusammenhang ergibt ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht daran gewöhnt sind, über sich oder ihre Gefühle zu sprechen. Das, was sie erzählen, haben sie meist in ihrem sozialen Umfeld aufgegriffen. „Diese ‚Fertigsätze‘ haben meist wenig oder nur sehr indirekt mit ihrem Erleben zu tun . . .“ (Pörtner, 2002, S. 519).

Dieses Problem ist die Folge mehrerer Begebenheiten. In den verschiedenen Therapien, die Menschen mit geistiger Behinderung schon von früher Kindheit an durchlaufen, werden ihre Bedürfnisse und Grenzen gewöhnlich nicht wahrgenommen bzw. nicht respektiert und infolgedessen missachtet. Aus diesem Grund entwickeln sie wenig Selbstrespekt und eine mangelnde Wahrnehmung ihrer eigenen Bedürfnisse und Grenzen. „Sie lernen auch nicht, ihre eigenen Gefühle ernst zu nehmen, und spalten Teile ihres Selbst ab . . .“ (Zinschitz, 2002, S. 364). Ein weiterer Grund dafür ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung ihre Behinderung bzw. ihr Anderssein häufig als Unzulänglichkeit seitens ihrer sozialen Umwelt vermittelt bekommen. Aus diesem Grund passen sie sich an und versuchen möglichst normal zu wirken. „So erwerben sie allmählich Masken, die dann ein Teil von ihnen werden. Die Umwelt reagiert positiv auf diese Anpassung und so ist es schwer, hinter diesen Masken ihr wirkliches Wesen mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu erkennen“ (Badelt, 1994, S. 144). Dieses Anpassungsverhalten hat zur Folge, dass sie ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht wahrnehmen und ihr Ich-Gefühl noch mehr geschwächt wird, als es ohnehin schon ist (Pörtner, 1996a, S. 81).

Trotz der vorhandenen Sprachstörung bzw. der fehlenden Sprachfähigkeit oder der ungewohnten und seltsamen Ausdrucksweisen, ist Personenzentrierte Psychotherapie möglich. Für den Therapeuten stellt dies eine besondere Herausforderung dar, unter der er eine therapeutische Beziehung zum Klienten aufbauen muss (Blasel, 1990, S. 120). Entscheidend ist, dass der Therapeut dem Klienten eine Atmosphäre emotionaler Sicherheit bietet. Dies kann er dadurch erreichen, indem er „eine stimmige Kommunikation gleichwertiger Partner“ (Blasel, 1990, S. 123) innerhalb der Therapie anbietet. Dabei ist es wichtig, jeden körperlichen oder verbalen Ausdruck des Klienten als individuelle, für ihn sinnvolle, subjektive Botschaft zu erfassen. „Warum soll der geistig behinderte Mensch erst den Beweis erbringen, daß sein Handeln sinnvoll ist, bevor wir es ihm glauben?“ (Blasel, 1990, S. 121). Das Handeln wird in diesem Zusammenhang in der Therapie als primäres Kommunikationsmittel verwendet (Blasel, 1990, S. 125).

Wenn wir also in der Psychotherapie Menschen begegnen, die wir als anders erleben und die uns deshalb als schwer verständlich erscheinen, werden wir mit unseren eigenen Grenzen konfrontiert. Es ist wichtig, das zu wissen, damit wir unsere daraus entstehende Angst verstehen können. Erst wenn es uns gelingt, diese Grenzen zu überwinden, wird Verstehen im Sinne von Präsent-Sein möglich, und uns unser Wissen und unser Spüren und Fühlen verhelfen uns zu empathischem Verständnis. (Zinschitz, 2002, S. 363)

3.6.2.2. Die Annahme einer Aktualisierungstendenz als Möglichkeit zur Selbstbestimmung

Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes geht von einer (Aktualisierungs-) Tendenz im Menschen aus, die ihn dazu befähigt, sich zu erhalten oder zu fördern bzw. weiterzuentwickeln. Die Annahme einer Aktualisierungstendenz besteht auch bei Menschen, die von einer Behinderung beeinträchtigt werden (Blasel, 1990, S. 118; Zinschitz, 2002, S. 366). „Dieses Konzept der Aktualisierungstendenz schafft Raum für jegliche Art von Entwicklung“ (Zinschitz, 2002, S. 366).

Es ist jedoch eine Tatsache, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung die Annahme einer Aktualisierungstendenz oft auf Seiten der Bezugspersonen oder auch bei Fachleuten nicht gegeben ist (Zinschitz, 1997, S. 123). Infolge dessen wird ihnen auch die Fähigkeit, eigene Entscheidungen treffen zu können, nicht zugetraut. Entscheidungen werden von Geburt an für sie gefällt, in der Annahme, andere wüssten besser, was für sie gut ist. „Am Anfang geschieht dies in erster Linie, da Eltern und Betreuer noch auf eine Verbesserung der beeinträchtigten Fähigkeiten hoffen, später, da sie nicht an die Selbstständigkeit der Betroffenen glauben“ (Zinschitz, 2002, S. 364). Die Folgen, die sich daraus ergeben, sind unter anderem fehlende Lösungsstrategien und das Gefühl von Hilflosigkeit in schwierigen oder konflikthaften Situationen (Zinschitz, 1997, S. 122).

Im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung, traut der Therapeut – aufgrund der Annahme einer Aktualisierungstendenz – dem Klienten zu, eigene Entscheidungen treffen zu können und fördert dies auch (Wollmann, 1996, S. 230). In der Praxis zeigt sich das, indem der Therapeut den Klienten so wenig wie möglich bei seinen Handlungen einschränkt und ihm die Rolle eines aktiv gestaltenden Subjekts anvertraut (Blasel, 1990, S. 123f).

In der Personenzentrierten Psychotherapie erleben Menschen mit geistiger Behinderung also vielleicht zum ersten Mal, dass ihnen die Fähigkeit zugesprochen wird, selbst entscheiden zu können, also selbstbestimmt zu sein. „Wenn man daran denkt, was . . . für Abhängigkeiten und Fremdbestimmtheit im Leben von geistig behinderten Menschen [herrschen] . . ., so wirkt dieser Satz doch geradezu revolutionär: Der geistig behinderte Mensch entscheidet selbst“ (Wollmann, 1996, S. 229f).

In diesem Zusammenhang wäre es auch von großer Bedeutung, dass die Bezugspersonen der Klienten dieses Vertrauen in sie haben würden (Wollmann, 1996, S. 233). Aus diesem Grund ist eine Arbeit mit den Bezugspersonen, gerade bei dieser Personengruppe, sehr wünschenswert.

3.6.2.3. *Bezugspersonenarbeit*

Eine Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen im Rahmen einer Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung ist wichtig.

Menschen mit geistiger Behinderung haben oft Schwierigkeiten, Erlebnisse, die sie in der Therapiestunde machen, auf den Alltag zu übertragen (Pörtner, 2002, S. 522). Die Bezugspersonen können demzufolge eine Stütze dabei sein, damit sich Entwicklungsschritte auch außerhalb der Therapie vollziehen können. Meist werden Verhaltensweisen, die sich aus diesen Entwicklungsschritten ergeben, als störend von den Bezugspersonen wahrgenommen. Wenn sie jedoch erkennen, dass dies eine positive Entwicklung bedeutet, „können sie angemessener darauf reagieren“ (Pörtner, 2002, S. 522). Häufig vollziehen sich Entwicklungen außerhalb der Therapie. Auch deshalb ist ein Austausch mit den Bezugspersonen von Vorteil (Pörtner, 2002, S. 523).

3.6.3. Die Prä-Therapie nach Prouty

Aus den schon erwähnten besonderen Gegebenheiten, die sich in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ergeben, deutet Zinschitz (1997) an, „daß wir zu unkonventionellen Mitteln greifen müssen, um empathisch sein zu können“ (S. 124). Auch

Pörtner (2002) nimmt auf dieses Thema Bezug. Sie ist der Auffassung, dass der Personenzentrierte Ansatz zwar den Anforderungen, die sich in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ergeben, gerecht wird, dass jedoch „klientenzentrierte Therapeuten die gewohnte Arbeitsweise nicht einfach eins zu eins übertragen [können]. Sie müssen sich Gedanken machen über unterschiedliche Voraussetzungen und Gewichtungen und darüber, wie sie ihr therapeutisches Handeln entsprechend abwandeln können, ohne die personenzentrierten Grundlagen aufzugeben“ (S. 515).

Der Aufbau eines psychologischen Kontakts zwischen Therapeut und Klient stellt sich aufgrund der schon erwähnten sprachlichen und intellektuellen Beeinträchtigungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als schwierig heraus. Rogers' erste Bedingung für eine Therapie war jedoch der psychologische Kontakt, den es herzustellen gilt. Die sprachlichen und intellektuellen Hürden sind jedoch nicht die einzigen Gründe für einen erschwerten psychologischen Kontaktaufbau. Menschen mit geistiger Behinderung kommen häufig auf Wunsch ihrer Bezugspersonen zur Therapie, also nicht freiwillig, und müssen deshalb motiviert werden, selbst eine Therapie zu wollen (Badelt, 1994, S. 145).

Das Konzept der Prä-Therapie, das Prouty, ein amerikanischer Psychologe, entwickelt hat, ermöglicht einen solchen Kontakt herzustellen (Pörtner, 1996b, S. 216). Die Prä-Therapie stellt eine Erweiterung des Personenzentrierten Konzepts dar (Prouty, 1998, S. 39), kann also auch zu den differenziellen Vorgehensweisen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie zugeordnet werden.

3.6.3.1. Die Entwicklung der Prä-Therapie

Drei einschneidende Erlebnisse in Prouty's Leben prägten die Entwicklung der Prä-Therapie. Erstens hatte Prouty einen Bruder mit geistiger Behinderung, der zunächst sehr isoliert innerhalb der Familie, und später in einem Heim aufwuchs. Zweitens machte er seine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie und drittens arbeitete er in einer Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen (Pörtner, 1996b, S. 216; Prouty, 1998, S. 24; Zinschitz, 2001, S. 45). „Ohne bewußte Absicht habe ich diese drei Elemente miteinander verbunden und daraus die Prä-Therapie entwickelt. Für mich hat sich das ganz natürlich ergeben, und ich habe keinen Unterschied zur klassischen

klientenzentrierten Psychotherapie gesehen“ (Prouty, 1998, S. 24). Seine Studenten und auch Gendlin, ein weiterer Vertreter der Personenzentrierten Psychotherapie und Prouty's Lehrer, waren jedoch anderer Auffassung. Für sie waren seine Handlungen nicht klassisch personenzentriert. Aus diesem Grund setzte er sich intensiver mit seiner Vorgehensweise bei dieser Personengruppe auseinander und schrieb diese auch nieder (Prouty, 1998, S. 24). Rogers zeigte anfangs kein Interesse an Prouty's Arbeit, da er mit diesen Klienten nicht arbeitete. Als er Prouty jedoch nach einem seiner Vorträge persönlich begegnete, meinte er: „Sie haben den Buddha getötet“ (Prouty, 1998, S. 26) und dass er sich nicht einschüchtern lassen solle.

3.6.3.2. *Die Wiederherstellung der Kontaktfunktionen*

Der psychologische Kontakt, der für Rogers die erste Bedingung für eine Therapie darstellte, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht immer gegeben. „Rogers hatte diese Bedingung zwar formuliert, aber völlig offen gelassen, wie dieser Kontakt, falls nicht vorhanden, herzustellen sei“ (Zinschitz, 2001, S. 45).

In der Psychotherapie wird hauptsächlich mit relevanten symbolischen Bedeutungen gearbeitet. Die Prä-Therapie wendet sich jedoch „dem konkreten, wahrnehmbaren, unmittelbaren Erleben . . .“ (Prouty, 1998, S. 28) zu. Die Prä-Therapie dient der Wiederherstellung von Kontaktfunktionen, die auf drei Ebenen unterteilt werden: „die *Kontaktreflexionen* (des Therapeuten), die *Kontaktfunktionen* (des Klienten) und das *Kontaktverhalten* . . .“ (Zinschitz, 2001, S. 46).

„Kontaktreflexionen“ werden seitens des Therapeuten angeboten, wenn zu wenig psychologischer Kontakt vorhanden ist. „Kontaktreflexionen wiederholen genau und konkret, was bei den Klienten zum Ausdruck kommt“ (Prouty, 1998, S. 33). Dabei werden seitens des Therapeuten Situationen, Gesichtsausdrücke, Körperhaltungen oder Wörter des Klienten angesprochen (Prouty, 1998, S. 33). Auch Zinschitz (1997) wendet solche Reflexionen in ihrer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung an. Dabei erlebt sie sich als Übersetzerin für Gefühle, die sie in den Gesichtsausdrücken oder Körpersignalen ihrer Klienten wahrnimmt. Diese Übersetzungsarbeit stellt sie in Vergleich mit der frühen Mutter-

Kind-Interaktion, in der die Mutter die wahrgenommenen Gefühle des Säuglings in Worten ausdrückt (S. 126).

„Realitätskontakt“ (Wahrnehmung der Welt), „Affektiver Kontakt“ (Wahrnehmung von Stimmungen) und „Kommunikativer Kontakt“ (Symbolisierung von Realität und Affekt für andere durch Worte) können als „Kontaktfunktionen“ zusammengefasst werden, die es in der Prä-Therapie wiederherzustellen gilt (Prouty, 1998, S. 35ff). „Im Kontaktverhalten zeigt sich, welche Veränderungen die Anregung der *Kontaktfunktionen* durch *Kontaktreflexionen* bewirkt“ (Prouty, 1998, S. 38). Das Verhalten zeigt sich im Realitätskontakt, im Kommunikationskontakt oder im Affektiven Kontakt des Klienten (Prouty, 1998, S. 38).

3.6.3.3. *Das Prä-expressive Selbst*

Menschen mit geistiger Behinderung befinden sich oft auf einer prä-expressiven Ebene, was der Grund dafür ist, dass das, was sie ausdrücken, oft keinen Bedeutungszusammenhang oder Realitätsbezug beinhaltet. Durch die Kontaktreflexionen, die eine Form der Empathie darstellen, sollen sie dazu befähigt werden, in einen expressiven Zustand zu gelangen. „Die Reflexionen holen den Menschen dort ab, wo er in seinem Erleben und in seiner Kontaktfähigkeit steht (Zinschitz, 2001, S. 48).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es bei der Prä-Therapie darum geht, „eine Brücke *in die Welt* des Klienten zu bauen, und *nicht* den Klienten in die Welt des Therapeuten hinüberzuzerren. Prä-Therapie ist eine methodische Hilfe, um solche Brücken zu bauen“ (Pörtner, 1996b, S. 217). Die Ergebnisse, die sich dabei zeigen sind, dass ein therapeutischer Prozess stattfinden kann und dass mit Zunahme der Kontaktfunktionen des Klienten, die Symptome abnehmen. „Mit anderen Worten: *Der Lebensraum des behinderten Menschen wird erweitert und seine Lebensqualität verbessert*“ (Pörtner, 1996b, S. 222). Demzufolge ist Prouty's Konzept der Prä-Therapie im Kern dieselbe wie das Konzept der Personenzentrierten Psychotherapie. Ihm geht es darum, sich in den Klienten einzufühlen, egal wie unverständlich dieser anfangs vom Therapeuten wahrgenommen wird. Dabei wird dieser Person auf gleicher Ebene begegnet und kein Tempo vorgegeben, sondern sich ihr angepasst. Dies wäre ohne eine empathische, wertschätzende und kongruente Haltung seitens des Therapeuten nicht möglich. „Das ist der Königsweg zur inneren Welt von Menschen, die

immer noch allzu häufig als ‚nicht kontaktfähig‘ und ‚nicht-therapierbar‘ gelten“ (Pörtner, 1996b, S. 225).

3.7. Zusammenfassung

In diesem Abschnitt sollte die Personenzentrierte Psychotherapie, wie sie Rogers beschrieb, vorgestellt und ihre Weiterentwicklung in den letzten Jahren, aufgrund der aufgezählten Gründe, beschrieben werden. Dabei wurde auch die Diskussion um differentielle Vorgehensweisen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie beleuchtet, die in Bezug auf die Personenzentrierte Spieltherapie und Personenzentrierte Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung relevant erscheint.

Zwar herrscht heutzutage noch immer teilweise die Annahme, Menschen mit geistiger Behinderung seien nicht therapierbar, besonders nicht-direktive Interventionen gelten als unwirksam bei dieser Personengruppe. Jedoch empfinden Personenzentrierte Psychotherapeuten, die es ‚gewagt‘ haben mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten, den Personenzentrierten Ansatz als sehr hilfreich und wirksam für diesen Personenkreis (Badelt, 1990, S. 680; 1991, S. 24f; 1994, S. 151; Blasel, 1990, S. 119; Pörtner, 2002, S. 513).

Nach Badelt (1991) ist die Personenzentrierte Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung geeignet, da sie ihnen „genügend Freiraum [lässt], um überhaupt ein Bewußtsein für sich selbst zu entwickeln, die eigenen Bedürfnisse besser kennenzulernen, sich selbst mehr zu akzeptieren und [ihnen] durch ein stabileres Selbstwertgefühl ein befriedigenderes Leben zu ermöglichen“ (S. 24f). Pörtner (2002) verweist darauf, dass die Grundprinzipien der Personenzentrierten Psychotherapie einen bedeutenden Beitrag in der Arbeit mit diesem Personenkreis bieten und dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung innerhalb dieses Gebiets leisten können (S. 513).

Zwar gibt es noch immer Personen, die sich gegen eine Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung äußern, besonders weil sie z.B. der Auffassung sind, dass sie eher akzeptiert als therapiert gehören. Akzeptanz ist jedoch in der Personenzentrierten Psychotherapie eine Grundbedingung und stellt aufgrund dessen keinen Widerspruch dar (Pörtner, 2003, S. 181).

Abschließend ein Zitat von Zinschitz (1997):

Ein Mensch, der in vielen Dingen seines Lebens weitgehend von anderen Menschen abhängig ist, kann autonom sein, wenn er seine Behinderung als Teil seines Seins integriert hat, wenn er sich also nicht als ganze Person aufgrund seiner Behinderung abgelehnt und wenn seine Mitmenschen ihm, wenn auch nicht als selbstständiger, dann doch als eigenständiger und gleichwertiger Person begegnen. (S.121)

4. Die Personenzentrierte Spieltherapie

I tried to teach my child with books. He gave me only puzzled looks.

I tried to teach my child with words. They passed him by often unheard.

Despairingly I turned aside. „How shall I teach this child“, I cried.

Into my hand he put the key. „Come“ he said, „play with me“. (Weinberger, 2007³, S. 76)

Unangemessene bzw. problematische Verhaltensweisen von Kindern werden in der Theorie der Personenzentrierten Spieltherapie als individueller Versuch betrachtet, ihre Probleme eigenständig zu lösen. Es ist „die im Moment bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation . . .“ (Wakolbinger, 2000, S. 53). Das Kind versteht das von der Umwelt als problematisch bezeichnete Verhalten selbst nicht bzw. kann die wahre Bedeutung und Signalfunktion noch nicht wahrnehmen und in einen verständlichen Zusammenhang bringen (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 301f).

Das Spiel ist das Medium, durch das sich das Kind ausdrückt und seine Erfahrungen verarbeitet. Es inszeniert im Spiel, was es seelisch beschäftigt (Behr, 2007, S. 2). Die (negativen) Erfahrungen des Kindes werden auf der Spielebene ausgedrückt, wiederholt und variiert, bis sie in das Selbstbild des Kindes aufgenommen werden können (Weinberger, 2007³, S. 38).

In der Personenzentrierten Spieltherapie wird dem Kind von Seiten des Therapeuten eine Beziehung angeboten, die auf der Personenzentrierten Grundhaltung (Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz) fundiert. Durch diese Beziehung soll die Aktualisierungstendenz im Kind gefördert werden, damit „therapeutische Prozesse in Gang kommen können, die tief greifende Veränderungen im Selbstkonzept des Kindes nach sich ziehen“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 296). Hauptaugenmerk wird auf die „ganzheitliche Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit . . .“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 296; Weinberger, 2007³, S. 38) und auf das kindliche Erleben gerichtet. „Das anzustrebende Ziel liegt . . . im Wohlbefinden für das Kind, in seiner Fröhlichkeit oder in seinem inneren Wachstum, weniger in irgendeinem sozialen Ziel . . .“ (Reisel, 2001, online S. 6).

Mit Unterstützung der angebotenen Beziehung soll dem Kind die Möglichkeit geboten werden, „einen fundierten Zugang zu den eigenen Gefühlen, Impulsen, Erfahrungen [und] Haltungen . . .“ (Beckmann, 2002², S. 277) zu finden.

4.1. Grundlagen der gegenwärtigen Personenzentrierten Spieltherapie

4.1.1. Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen

Die therapeutische Arbeit mit Kindern unterscheidet sich klar von der mit Erwachsenen. Zwar besteht sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern das grundsätzliche Bedürfnis nach unbedingter Wertschätzung, jedoch sind „die intellektuellen und moralischen Strukturen des Kindes von denen des Erwachsenen qualitativ grundsätzlich verschieden . . .“ (Weinberger, 2007³, S. 20).

Der wohl auffallendste Unterschied liegt darin, dass Kinder ihre Probleme hauptsächlich auf der Handlungsebene und Erwachsene auf der sprachlichen Ebene bearbeiten (Behr, 2007, S. 3). Aus diesem Grund unterscheidet sich die Therapie sowohl methodisch als auch in Bezug auf die Anforderungen, die sich dem Therapeuten stellen. Weinberger (2007³) gibt einen guten Überblick über die wesentlichen Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen:

- ⇒ Kinder verwenden andere *Kommunikationsformen* und *Kommunikationsstrukturen* als Erwachsene:
- ⇒ auf der *Handlungsebene*: spielen, gemeinsam etwas tun,
- ⇒ auf der *Symbolebene*: entwicklungsabhängige Imagination, Bilder,
- ⇒ auf der *verbalen Ebene*: kindliche Sprachstrukturen . . .
- ⇒ *Kindliche Erlebnisprozesse* sind an phänomenologische Prozesse gekoppelt, d.h. Kinder können nur über *konkrete Sinneserfahrungen* ihre innere Welt strukturieren und verändern und nicht so sehr über kognitive Prozesse . . .
- ⇒ Kinder verwenden eine andere *Symbolbildung* als Erwachsene . . .
- ⇒ Kinder haben ein anderes *Realitätsverständnis* als Erwachsene: Es ist ego-zentriert, phänomenologisch orientiert und noch sehr an mystische Vorstellungen gebunden.
- ⇒ Kinder suchen und benötigen eine andere *Beziehungsform* als Erwachsene. . . .

- ⇒ Das Kind hat einen anderen Entwicklungsstand als der Erwachsene . . .
- ⇒ Das Kind ist in hohem Maße abhängig von seiner Familie . . .
- ⇒ Das Kind lebt in einem bestimmten sozialen Umfeld, das seine Erfahrungen entscheidend mitbestimmt und prägt . . .
- ⇒ Sie haben noch sehr stark ihren eigenen Zeitrhythmus, der sich erst langsam an das Zeittempo der Umwelt anpasst. Kinder leben viel unmittelbarer und intensiver in der Gegenwart, die Zeit ‚läuft noch nicht davon‘. (S. 20ff)

4.1.2. Das Beziehungsangebot in der Personenzentrierten Spieltherapie

„Die Beziehung zwischen Kind und Therapeut ist der zentrale Wirkfaktor in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 304). Durch die angebotene Beziehung fühlt sich das Kind sicher genug, neue (Beziehungs-) Erfahrungen zu machen und diese dann auch in der realen Welt auszuprobieren und anzuwenden. Dadurch wird der Selbstwert des Kindes gesteigert und die Bandbreite an positiven Selbsterfahrungen erweitert (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 304f).

Das Beziehungsangebot seitens des Therapeuten zeichnet sich, wie auch in der Therapie mit Erwachsenen, durch Empathie, bedingungsfreie Wertschätzung und Kongruenz aus. Der einzige Unterschied besteht darin, dass diese Haltung bei Kindern hauptsächlich auf der Handlungsebene – durch Spielhandlungen oder nonverbal – zum Ausdruck kommt (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 317).

Nach Weinberger (2007³) bietet das Beziehungsangebot folgende Möglichkeiten für das Kind:

- ⇒ eine emotional korrigierende Beziehungserfahrung zu machen,
- ⇒ verleugnete und verdrängte Aspekte seines Erlebens wahrzunehmen und in sein Selbstbild zu integrieren,
- ⇒ sich besser verstehen zu lernen,
- ⇒ mit seinen Stärken und seinem Potenzial gesehen zu werden,
- ⇒ Selbstwirksamkeit zu erleben,
- ⇒ Offener für neue Erfahrungen zu werden,

⇒ Alternative Verhaltensweisen auszuprobieren. (S. 181)

4.1.2.1. *Empathie*

Empathie in der Personenzentrierten Spieltherapie bedeutet, dass der Therapeut versucht die innere Welt des Kindes zu verstehen, wie es diese erlebt und sich in dessen phänomenologische Welt einzufühlen. Dabei versucht er sowohl verbal als auch nonverbal mitgeteilte Gefühle und Gedanken des Kindes aufzugreifen und dem Kind das, was er verstanden hat, wiederzugeben. Das Kind ist dadurch imstande die eigenen Gefühle zu erkennen und lernt eigene Verhaltensweisen besser zu verstehen (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 318).

4.1.2.2. *Bedingungsfreie positive Beachtung/ unbedingte Wertschätzung*

„Für Kinder und Jugendliche ist die Erfahrung, dass all ihre Gefühle akzeptierend wahrgenommen werden, eine, die ihren Alltagserfahrungen widerspricht“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 318). In der Spieltherapie können sie aufgrund dieser Akzeptanz ihre Gefühle frei ausdrücken, für diese Verantwortung übernehmen und eine zunehmend stärkere Selbstakzeptanz entwickeln (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 318).

4.1.2.3. *Kongruenz*

Die Kongruenz stellt sich in der Arbeit mit Kindern für den Therapeuten als besondere Herausforderung dar. Er muss in der Lage sein, sowohl mit den Gefühlen seines erwachsenen Ichs als auch mit den Gefühlen seines kindlichen Ichs gut in Verbindung zu stehen (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 319). Wakolbinger (2009) ist der Auffassung, dass Kinder höhere Anforderungen an die Authentizität des Therapeuten stellen als Erwachsene und sie auch schneller an ihre persönliche Grenzen bringen. „Sie berühren schneller unsere wunden Punkte und konfrontieren uns direkter mit unseren Inkongruenzen“ (S. 71).

4.1.2.4. Grenzsetzung

Ein weiterer Punkt, der einen wesentlichen Bestandteil der Personenzentrierten Spieltherapie ausmacht, ist die Festlegung und das Einhalten von Grenzen. Schon Axline hat darauf hingewiesen, dass Grenzen in der Spieltherapie notwendig sind, „um die Therapie in der ,Welt der Wirklichkeit zu verankern“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 320).

Nicht nur der Therapeut soll durch Grenzsetzungen geschützt werden, sondern auch das Kind. Grenzverletzungen seitens des Kindes können unter anderem zu Schuldgefühlen und Ängsten führen, welche die therapeutische Beziehung gefährden. Weiters ist eine Grenzsetzung seitens des Therapeuten auch Teil seiner kongruenten Haltung, ohne die er dem Kind nicht empathisch und wertschätzend gegenüber treten kann (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 320; Weinberger 2007³, S. 205).

Allgemein gültig sind zwar nur sehr wenige Grenzen, diese sind jedoch aufgrund des großen Freiraums, der in der Personenzentrierten Spieltherapie gegeben ist, einzuhalten: „die Begrenzung der Zeit . . ., das mutwillige Zerstören von Material, das Mitnehmen von Material [und] tätliche Angriffe auf die Therapeutin“ (Weinberger, 2007³, S. 205).

4.1.3. Anforderungen an den Therapeuten

Das Spezielle an der therapeutischen Arbeit mit Kindern ist, dass der Therapeut sowohl mit der Erlebniswelt der Kinder als auch mit der Erwachsenenwelt vertraut sein muss. Er muss beide Seiten empathisch verstehen und bedingungsfrei wertschätzen können. Besonders in der Arbeit mit Bezugspersonen zählt es auch zu seinen Aufgaben, „als Brücke zur Wiederherstellung des gegenseitigen Verständnisses zwischen Kind und Erwachsenenwelt zu fungieren“ (Reisel & Wakolbinger, S. 305).

„Im Zentrum der personenzentrierten Kindertherapie steht . . . die Begegnung zwischen der *Person des Kindes und der Person des Therapeuten*“ (Beckmann, 2002², S. 277). In der Beziehung zu anderen entwickelt das Kind sein Selbst. Daher braucht es einen realen, lebendigen und unmittelbaren Kontakt, der ihn in seiner Entwicklung fördert und auch heilend wirkt (Beckmann, 2002², S. 277).

Beckmann (2002²) sieht den Therapeuten nicht nur als eine verstehende Person, sondern zusätzlich „als Spiel- und Interaktionspartner, Elternersatz, Gesprächspartner der Bezugspersonen und in Krisensituationen auch [als] ‚Retter in der Not‘“ (S. 264). Damit ist ersichtlich, dass der Therapeut nicht nur als präsente Erwachsenenperson gefragt ist, die dem Kind Sicherheit bieten soll, sondern auch als Spielpartner, der einen guten Kontakt zu seinem eigenen ‚inneren Kind‘ hat und sich aufgrund dessen in der Welt des Kindes bewegen kann (Beckmann, 2002², S. 276; Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 306). Nur so kann der Therapeut dem Kind empathisch, wertschätzend und kongruent begegnen.

Kinder drücken sich hauptsächlich im Spiel auf der Handlungsebene aus. Daher wird vom Therapeuten nicht nur gutes Zuhören, sondern auch gutes Beobachten gefordert. Aufgrund dessen muss er „viel Einfühlungsvermögen in die kindliche Erlebniswelt und kindliche Kommunikationsformen . . .“ (Wakolbinger, 2009, S. 62) haben.

Im Kapitel über die klassische nicht-direktive Spieltherapie nach Axline wird ersichtlich, dass sie nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kindes hin mitspielte. Kindliche Wachstumsschübe entwickeln sich aus Spielprozessen heraus und durch die Erfahrungen, die sie in der Interaktion mit dem Therapeuten machen (Behr, 2007, S. 2). Aus diesem Grund sind sich Therapeuten mittlerweile bewusst – basierend auf Ergebnisse der Säuglings- und Bindungsforschung, dass (neue) Beziehungserfahrungen wichtig für Kinder sind und spielen daher in der gegenwärtigen Personenzentrierten Spieltherapie aktiv mit und greifen teilweise gestaltend ins Geschehen ein. Dadurch soll die Aktualisierungstendenz des Kindes angeregt, heilsame Prozesse gefördert und unterstützt und infolge dessen, störungsrelevante Verhaltensmuster verändert werden (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 301; Wakolbinger, 2009, S. 70). Wakolbinger (2009) betont deswegen wie wichtig es ist, dass „Therapeutinnen . . . gerne nach Herzenslust ‚kindlich sein‘ können . . . Sie sollen Spaß und Lust am Spiel haben und sich gerne spielerisch ausdrücken . . .“ (S. 64).

4.1.4. Die therapeutische Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit

Kinder und Jugendliche werden meist durch ihre Eltern bzw. durch Bezugspersonen zur Therapie geschickt. Aus diesem Grund wendet sich die Personenzentrierte Spieltherapie nicht nur an die Kinder selbst, sondern bezieht auch Familienmitglieder und andere wichtige

Bezugspersonen in den Therapieprozess mit ein. „Eine Kinderpsychotherapie ohne substantiellen Einbezug der Bezugspersonen ist kaum denkbar“ (Behr, 2007, S. 3).

Als weiteren Grund dafür geben Reisel & Wakolbinger (2006) an, dass „die individuelle Entwicklung ebenso wie die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen in Interaktion mit relevanten Bezugspersonen stattfindet . . .“ (S. 296). Eltern beeinflussen durch ihre Reaktionen auf verschiedene kindliche Verhaltensweisen und Handlungen ungewollt, wie sich ihr Kind selbst wahrnimmt. „Nicht alles davon stimmt aber mit den Erfahrungen des kindlichen Organismus überein“ (Behr, Hölldampf & Hüssen, 2009, S. 15).

Die Eltern bzw. Bezugspersonen des Kindes werden als relevante Quelle von Ressourcen betrachtet und tragen zu diagnostisch relevanten Informationen am Therapieanfang bei. Diese Informationen sind für die Planung und Durchführung der Behandlung des Kindes bedeutsam (Behr, 2007, S. 3).

Ziel dieser überwiegend in Form einer Beratung gehaltenen Gespräche ist es, dass die Bezugspersonen die kindlichen Veränderungen und Fortschritte erkennen und begleiten, damit diese auch im Alltag verankert werden können (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 305). Dabei arbeitet der Therapeut gemeinsam mit den Eltern bzw. Bezugspersonen daran, die Ressourcen des Kindes zu erkennen und dessen positiven Seiten mehr Aufmerksamkeit zu widmen (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 321). Ebenfalls sollen sie in ihren (elterlichen) Kompetenzen gestärkt werden (Wakolbinger, 2009, S. 62).

„Axline maß der Elternarbeit insgesamt wenig Bedeutung bei; ihr Standpunkt war insofern bereits ein ‚systemischer‘, als sie die Veränderungen beim Kind als automatisch einhergehend mit konstruktiven Veränderungen im Familiensystem sah . . .“ (Behr, 2006, S. 109). Sie war zwar allgemein für eine psychotherapeutische Behandlung der Eltern, sah diese jedoch nicht als begleitende Elternarbeit an.

4.1.5. Diagnostik in der Personenzentrierten Spieltherapie

Axline, sowie viele Vertreter der orthodox rogerianischen Sichtweise, war zu ihrer Zeit gegen eine Diagnostik.

Heutzutage ist eine psychologische Diagnostik in der Personenzentrierten Spieltherapie jedoch für einen Behandlungsplan unverzichtbar. Sie trägt einerseits zur Klärung von Fragestellungen bei und andererseits zur Indikation. Dabei sollen die Umstände geklärt werden, „die zu den Fragen, Schwierigkeiten oder Leidenszuständen des Kindes und seiner Umgebung geführt haben oder diese aufrechterhalten, und . . . die zu einer Veränderung und damit Verbesserung der Lebensqualität beitragen können“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 303).

Reisel & Wakolbinger (2006) weisen darauf hin, dass es für Therapeuten notwendig und hilfreich ist, mit anderen Berufsgruppen zu arbeiten, da die Entstehung und Auswirkungen kindlicher Verhaltensweisen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts „komplex und vielfältig [sind] und . . . oft nur in einem multiprofessionellen Kontext verstehbar und behandelbar“ (S. 304).

4.1.6. Spielzimmer und –material

Das Spielzimmer sollte, wie auch die Haltung des Therapeuten, dem Kind Sicherheit vermitteln. „Dieses wird zu einem ‚Schutzraum‘, in dem das Kind sich in all seinen Facetten ausprobieren und kennen lernen kann“ (Weinberger, 2007³, S. 181). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Therapeut in einem ungestörten Raum mit dem Kind arbeiten kann. Weinberger (2007³) schlägt vor, ein Schild aufzuhängen, auf dem z.B. ‚Bitte nicht stören‘ steht. Somit wird dem Raum ein gewisses Maß an Schutz verliehen und dem Kind gleichzeitig die Wichtigkeit der Stunde vermittelt (S. 182). In Axlines Falldarstellung von Dibs (1982) wird genau diese Wichtigkeit von ihm erkannt:

„Ich weiß, was das bedeutet“, sagte Dibs. „ ‚Bitte nicht stören‘ bedeutet, bitte, alle, laßt sie allein. Laßt sie in Ruhe. Geht nicht hinein. Klopft auch nicht an die Tür. Laßt sie beide nur sein. Diese Seite [1. Seite des Schildes: Spieltherapie] bedeutet *sie sind*. Und diese Seite [2. Seite des Schildes: Bitte nicht stören] heißt *laßt sie beide sein*! Richtig so?“ „Ja, so ist es richtig.“ (S. 119)

Das Spielmaterial, das im Spielzimmer angeboten wird, sollte möglichst breit gefächert und gut sichtbar für das Kind sein. Kinder jeder Entwicklungsstufe sollten in der Lage sein, etwas zum Spielen zu finden, „das die Möglichkeit bietet, sich kreativ handelnd und darstellerisch auszudrücken, um Beziehungserfahrungen nachzuspielen und um gestalterisch und baulich konstruktiv tätig werden zu können“ (Weinberger, 2007³, S. 182).

Der Therapeut ist dafür verantwortlich, das Spielzimmer nach der Stunde wieder aufzuräumen, damit das nächste Kind in ein aufgeräumtes Zimmer treten kann, ohne von den Handlungen der Vorstunde beeinflusst zu werden. Das Kind könnte sich in seiner Spielgestaltung eingeschränkt fühlen, wenn es nach der Stunde alles selbst aufräumen müsste (Weinberger, 2007³, S. 184).

„Weiterhin muss gewährleistet sein, dass das Kind *regelmäßig* zur Spielstunde kommen kann“ (Weinberger, 2007³, S. 182) bzw. dass die Spielstunde regelmäßig stattfindet. In manchen Fällen werden die Spielstunden z.B. zuhause oder in Heimen abgehalten. Dafür bietet sich dann ein ‚mobiles Spielzimmer‘ an, wo eine Auswahl an Spielmaterialien in eine Kiste gegeben wird, die für das jeweilige Kind angemessen ist. Das Kind kann sich dann das Spielmaterial aus der Kiste heraussuchen (Weinberger, 2007³, S. 184).

Weinberger (2007³) weist darauf hin, dass auch differentielle Spielangebote in der Personenzentrierten Spieltherapie gemacht werden können, um dem Kind die Möglichkeit zu bieten, sich besser ausdrücken zu können. In Bezug auf bestimmte Störungen ist z.B. ein reduziertes oder spezielleres Spielangebot von Vorteil, bzw. kann eine stärkere Strukturierung innerhalb der Therapie vorgenommen werden. Es können Spielmaterialien ebenfalls auffallender platziert werden. Dies fällt den meisten Kindern gleich auf und sie können sich dann entscheiden, ob sie sich damit beschäftigen möchten oder nicht (S. 210f).

„Wichtig ist, dass diese Angebote

- ⇒ aus dem Spielprozess heraus entstehen und/oder
- ⇒ sich auf jeweils festgesetzte Prozessziele beziehen und
- ⇒ dass es immer ein Angebot ist, welches das Kind auch ablehnen kann“ (Weinberger, 2007³, S. 211).

4.2. Die Entwicklung der Personenzentrierten Spieltherapie

4.2.1. Rogers und Kinder

Rogers arbeitete während seines Studiums am ‚Institute for Child Guidance‘ und danach als Psychologe – später auch als Direktor – bei der ‚Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children‘ an der Abteilung für Kindheitsstudien (Reisel & Fehringer, 2002, S. 335f).

In der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern, Jugendlichen und deren Familien, sammelte er dort in den 1930er Jahren seine ersten therapeutischen Erfahrungen, die ihn zu seinen „ersten theoretischen Überlegungen zur Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 296) verhalfen und in seinem 1939 veröffentlichten Buch ‚The Clinical Treatment of the Problem Child‘ Niederschlag fanden. „Dieses erste Buch von Rogers enthält eine beeindruckende Fülle auch heute noch aktueller Überlegungen und Darstellungen zu kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen . . .“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 296f). Den Boden dieser Erfahrungen hat er in seiner Theorie- und Therapieentwicklung nie verlassen (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 296). Rogers war der Auffassung, dass mehrere Umstände das kindliche Verhalten beeinflussen. Dabei ging er

auf die Aspekte Anlage (genetische Ausstattung), Organik (somatische Ausstattung), Familie (emotionale Unterstützung und Beziehungsqualität), Kultur und Sozietät, die Bedürfnisse des Organismus (‚need for affective response‘, ‚need to achieve

satisfaction by accomplishing a self-esteem') sowie die interaktionellen Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren ein. (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 297)

Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderungen werden seines Erachtens durch Beziehungen und deren emotionale Aspekte ermöglicht. Dabei bezog er sich auf Ranks ‚relationship therapy‘ (übersetzt: Beziehungs-Therapie) und grenzte sich deutlich von psychoanalytischen Ansätzen ab. Auch Allen beeinflusste Rogers mit dem Aspekt der „Hier-und-Jetzt-Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung als wesentliches Mittel zur Veränderung . . .“ (Reisel & Fehringer, 2006, S. 338).

Ab den 1940er Jahren bewegte Rogers sich von der Kinderpsychotherapie weg zur Erwachsenentherapie, ging jedoch in seinem Buch ‚Die nicht-direktive Beratung‘ kurz auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Personenzentrierten Spieltherapie und der Personenzentrierten Psychotherapie ein:

der Struktur nach sind sie sich aber sehr ähnlich, und alles, was wir über die Definition der therapeutischen Beziehung gesagt haben, trifft gleichermaßen auf die Spielsituation zu. Der auffallendste Unterschied ist der, daß die Beziehung in der Spieltherapie wesentlich mehr durch Handlungen als durch Worte definiert wird. (Rogers, 2007¹², S. 91)

Wenn wir typische Behandlungsfälle im Verlauf einer Spieltherapie betrachten, stellen wir fest, daß die Spieltherapie, was die Strukturierung der Beziehung, das Erkennen von negativen und positiven Gefühlen, den Ausdruck von verbotenen und unterdrückten Einstellungen und das allmähliche Erlangen eines bestimmten Maßes an Einsicht betrifft, einer verbalen Beratung sehr ähnlich ist. (Rogers, 2007¹², S. 153)

4.2.2. Die Entwicklung in den USA

Rogers leitete das ‚Chicago Counseling Center‘, wo unter anderem Virginia Axline, Charlotte Ellinwood und Elaine Dorfmann arbeiteten. Sie wurden durch eine Reihe von Veröffentlichungen zur Personenzentrierten Spieltherapie ab den 1940er Jahren bekannt (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 299).

Axline wurde durch ihre beiden veröffentlichten Werke, ‚Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren‘ (1947) und ‚Dibs – Die wunderbare Entfaltung eines menschlichen Wesens‘ (1964), bekannt. Im ersten Buch formulierte sie die acht Prinzipien der von ihr genannten nicht-direktiven Spieltherapie, die sich an Rogers‘ Kernbedingungen orientieren (Reisel & Fehringer, 2002, S. 339).

1951 erschien Rogers‘ Buch ‚Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie‘, in dem ein von Dorfmann geschriebenes Kapitel der Spieltherapie gewidmet wurde. Dorfmann weist am Anfang des Kapitels auf die Ursprünge der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie hin und stellt anschließend das Konzept der ‚Beziehungs-Therapie‘ vor (Reisel & Fehringer, 2002, S. 341). „Ein wesentliches Merkmal der Rankschen oder Beziehungs-Therapie ist ihre Auffassung, daß eine bestimmte Art von therapeutischer Beziehung in sich bereits heilend ist“ (Dorfmann, 2005¹⁷, S. 220). Der Rankschen Auffassung nach sei die Befassung mit den gegenwärtig vorliegenden emotionalen Problemen wichtiger und hilfreicher als das analytische Erarbeiten bzw. Bearbeiten der Vergangenheit, „weil der neurotische Patient bereits viel zu sehr der Vergangenheit verhaftet [ist] und viel zu wenig imstande, im Hier und Jetzt zu leben“ (Dorfmann, 2005¹⁷, S. 220).

Die Spieltherapie, die von Dorfmann (2005¹⁷) beschrieben wird, basiert ebenfalls auf der Hypothese, dass das Individuum die Fähigkeit besitzt, sich selbst zu lenken und zu wachsen. Dabei wird auch dem Kind diese Fähigkeit zugeschrieben:

Das Vertrauen in die Fähigkeit des Kindes, sich selbst zu helfen, ist keine Sache, bei der es um ‚alles oder nichts‘ geht, keine Sache des Glaubens, der von Anbeginn an *in toto* von der klient-bezogenen Therapie akzeptiert und seither unverändert beibehalten worden ist. Dieses Vertrauen ist vielmehr aus der Erfahrung bei der Arbeit mit Kindern erwachsen. (S. 221)

Dieser Glaube an die Fähigkeit des Kindes muss der Therapeut innehaben und dem Kind auch vermitteln können, damit es in der Therapie „sein wahres Selbst sein kann“ (Dorfmann, 2005¹⁷, S. 223). Das Kind wird seitens des Therapeuten respektiert und angenommen, wie es ist. Es wird weder in seinem Handeln noch in seinem Tempo gelenkt. Die Therapiestunde gehört dem Kind (Dorfmann, 2005¹⁷, S. 225). „In einer Stunde, die ihm gehört, findet das Kind einen Erwachsenen . . . , der es alle Gefühle ausdrücken lässt und der das, was es sagt, mit einem Respekt behandelt, den kein anderer Erwachsener ihm im gleichen Ausmaß entgegenbringt“ (Dorfmann, 2005¹⁷, S. 235). Infolge dessen kann das Kind bis dahin verborgene Gefühle hervorbringen und betrachten.

Charlotte Ellinwood, spätere Koordinatorin des ‚Chicago Counseling Center‘, setzte ihren Schwerpunkt auf die begleitende therapeutische Arbeit mit Eltern. 1989 erschien darüber ein Artikel unter dem Titel ‚The young child in person-centered family therapy‘. Sie war der Auffassung, dass der Erfolg der Therapie, ohne Einbezug der Eltern, leiden würde (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 299f). Ellinwood stellte fest, dass Eltern verhaltensauffälliger Kinder meist von der Annahme ausgehen, die Probleme ihrer Kinder seien von diesen selbst verursacht. Da diese Eltern keine Anteile bei sich selbst erkennen können, ist Ellinwood der Meinung gewesen, dass sie „über eine sehr niedrige Stufe der Selbstwahrnehmung [verfügen] und . . . demnach auch höchst beratungs- und therapiebedürftig“ sind (Reisel & Fehringer, 2002, S. 342).

Aus dieser Feststellung heraus, entwickelte Guerney die ‚filial therapy‘ (übersetzt: Filialtherapie). Er entwickelte ein Programm, in dem Eltern in die Spieltherapie miteinbezogen werden, welches sich auf die Prinzipien Axlines bezieht, jedoch auch lerntheoretische Modelle berücksichtigt. „Das Ziel dabei ist es, Eltern bei der Entwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten . . . zu unterstützen“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300).

In den darauffolgenden Jahren wurden Veröffentlichungen zur Personenzentrierten Spieltherapie in den USA immer geringer.

4.2.3. Die Weiterentwicklung im deutschsprachigen Europa

Reinhard und Annemarie Tausch machten die Personenzentrierte Spieltherapie im deutschsprachigen Raum bekannt. Sie legten die grundlegenden Annahmen Rogers‘ zum

therapeutischen Vorgehen auf die Arbeit mit Kindern um und machten diese anwendbar (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300).

Goetze trug „zur Weiterentwicklung Personenzentrierter Spieltherapie durch die Integration von Wissen aus entwicklungspsychologischen Ansätzen sowie der klinischen Kinderpsychologie . . .“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300) bei.

Schmidtchen steuerte eine Vielzahl an empirischen Forschungsarbeiten bei, die sich unter anderem mit den Wirkfaktoren der Personenzentrierten Spieltherapie beschäftigten. Diese ergaben, dass die Personenzentrierte Spieltherapie zweifach wirksam ist: zum einen fördert sie nachweislich das Wachstum der Persönlichkeit des Kindes und zum anderen bewirkt sie simultan eine Reduzierung der kindlichen Verhaltensstörung (Weinberger, 2007³, S. 39). Schmidtchen setzte seinen Schwerpunkt ebenfalls – wie Ellinwood und Guernsey – auf die Familientherapie, d.h. auf die gemeinsame therapeutische Arbeit mit Eltern und Kindern (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 300f).

Aufgrund dieser zahlreichen Untersuchungen hat sich die Personenzentrierte Psychotherapie „als unverzichtbares Therapieverfahren etabliert, das mittlerweile als wissenschaftlich fundiertes psychotherapeutisches Verfahren gilt und einen großen Anwendungsbereich umfasst“ (Reisel & Fehringer, 2002, S. 342).

Infolge der Untersuchungen und näherer Auseinandersetzung mit der modernen Säuglings- und Bindungsforschung lässt sich in den letzten Jahren zusätzlich eine deutliche Weiterentwicklung der Personenzentrierten Spieltherapie verzeichnen, die sich in den anschließenden Kapiteln zur nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline und der interaktionellen Spieltherapie nach Behr klar erkennbar macht.

4.3. Von der nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline zur Bedeutung der Interaktionsresonanz in der gegenwärtigen Personenzentrierten Spieltherapie

4.3.1. Virginia Axline

„Es sieht so aus, als täte sie überhaupt nichts. Aber ich fühle mich mit einem Male so frei, innen drin fühl' ich mich frei“ (Axline, 2002¹⁰, S. 23).

Einleitend soll Axlines Auffassung einer Spieltherapie angeführt werden, die sie als Antwort auf die Frage eines jungen Klienten namens Dibs gegeben hat, was Therapie eigentlich sei:

Ich war überrascht. „Therapie? Nun, laß mich einmal einen Moment nachdenken.“ Warum hatte er diese Frage gestellt? überlegte ich. Wie konnte man sie vernünftig beantworten? „Ich würde sagen, es bedeutet die Möglichkeit, hierher zu kommen und zu spielen und zu erzählen, wie es dir gerade in den Sinn kommt“, sagte ich. „Während dieser Zeit kannst du so sein, wie du sein willst. Eine Zeit, die du so verwenden kannst, wie du es willst. Eine Zeit, in der du *du selbst* sein kannst.“ (S. 118f)

4.3.1.1. *Die Theorie der Persönlichkeitsstruktur*

Axline (2002¹⁰) war eine Schülerin Rogers und vertrat dieselbe Meinung wie er, dass in jedem Individuum – auch bei Kindern – eine Tendenz zu Wachstum und zur Selbstverwirklichung steckt. Eine Tendenz zu reifen, unabhängig und selbstbestimmt zu sein.

Unbeirrbar strebt er nach Verwirklichung, aber es bedarf eines ‚fruchtbaren Bodens‘, damit eine gut ausgewogene Persönlichkeitsstruktur entsteht. Genauso wie die Pflanze Sonne, Regen und guten Humus benötigt, um zu optimalem Wachstum zu gelangen, braucht das Individuum die Freiheit, es selbst zu sein und das Gefühl des Angenommenseins von sich selbst und von anderen. (S. 15)

Sie war der Auffassung, dass die Einstellungen, Gedanken und Gefühle des Menschen sich ständig wandeln und integrieren, und dass zwischenmenschliche Begegnungen und die Natur des Menschen zu diesem Wandel und zu dieser Integration führen. Sie veranschaulichte dies am Beispiel eines Kaleidoskops: „Dadurch, daß sich verschiedene einzelne Teilchen des Musters berühren, entsteht ein neues Gebilde“ (Axline, 2002¹⁰, S. 15). Weiters merkte sie an, dass sich in jedem lebenden Organismus Teilchen von buntem Glas befinden und sich die Persönlichkeitsstruktur aus deren Anordnung ergibt. „Die Lebenskräfte wirken sich so aus, daß jede Erfahrung, jede Haltung und jeder Gedanke des Individuums sich ständig verändern im Zuge des Zusammenspiels von psychologischen und umweltbedingten Kräften . . .“ (Axline, 2002¹⁰, S. 16).

So kann es vorkommen, dass der Drang nach Selbstverwirklichung, der in jedem Menschen steckt, von außen blockiert wird. Dies führt zu „Widerständen, Reibungen und Spannungen“ (Axline, 2002¹⁰, S. 18) im Individuum. Der Drang nach Selbstverwirklichung und Wachstum jedoch hält nach wie vor an. Der Mensch ist in der Lage den Drang nach Selbstverwirklichung in sein Inneres hineinzunehmen. Es besteht jedoch das Risiko, dass die Persönlichkeitsbildung bei verstärkter Verinnerlichung dieses Wunsches gefährdet wird (Axline, 2002¹⁰, S. 17f). „Die äußeren Verhaltensweisen sind abhängig von der Integration aller früheren und gegenwärtigen Erfahrungen, von Umweltfaktoren und Beziehungen, aber immer stehen sie im Dienste des Wunsches nach Befriedigung dieses lebenslänglich wirksamen Triebes nach Selbstverwirklichung“ (Axline, 2002¹⁰, S. 18).

Wenn das Verhalten des Menschen nicht mit der Vorstellung seines Selbst übereinstimmt, und sich ihm bei seiner Entwicklung Hindernisse in den Weg stellen, wird er, laut Axline, als unangepasster Mensch definiert. Sollten Verhalten und Vorstellung dagegen übereinstimmen, und die Vorstellung eine adäquate Ausdrucksmöglichkeit finden, wird er als gut angepasster Mensch bezeichnet. Gut angepasste Menschen können sich zum Großteil frei und unabhängig entwickeln (Axline, 2002¹⁰, S. 18ff).

Die Umwelt spielt dabei, wie schon angedeutet, keine unwichtige Rolle. Würde diese den Menschen nicht an seinem Streben nach Selbstverwirklichung hindern, würde das bedeuten,

daß er die Freiheit zur Selbstentfaltung gewinnen kann, ohne daß die Durchsetzung dieses inneren Antriebs für ihn zum Mittelpunkt seines Daseins wird, und ohne daß er all seine Kräfte dafür verbrauchen muß, gegen Barrieren anzurennen, die seiner Reifung im Wege stehen und dadurch seine Aufmerksamkeit ständig auf ihn selbst lenken. (Axline, 2002¹⁰, S. 25f)

4.3.1.2. *Die Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*

Wie schon erwähnt, ist das Spiel das natürliche Medium für die Selbstdarstellung des Kindes, in dem es all seine gesammelten Gefühle ausspielen kann. Das Kind kann sich den Gefühlen, die durch das Spiel an die Oberfläche treten, stellen, lernen sie zu meistern oder aufgeben. Infolge dessen kann eine psychische Entlastung folgen, die das Kind dazu bringt, „seine Fähigkeiten zu entdecken, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein, selber zu denken, zu entscheiden und zu reifen und dadurch sich selbst zu verwirklichen“ (Axline, 2002¹⁰, S. 21).

Axline (2002¹⁰) begegnete dem Kind in der Spieltherapie mit Achtung und nahm es als eigenständiges Individuum ernst (S. 21). Sie glaubte an die Fähigkeit im Kinde, selbst entscheiden zu können und brachte auch dieser Fähigkeit Achtung entgegen. Sie sah das Kind als „ein denkendes, unabhängiges, konstruktives menschliches Wesen . . .“ (S. 25) an.

Aufgrund dieser Einstellung, bestimmte das Kind bei Axline (2002¹⁰) den Ablauf der Spielstunde und wie es diese gestalten möchte (S. 31). Fragen wurden in der Spieltherapie seitens Axline vermieden. Sie war der Überzeugung, dass das Kind bestimmte Themen zum Ausdruck bringen würde, wenn es dazu bereit sei (S. 28).

Das Spielzimmer ist für eine solche Reifung ein guter Nährboden. In der Geborgenheit des Raumes, in dem das Kind selber der Mittelpunkt ist, in dem es über sich selbst und über die Situation verfügen darf, . . . entdeckt es plötzlich, daß es sich entfalten kann und darf. (Axline, 2002¹⁰, S. 21)

Abschließend deutete Axline (2002¹⁰) darauf hin, dass Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, seelische Störungen vorbeugen kann, also nicht erst dann in Betracht gezogen werden sollte, wenn das Kind schon unangepasst ist (S. 61).

4.3.1.3. *Die acht Grundprinzipien*

Die von Axline (2002¹⁰) definierten acht Grundprinzipien bilden den Grundgedanken der nicht-direktiven Spieltherapie. Sie sind miteinander vernetzt, also nicht klar zu trennen und hängen voneinander ab. Sowohl die Entwicklung als auch der Erfolg der Therapie sind daran gebunden, inwieweit der Therapeut imstande ist, die Grundprinzipien in der Praxis umzusetzen (S. 88).

In Bezug auf die gegenseitige Abhängigkeit der Prinzipien voneinander und die Umsetzung dieser durch den Therapeuten als ausschlaggebenden Faktor für den Erfolg der Therapie, ist hier eine klare Übereinstimmung mit der Personenzentrierten Psychotherapie und deren Kernbedingungen zu vermerken.

1. *„Der Therapeut muß eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).
2. *„Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Die Annahme des Kindes erfolgt durch die innere Einstellung des Therapeuten und stellt die erste Voraussetzung für den Erfolg der Therapie dar. „Woher sollte das Kind den Mut nehmen, seine wahren Gefühle zum Ausdruck zu bringen, wenn es sich nicht vollständig vom Therapeuten angenommen fühlt?“ (Axline, 2002¹⁰, S. 85). Die Beziehung zum Kind ist gekennzeichnet durch Ruhe, Beständigkeit und Freundlichkeit. Lob und Tadel in Bezug auf Verhalten oder Äußerungen des Kindes werden sowohl in direkter als auch in indirekter Form vermieden (Axline, 2002¹⁰, S. 85). Die Annahme des Kindes zieht sich durch die gesamte Therapiedauer und muss in jedem Fall aufrecht erhalten bleiben (Axline, 2002¹⁰, S. 88).

3. *„Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so daß das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Die gewährende Atmosphäre, welche der Therapeut schafft, ist ebenfalls Folge seiner Einstellung bzw. Haltung dem Kind gegenüber. Sie wird nicht bloß durch Worte, sondern auch durch Gesichtsausdruck und Stimme des Therapeuten geschaffen (Axline, 2002¹⁰, S. 90). „Die gewährende Haltung, die einer erfolgreichen Therapie am förderlichsten ist, steht in direkter Beziehung zur Annahme des Kindes“ (Axline, 2002¹⁰, S. 94). Die Intensität der Gefühle, die das Kind im Laufe der Spielstunde zeigt, werden durch das vom Therapeuten geschaffene gewährende Klima bestimmt (Axline, 2002¹⁰, S. 90). Das Kind muss ihm vertrauen können und sich in der Situation mit ihm vollkommen sicher fühlen, damit es ihn an seinen guten als auch schlechten Gefühlen teilnehmen lässt (Axline, 2002¹⁰, S. 93).

4. *„Der Therapeut ist wachsam, um die **Gefühle**, die das Kind ausdrücken möchte, zu erkennen und reflektiert sie auf eine Weise auf das Kind zurück, daß es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Am Anfang der Therapie, innerhalb des sogenannten ‚Initialkontaktes‘, beziehen sich die reflektierenden Worte des Therapeuten eher auf die Gesprächsinhalte des Kindes, als auf dessen ausgedrückte Gefühle. Die Annäherung von Therapeut und Klient vollzieht sich vorsichtig (Axline, 2002¹⁰, S.96). Ist die Beziehung schon etwas gefestigt, muss der Therapeut „wach sein für das Erspüren von Gefühlen, die das Kind entweder durch eine direkte Unterhaltung oder im Spiel, seinem natürlichen Ausdrucksmittel, zeigt“ (Axline, 2002¹⁰, S. 96). Gelingt ihm das, wird das Kind weiter gehen und allmählich an Einsicht gewinnen (Axline, 2002¹⁰, S. 97). Fasst der Therapeut in Worte, was er glaubt im symbolischen Verhalten des Kindes gesehen zu haben, stellt dies eine Interpretation dar. Axline (2002¹⁰) meinte dazu, dass dies kaum vermeidbar sei und in gewissen Situationen auch von Vorteil. Trotzdem ist mit Interpretationen vorsichtig umzugehen. Sie sollten auf ein Mindestmaß beschränkt werden und sich nur auf die Spielhandlungen des Kindes beziehen (S. 96f).

5. *„Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein Verhalten zu treffen. Der Entschluß zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheit des Kindes“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Axline (2002¹⁰) betrachtete Verhaltensveränderungen als Folge gewonnener Einsichten. Diese müssen jedoch im Inneren des Kindes ihre Wurzeln haben, damit sie auch von Dauer sind (S. 104). In der Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren wird dem Kind seitens des Therapeuten vermittelt, dass es Selbstverantwortung trägt, selbst entscheiden kann und dass es dabei ihrerseits unterstützt wird, ohne einzugreifen (Axline, 2002¹⁰, S. 104).

6. *„Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Wie schon erwähnt, werden Lob und Tadel in der Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren vermieden, da diese entweder Verhaltensweisen zur Folge hätten, die eine Anerkennung des Gegenübers bewirken sollen oder – im Fall von Tadel – Entmutigung und Angst. Der Therapeut bietet dem Kind Hilfe an, wenn es diese wünscht oder erklärt ein Spiel, wenn das Kind danach fragt (Axline, 2002¹⁰, S. 115). Der Therapeut macht keine Anregungen, macht keine Vorschläge, sondern hat Vertrauen in die Fähigkeit des Kindes, selbst Entscheidungen treffen zu können. „Spielzimmer und Material stehen dem Kind zur Verfügung und warten auf das, was es tun wird“ (Axline, 2002¹⁰, S. 115).

7. *„Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß, und der Therapeut weiß das“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Wie schon erwähnt, war Axline der Ansicht, Kinder würden ihre Gefühle dann ausdrücken, wenn sie bereit dazu sind. Bei manchen Kindern kann es sehr lange dauern, bis sie sich öffnen bzw. bis die Stunde als therapeutisch bezeichnet werden kann. Das Kind braucht womöglich diese Zeit bis es die Bereitschaft dazu aufbringt. Gibt der Therapeut dem Kind die Zeit, die es braucht, überlässt das Kind quasi sich selbst, wird er für seine Geduld belohnt.

Kinder leben in einer schnelllebigen Welt. „Dabei sind sie von Natur aus langsam. Die Welt ist groß, und sie brauchen Zeit, sie in sich aufzunehmen“ (Axline, 2002¹⁰, S. 121).

8. *„Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klarzumachen“* (Axline, 2002¹⁰, S. 73).

Wie auch heute, setzte Axline (2002¹⁰) nur wenige Grenzen in der Spieltherapie, die jedoch eingehalten werden mussten. Dazu gehörten das absichtliche Beschädigen von Spielmaterial bzw. des Spielraums, das tätliche Angreifen des Therapeuten, das Einhalten der verabredeten Therapiestunde und „Begrenzungen, die der gesunde Menschenverstand zum Schutz des Kindes gebietet“ (S. 124). Begrenzungen sind ebenfalls wichtig, damit sich die Spielstunde nicht zu sehr vom Alltag abhebt und somit der Übergang zum Alltag außerhalb der Spielstunde möglich ist. Sollte ein Kind z.B. mit einem ungeeigneten Spielzeug seine Wut ausdrücken wollen, sollte der Therapeut das Kind auf ein anderes Spielzeug hinlenken. Wird das Kind infolge dessen wütend auf ihn, sollten diese Gefühle von ihm reflektiert werden (Axline, 2002¹⁰, S. 125). „Das Kind erfährt mehr Hilfe, wenn man es die Begrenzungen im zwischenmenschlichen Umgang erkennen lässt, als wenn man seinen zerstörerischen Impulsen nachgibt“ (Axline, 2002¹⁰, S. 126). Ein Angriff auf den Therapeuten sollte immer sofort verhindert werden, da dies nicht nur für den Therapeuten, sondern auch für das Kind und die Beziehung zwischen den beiden schlecht wäre. „Soll die therapeutische Beziehung Erfolg haben, muß sie in ihrem Kern auf gegenseitiger Achtung beruhen“ (Axline, 2002¹⁰, S. 127).

4.3.1.4. *Der Therapeut in der nicht-direktiven Spieltherapie*

Die auf Einfühlung und Akzeptanz gegründete, reflektierende und mitgehende Haltung des Therapeuten, die von Achtung vor dem Kind und seinen Fähigkeiten geprägt ist, soll dem Kind ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. „Der Therapeut macht auf diese Weise dem Kind Mut, tiefer in seine eigene Welt einzudringen und sein wahres Selbst zu entfalten“ (Axline, 2002¹⁰, S. 22).

Der Therapeut ist in dem Sinne „die treibende und auslösende Kraft, die den Klienten befähigt, seine gefühlsmäßig übersteigerten Haltungen in sich zu ordnen und richtig einzuschätzen . . .“ (Axline, 2002¹⁰, S. 31). Diese Haltungen kann es infolge dessen entweder annehmen oder verwerfen.

Durch die beständig gewährende und annehmende Haltung des Therapeuten empfindet sich das Kind als wertvolles Wesen, gewinnt an Selbstachtung und lernt diese gewährende Haltung sich selbst entgegenzubringen. „Umgekehrt wendet es gleichzeitig diese neue Haltung in seinen Beziehungen zu anderen Menschen an . . .“ (Axline, 2002¹⁰, S. 32). Diese Haltung des Therapeuten kann nicht vorgespielt werden, sondern muss seiner inneren Einstellung zum Kind entsprechen (Axline, 2002¹⁰, S. 64).

Der Therapeut achtet das Kind und seine Fähigkeiten. Er respektiert die Stunde des Kindes und behandelt alles, was darin geschieht, vertraulich (Axline, 2002¹⁰, S. 63).

All die Anforderungen, die an den Therapeuten gestellt werden, verlangen „eine reife Persönlichkeit . . ., die sich der Verantwortung, die [ihr] durch die Arbeit mit dem Kind auferlegt wird, bewußt ist“ (Axline, 2002¹⁰, S. 63).

4.3.1.5. *Die therapeutische Arbeit mit den Eltern bzw. Bezugspersonen*

Axline (2002¹⁰) war der Ansicht, dass eine therapeutische Behandlung der Eltern von Vorteil für einen schnelleren Heilungsprozess des Kindes wäre, jedoch nicht unbedingt notwendig für den Erfolg der Spieltherapie sei. Sie fügte dem hinzu, dass der Wert einer begleitenden therapeutischen Elternarbeit jedoch nicht herabgesetzt werden sollte (S. 67f).

Sie gewann in ihren vielen Therapien mit Kindern den Eindruck, dass die gewonnene Einsicht und das verbesserte Selbstverständnis der Kinder „dazu führten, daß sie angepaßter mit ihren Situationen fertig wurden und daß dies umgekehrt durch das Nachlassen der inneren Spannungen zu einem Wandel bei den Erwachsenen führte“ (Axline, 2002¹⁰, S. 67).

In Bezug auf Spieltherapien mit Kindern mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung war sie jedoch anderer Meinung: „so ist die aktive Mitarbeit der Eltern angebracht, besonders wenn das Kind geistig defekt ist und es den Eltern schwer fällt, sich mit dieser Tatsache abzufinden“ (Axline, 2002¹⁰, S. 69). Sollten die Eltern jedoch nicht dazu gewillt sein

mitzuarbeiten, „muß das Kind tun, was es kann“ (Axline, 2002¹⁰, S. 69). Sie konnte jedoch noch nicht viel zum Erfolg einer therapeutischen Arbeit mit diesen Kindern beitragen, da zu dieser Zeit sehr wenig in diesem Bereich gearbeitet wurde (Axline, 2002¹⁰, S. 69).

4.3.1.6. *Das Spielzimmer und –material*

Unter besten (finanziellen und räumlichen) Umständen, empfahl Axline (2002¹⁰) einen extra zur Verfügung stehenden schalldichten Raum, in dem ein Waschbecken mit fließendem Wasser vorhanden ist. Die Wände und Fußböden sollten aus einem einfach zu reinigendem und robustem Material bestehen und die Fenster durch „Gitter oder Fliegenfenster geschützt sein“ (S. 55). Für Beobachtungen und Forschungszwecke sollte ein anschließender Raum durch eine Sichtscheibe getrennt sein, um dort auch Tonbandaufnahmen zu machen (S. 55). Axline (2002¹⁰) empfahl auch, eine Sandkiste im Spielzimmer aufzustellen, da dies gerade für aggressive und phantasievolle Spiele ideal sei (S. 56f).

Sollten die finanziellen und räumlichen Mittel jedoch nicht zur Verfügung stehen, sei all dies aber nicht notwendig. Die Spielsachen sollten, wenn möglich, „einfach konstruiert und leicht zu handhaben sein . . .“ (Axline, 2002¹⁰, S. 56), damit die Kinder damit auch spielen können, ohne daran zu frustrieren. Weiters sollte das Material robust und solide sein. Axline (2002¹⁰) bevorzugte es, das Spielmaterial frei stehen zu lassen, und nicht ausgesuchtes Material im Zimmer zu platzieren. Das Kind sollte frei wählen können, womit es sich ausdrücken möchte (S. 56f).

Das Spielzimmer und -material sollte vom Therapeuten regelmäßig kontrolliert werden und in Ordnung gehalten werden (Axline, 2002¹⁰, S. 57f).

Abschließend soll noch auf einen Auszug der Falldarstellung von Dibs hingewiesen werden, der die Bedeutung des Spielzimmers und der darin herrschenden Atmosphäre des Gewährenlassens verdeutlichen soll:

Er griff nach einer leeren Karte. Dann nahm er einen Bleistift und schrieb sorgfältig und bedächtig etwas in Druckbuchstaben darauf. Er reichte sie mir. „Lesen Sie“, sagte er. „Lesen Sie es mir vor.“ „Leb wohl liebes Zimmer mit den vielen schönen Büchern.

Leb wohl lieber Schreibtisch. Leb wohl Fenster, durch das der Himmel schaut. Lebt wohl, liebe Dame aus dem wunderschönen Spielzimmer“ las ich. Er griff nach der Karte. „Ich will noch etwas dazuschreiben.“ Er schrieb drei Zeilen auf die Rückseite der Karte: „So wie du es haben wolltest. So wie ich es haben wollte. So wie wir es haben wollten.“ (Axline, 1982, S. 207f)

4.3.2. Die Theorie der Selbstentwicklung

Die psychische Entwicklung des Menschen, die im Personenzentrierten Ansatz als Selbstaktualisierung definiert wird, entsteht im Selbstkonzept. Dieses Selbstkonzept entwickelt sich „in empathisch verstehbaren und aus tatsächlich verstandenen Beziehungserfahrungen . . .“ (Biermann-Ratjen, 2002², S. 11). Das bedeutet, dass nur die Erfahrungen und deren Bewertungen als Selbsterfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden, in denen das Kind von einer kongruenten Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wurde (Biermann-Ratjen, 2002², S. 19).

Der Ursprung des wahren Selbst liegt demnach in dem wachsendem Zutrauen des Kindes, Liebe und Fürsorge zu erfahren, die es ermutigen, sich aktiv in die Welt hineinzubewegen, seine Freiheit zu gebrauchen und sein Potenzial an Selbstaktualisierung und schöpferischer Expansion zu verwirklichen. (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 306)

4.3.2.1. Von Rogers zu Stern

Rogers Auffassung nach, wächst und verändert sich das Selbst einer Person in Folge von Beziehungserfahrungen. Dabei speist sich das Selbsterleben nach Rogers aus zwei Quellen heraus: aus organismischen Erfahrungen und aus Bedingungen für Wertschätzung. Stimmen die organismischen Erfahrungen mit den im Selbstkonzept integrierten Erfahrungen, die durch die Bedingungen für Wertschätzung geprägt sind, nicht überein, entsteht Inkongruenz (Behr, 2009, S. 38f).

Zwar ist Rogers Theorie des Selbst an sich schon eine interaktionelle, jedoch geht Stern noch einen Schritt weiter. Behr (2002²) zeigt den wesentlichen Unterschied zwischen Rogers' und Sterns Auffassung des Selbst folgenderweise auf:

Das Gewahrsein des Seins und Handelns erscheint mithin bei Rogers als Baustein des Selbstkonzeptes, und dieses Gewahrsein entsteht durch zwischenmenschliche Erfahrung. . . . Bei Stern entstehen die Bausteine bzw. Grundeinheiten des Selbst nicht ‚durch‘ zwischenmenschliche Erfahrung, sondern ‚als‘ zwischenmenschliche Erfahrung. Das Selbst ‚ist‘ eine Ansammlung von Interaktionserfahrungen. (S. 100)

Das Selbsterleben setzt sich demnach aus mehreren Interaktionserfahrungen zusammen, die in ihrer Summe zusammengefasst werden (Behr, 2009, S. 42). Diese Idee gründet auf Sterns Konstrukt der RIGs (Representations of Inter-actions that have been Generalized; übersetzt: Generalisierte Interaktionsrepräsentationen). Stern geht in seiner Selbsttheorie von einem Säugling aus, der von Geburt an interaktionsfähig ist und die Fähigkeit besitzt, sich und andere zu unterscheiden. „In der Interaktion mit ‚dem Anderen‘ erlebt er sein Selbst, wie sein Selbst vom Anderen in seinem Gefühlszustand reguliert wird und wie der Säugling gegenseitig auch den Anderen zu regulieren vermag“ (Behr, 2002², S. 101). Diese Interaktionen wiederholen sich meist in einem ähnlichen Muster, werden generalisiert und bleiben in dieser zusammengefassten Form in der Erinnerung des Säuglings präsent. „Sie repräsentieren das Selbst nicht als Zustand sondern als Prozeß: ein Selbst, das sich im Prozeß der Interaktion erlebt und dabei zu Mustern, zu Generalisierungen, zu Invarianzen gelangt, eben zu RIGs“ (Behr, 2002², S. 102). Zusammengefasst bedeutet das, dass unser Selbsterleben nach Stern, eine Summe dieser Beziehungserfahrungen ist.

Die Qualität der Interaktionserfahrungen bestimmt auch die Qualität der RIGs. Das bedeutet, dass die Art und Weise wie eine Mutter ihr Interaktionsverhalten auf die Affekte des Kindes abstimmt, ausschlaggebend für die Qualität der RIGs sind. „Über die Affektabstimmung erfolgt die Formung der RIGs und damit des Selbst“ (Behr, 2002², S. 102). Das Konzept der Affektabstimmung gleicht, Behr (2002²) zufolge, dem Personenzentrierten Konzept der Empathie und Rogers Auffassung der Selbstentwicklung (S. 102).

Auf Grundlage der Stern'schen Theorie der Selbstentwicklung kann nun davon ausgegangen werden, dass bestimmte traumatische Situationen nicht für das Entstehen seelischer Störungen zuständig sind. Störungen entwickeln sich demzufolge durch „die kontinuierliche Erfahrung spezifisch beschaffener Interaktionen, die Erfahrung von RIGs in ihrer Summation und die, in klientenzentrierter Terminologie, daraus hervorgehenden Inkongruenzen . . .“ (Behr, 2002², S. 107).

4.3.2.2. *Die Stufen des Selbstempfindens nach Stern*

Das ‚Selbstempfinden‘ ist nach Stern „der zentrale Bezugspunkt und das organisierende Prinzip, aus dem heraus der Säugling sich selbst und die Welt erfährt und ordnet“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 306). Das Selbstempfinden entwickelt sich in vier Stufen bzw. Abschnitten, in denen sich jeweils eine neue Entwicklungsaufgabe stellt. Nachdem das Selbst, Sterns Auffassung nach, eine Ansammlung von Interaktionserfahrungen *ist*, müssen demnach die in den verschiedenen Abschnitten der Selbstentwicklung anfallenden Aufgaben „adäquat im gemeinsamen Beziehungsprozeß zwischen Mutter und Kind bewältigt werden . . .“ (Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002², S. 50)

⇒ Das auftauchende Selbst (0-2 Monate):

Das ‚auftauchende Selbst‘ entsteht durch die innere Motivation des Säuglings, Ordnung in die eigene Welt zu bringen (Weinberger, 2007³, S. 42). Die Ordnung seiner Wahrnehmungs- und Empfindungswelt ist das zentrale Thema in dieser Stufe (Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002², S. 52). „Die vielen einzelnen Selbsterfahrungen . . . werden gekoppelt und darin erlebt der Säugling das Auftauchen von ‚Organisation‘“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 307). Es ist dem Säugling aufgrund der Fähigkeit, verschiedene Ereignisse miteinander verbinden zu können, möglich, eine solche Ordnung bzw. Organisation in seiner Wahrnehmungs- und Gefühlswelt herzustellen (Weinberger, 2007³, S. 42). Der Säugling ist in der Lage, sich als getrennt von der Umwelt zu erleben und kann diese bereits differenziert und gestalthaft erleben (Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002², S. 52).

⇒ Das Empfinden eines Kern-Selbst (3-7 Monate):

Das ‚Kern-Selbst‘ wird aus den Selbsterfahrungen des Kindes, die sich unter anderem in emotionalen und sozialen Interaktionen mit der wichtigen Bezugsperson ergeben, zusammengesetzt (Weinberger, 2007³, S. 43). „Mit der Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit, Affektivität und zeitlichen Kontinuität entsteht . . . das Empfinden des ‚Kern-Selbst‘, einer ‚Getrenntheitsempfindung‘ als primäre Basis, auf der später Gemeinsamkeitserlebnisse mit anderen möglich sind“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 307). Das Empfinden eines Kern-Selbst stützt sich auf das Erleben folgender Selbst-Invarianten:

- ✓ Das Empfinden, Urheber der eigenen Handlungen zu sein (Willensgefühl und Erleben der Konsequenzen des eigenen Handelns).
- ✓ Das Empfinden eines körperlichen Zusammenhalts, ein körperliches Ganzes zu sein.
- ✓ Die Wahrnehmung der eigenen Affektivität, das Erleben innerer Gefühlsqualitäten.
- ✓ Das Gefühl des fortwährenden Seins . . . (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 307f)

Diese Erfahrungen werden in Form von RIGs in der Erinnerung des Säuglings festgehalten, aufgrund dessen eine adäquate Affektregulation auf der Handlungsebene in dieser Stufe besonders wichtig ist (Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002², S. 52).

⇒ Das Empfinden eines subjektiven Selbst (8-16 Monate):

„Das Kind entdeckt, dass es ein eigenes Seelenleben hat, das nicht identisch mit dem anderen ist . . .“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 308). Das heißt, dass es innerliche subjektive Erfahrungen gibt, die mit anderen geteilt werden können und daraus ergibt sich sein „Bedürfnis nach einer Gemeinsamkeit des Erlebens“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 308). In diesem Sinne ist eine adäquate Affektabstimmung zwischen Bezugsperson und Kind das zentrale Thema dieses Abschnitts. Das Selbstempfinden des Kindes wird dadurch bestimmt, „auf welche Aspekte seines Erlebens reagiert wird, welche Teile seines Selbst gesehen, gehört und verstanden werden“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 308). Dabei kommt es darauf an, mit welcher Affektmodulation die Bezugsperson auf das kindliche Empfinden reagiert. Sollte die Affektabstimmung nicht gelingen, bedeutet dies, dass der Wunsch des Säuglings nach einer *Gemeinsamkeit des Erlebens*, nicht erfüllt wird (Reisel & Wakolbinger,

2006, S. 308). Dies ist jedoch eine grundlegende Voraussetzung für die Bewältigung der nächsten Stufe.

⇒ Das Empfinden eines verbalen Selbst (ab 16 Monaten):

In diesem Abschnitt entdecken Kinder, dass sie ihr persönliches Erleben mit Hilfe von Symbolen bzw. Sprache mitteilen können (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 308; Weinberger, 2007³, S. 47). Auf der Gefühlsebene kann es jedoch zu einer Spaltung kommen, weil das Kind auf seine sprachlichen Grenzen trifft. „Das Kind erlebt, dass es einen Teil seiner Empfindungen verbalisieren kann, andere aber nicht, dass Teile davon verstanden werden, andere aber nicht“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 308).

Sollten sich die vier Stufen des Selbstempfindens im Kind entwickelt haben, bestehen sie ein Leben lang weiter und überlappen sich. „In allen diesen Modalitäten . . . vollzieht sich nun eine Interaktion“ (Behr, 2002², S. 106). Diese werden vom Verhalten der Bezugsperson auf die kindlichen Empfindungen – einmal mehr empathisch-akzeptierend, einmal weniger bzw. ablehnend, etc. – bestimmt. „Stern kann aus seinem Entwicklungsmodell des Selbsterlebens jeweils sowohl Grundthemen als auch Beschaffenheiten, Tönungen dieses Selbsterlebens unterscheiden“ (Behr, 2002², S. 106). Aus diesem Grund kommt es nicht immer nur auf die Empathie der Bezugsperson an, sondern darauf, dass diese nicht immer gleich affektgestimmt auf die jeweiligen Themen und Tönungen des kindlichen Befindens antworten kann. „Inkongruenz entsteht so analog den verschiedenen Beschaffenheiten des Selbsterlebens auch in strukturell unterschiedlicher Weise“ (Behr, 2002², S. 106).

Behr (2002²) geht aufgrund dessen davon aus, dass sich das Inkongruenz-Modell, das von einer Inkongruenz zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild ausgeht, nun differenzieren lässt: *„Die Art und Weise, wie eine unterschwellige organismische Erfahrung im Selbstbild symbolisiert werden kann, unterscheidet sich offenbar je nachdem, in welcher Sphäre des Selbsterlebens [bzw. Selbstempfindens] die Inkongruenz entstanden ist“* (Behr, 2002², S. 106).

Im nächsten Kapitel wird verdeutlicht, welche Bedeutung Beziehungserfahrungen bei der Entwicklung des Selbst zukommt. Dabei wird besonders auf das Konstrukt der ‚Feinfühligkeit‘ von Ainsworth Bezug genommen, das Sterns Konstrukt der ‚Affekt Abstimmung‘ und der Personenzentrierten ‚Empathie‘ sehr nahe kommt.

4.3.2.3. Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen

Bowlby war der Auffassung, dass das Kind von Geburt an danach strebt, „soziale Beziehungen einzugehen (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 312). Er verwendete den Begriff ‚attachment‘ um die Beziehung zwischen Kind und wichtiger Bezugsperson – in diesem Fall der Mutter – zu definieren. Seiner Auffassung nach, sei diese nicht durch Abhängigkeit, sondern „durch ein Band der Ver-Bindung . . .“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 312) gekennzeichnet. „Dadurch wird auch deutlich gemacht, dass es sich bei der Mutter-Kind-Beziehung um einen wechselseitigen, interaktiven Prozess handelt, an dessen Gestaltung beide . . . aktiv beteiligt sind“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 312).

Ainsworth, eine weitere Vertreterin der Bindungsforschung, kam zu dem Ergebnis, dass die Qualität der Bindungen unterschiedlich sein kann. Diese würde einerseits vom Grad der mütterlichen ‚Feinfühligkeit‘ in Bezug auf das Erkennen der kindlichen Bedürfnisse und der Angemessenheit und Schnelligkeit ihrer Reaktion auf diese abhängen, und andererseits von der mütterlichen Fähigkeit zur Metakognition, der „Fähigkeit, über sich selbst, das Kind und die Beziehung zum Kind nachdenken und reflektieren zu können“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S. 312). In einer ihrer Untersuchungen, die sich ‚fremde Situation‘ nannte, wurden folgende drei Bindungstypen festgestellt:

- ⇒ Typ A – unsicher-vermeidend gebunden
- ⇒ Typ B – sicher gebunden
- ⇒ Typ C – sicher-ambivalent gebunden

Verschiedenste Untersuchungen haben ergeben, dass sich die vorhin aufgezählten „Bindungstypen mit allen Konsequenzen für Emotionalität, soziale Wahrnehmung, Selbstbild usw. vom Säuglingsalter an über Jahre in der Entwicklung der Person konstant erhalten und sich auch über Generationen hin fortsetzen können“ (Behr, 2002², S. 103).

„Die verschiedenen Bindungserfahrungen . . . entstehen natürlich aufgrund des unterschiedlichen Bindungsverhaltens der jeweiligen Mutterpersonen“ (Behr, 2002², S. 103). Ainsworth entwickelte das Konstrukt der Feinfühligkeit, um das Bindungsverhalten präzise beschreiben zu können. Dieses Konstrukt weist eine deutliche Ähnlichkeit zur Personenzentrierten Empathie und zu Sterns Affektabstimmung auf (Behr, 2002², S. 103).

Ähnlich den Skalen der Personenzentrierten Therapeutenvariablen, formulierte Ainsworth eine neunstufige Skala, die in Bezug auf die Feinfühligkeit der Mutter folgende verhaltensorientierte Beschreibungen festhielt:

- ⇒ Zugänglich, erreichbar-sein der Mutterperson für die Signale des Babys,
- ⇒ Feinfühliges Bemerkens der Signale
- ⇒ Wahrnehmung ohne Verzerrung und damit richtige Interpretation
- ⇒ sich hineinversetzen, in die Lage des Babys versetzen können
- ⇒ Angemessenheit, Abgestimmtheit der Reaktion
- ⇒ Verzögerungsfreie, im zeitlichen Kontakt zu den Signalen des Babys stehende Reaktion. (Behr, 2002², S. 104)

Grob zusammengefasst, werden die Grundbausteine des kindlichen Selbsterlebens von dessen Beziehungserfahrungen in Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen aufgebaut (Behr, 2007, S. 7). Dabei spielen die beiden vorhin beschriebenen Konstrukte, Affektabstimmung nach Stern und Feinfühligkeit nach Ainsworth, eine große Rolle. „And, as will be shown, this has consequences even for the smallest details of child therapy methodology“ (Behr, 2003, S. 94).

4.3.3. Die Bedeutung der Interaktionsresonanz für die Personenzentrierte Spieltherapie

Behr baut seine Theorie der Interaktionsresonanz auf Grundlage der vorhin beschriebenen Entwicklungstheorien, der des Selbsterlebens nach Stern und der Bindungstheorie – vor allem der von Ainsworth – auf. „Beide Theorien vertreten, dass Beziehungserfahrungen des Kindes die Grundbausteine seines Selbsterlebens bilden“ (Behr, 2007, S. 157).

Behr (2002²) zufolge befördern die beiden Konstrukte, Affektabstimmung und Feinfühligkeit, den Personenzentrierten Begriff der Empathie auf die Handlungsebene, also auf eine nicht-sprachliche Ebene (S. 104). „In analoger Form kann nun der Erwachsene im Spielzimmer non-verbal auf die Spielhandlungen des Kindes reagieren . . .“ (Behr, 2008, S. 120).

Weiters macht er darauf aufmerksam, dass sich durch die Annahme, das Selbst würde sich *als* zwischenmenschliche Erfahrung gestalten, der Fokus in der Therapie mehr auf die Hier-und-Jetzt-Beziehung gerichtet wird (Behr, 2002², S. 100).

4.3.3.1. *Axline*

„Axlines Grundprinzipien, ihr Respekt vor dem Kind und vor dessen nicht manipuliertem Wachstum, gelten bis heute, sowohl vom Konzept als auch von der Ethik und den Haltungen der erwachsenen Person her“ (Behr, 2002², S. 99).

Behr, Hölldampf und Hüsson (2009) bezeichnen die Art von Beziehung, die Axline bot, als ‚Facilitatorbeziehung‘. Das Wort wurde von Rogers kreiert und beschreibt die Therapeutenfunktion als eine, die sich „vom Belehren, Hinführen, Fürsorglichsein abgrenzen soll und ein bedingungs- und manipulationsfreies Erleichtern, Ermöglichen und Unterstützen betont“ (S. 18). Zwar war Axline als Person in der Therapie sehr wachsam und (verbal) präsent dem Kind gegenüber, spielte jedoch nur auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin mit (Behr, 2002², S. 99).

Die Spieltherapie, wie Axline sie ausübte, beruhte auf dem Leitgedanken, dass die Person durch das bedingungsfreie Akzeptieren der Bezugsperson an Kongruenz zunimmt. Die Hier-und-Jetzt-Beziehung stand noch nicht im Fokus der Therapie. „Die Beziehung ist sicherlich fundamental für den Therapieprozess und die Entwicklung der Person – und doch als Thema nicht unbedingt explizit präsent“ (Behr, 2008, S. 116).

Aufgrund der schon erwähnten Relevanz von Beziehungserfahrungen und deren Qualität, erweist sich laut Behr (2002²), Axlines Beziehungskonzept als ergänzungsbedürftig (S. 99). Seiner Auffassung nach spielen die Hier-und-Jetzt-Beziehung und die darauf abgestimmten Interventionen des Therapeuten eine notwendige Rolle in Bezug auf den Erfolg der Therapie (Behr, 2008, S. 115). Dies soll jedoch nicht darauf schließen, dass das nicht-direktive Vorgehen nach Axline altmodisch und deswegen ungebräuchlich sei. Die therapeutische Beziehung, die auf dem Konzept der Interaktionsresonanz gründet, soll die therapeutische Beziehung nach Axline ergänzen. „Beide sind differentiell, also in Abhängigkeit von der Störung des jungen Klienten einzusetzen“ (Behr, 2007, S. 157).

4.3.3.2. Die Interaktionsresonanz als therapeutische Intervention in der Personenzentrierten Spieltherapie

Da sich Behr im speziellen an den Begriffen ‚Representations of *Interactions* that have been Generalized’ und ‚Responsiveness’ (übersetzt: Feinfühligkeit) in seinem Konzept bezieht, leitet sich daher der Begriff ‚Interaktionsresonanz’ auch von diesen ab. Dieser fasst im Wesentlichen „Konzepte der Affektabstimmung aus der Säuglingsforschung, Feinfühligkeit aus der Bindungsforschung, Unmittelbarkeit der personenzentrierten Therapie und Kontaktreflexionen der Prä-Therapie . . .“ (Behr, 2009, S. 37) zusammen.

Unter Interaktionsresonanz versteht Behr (2002²) das Resonanzgeben des Therapeuten auf Handlungen des Kindes, welches sich auf der Handlungsebene abspielt (S. 110). Somit stellt sich die Interaktionsresonanz als eine Ergänzung und Abwandlung der Personenzentrierten Empathie dar, die jedoch auch die Authentizität des Therapeuten impliziert (Behr, 2008, S. 121).

Behr (2002²) fasst die Anwendung der Interaktionsresonanz in folgender Weise zusammen:

In den Spielstunden inszeniert das Kind Beziehungsmuster. Es bedient sich dazu verschiedener Medien, die über Sprache hinaus gehen, in der Regel des Spielens. Die Therapeutenperson interagiert mit dem Kind in dem von ihm gewählten Medien. Sie gibt Resonanz in der Interaktion, Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene empathisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht ‚wörtlich’, das kindliche Handeln – die Therapeutenperson tut mehr als all dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes. (S. 108)

Die Resonanz, die das Kind in der Interaktion mit dem Therapeuten erfährt, unterstützt die Selbstentfaltung des Kindes. Der Therapeut nimmt alles, was das Kind tut, in sich auf, ohne jedoch etwas vorzugeben, also ohne vor das Kind zu geraten (Behr, 2002², S. 111f). Dabei ist auch wichtig, dass er nicht zu weit hinter das Kind gerät, sondern seine Handlungen fast simultan zu den Handlungen des Kindes verlaufen. Dabei kann er die Spielhandlungen des Kindes leicht abwandeln bzw. anders tönen, jedoch nicht das Spiel lenken (Behr, 2007, S. 6).

Die Interaktionsresonanz erfolgt auf Grundlage der Akzeptanz und der Authentizität. Es wird nicht nur das Kind an sich mit all seinen Gefühlen akzeptiert, sondern auch dessen Spielhandlungen. Dabei ist der Therapeut als mitspielender Interaktionspartner mit denselben Rechten präsent und kann auch seine Interessen vertreten (Behr, 2002², S 110).

Durch die Interaktionsresonanz erlebt das Kind eine intensive Beziehung, durch die es die Möglichkeit geboten bekommt, seine organismischen Erfahrungen besser zu symbolisieren. „So erlebt er über die andere Beziehungsqualität sein Selbst anders. Diese neuen Erfahrungen modifizieren die Arbeitsmodelle des Selbst respektive die RIGs“ (Behr, 2007, S. 7). Infolge dessen bauen sich neue Qualitäten im kindlichen Selbsterleben auf und die Symptome ab (Behr, 2007, S. 7).

4.4. Zusammenfassung

Im Kapitel zur Personenzentrierten Spieltherapie sollte die Weiterentwicklung dargestellt werden, die sich seit der 1947 verfassten nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline ergeben hat. Hauptsächlich basiert diese Weiterentwicklung auf den Ergebnissen der Säuglings- und Bindungsforschung, die den Beziehungserfahrungen des Kindes und deren Qualität großer Bedeutung beimessen. Diese Feststellung hat zur Folge, dass Therapeuten heutzutage nicht nur auf der verbalen Ebene präsent sind, sondern auf der Handlungsebene Resonanz auf die kindlichen Spielhandlungen geben. Vor allem wird dies im Konzept der Interaktionsresonanz nach Behr deutlich.

Die Prinzipien und Grundgedanken Virginia Axlines bleiben jedoch auch in der Personenzentrierten Spieltherapie, wie sie gegenwärtig ausgeführt wird, von großer Bedeutung und sind auch nicht wegzudenken.

5. Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

Akzeptieren und nicht bestimmte Veränderungen bewirken wollen, aber Bedingungen bieten, die Veränderung ermöglichen. (Pörtner, 2002, S. 515)

Es wurde schon diskutiert, dass es einen Mangel an psychotherapeutischen Angeboten – vor allem auch an Personenzentrierten Angeboten – für (erwachsene) Menschen mit geistiger Behinderung gibt. Es gibt jedoch Ansätze, so wie die Prä-Therapie, die sich ausführlich mit dieser Personengruppe auseinandersetzen und auch überwiegend in der (Personenzentrierten) therapeutischen Praxis ausgeübt werden.

In der Fachliteratur und auch in der psychotherapeutischen Praxis verhält es sich in Bezug auf Kinder mit geistiger Behinderung jedoch noch mangelhafter. Besonders zur Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung gibt es nur vereinzelte Beiträge und Studien, die jedoch schon älter sind und deren Aussagegehalt, laut Goetze (2002), aufgrund der angewandten Methoden angezweifelt werden könnten (S. 415). Er fügt weiter hinzu, dass „die Erfahrung mit Spieltherapien bei geistigbehinderten Kindern, soweit sie sich aus der vorliegenden Literatur erschließen lassen, . . . eher spärlicher und unsystematischer Art“ (S. 412) sind.

Verhaltenstherapeutische Interventionen stellen die übliche Behandlungsart bei Kindern mit geistiger Behinderung dar, die zusätzlich an einer psychischen Störung leiden. Diese führen zwar zu einem schnellen Symptomabbau, gehen jedoch wenig auf die Gefühlsebene ein.

These methods have found considerable success in fostering optimum development of such individuals. However, the employment of affective (feelings, experience) means in working with the retarded and developmentally disabled that fosters their self-development and self-enhancement is commonly ignored. (Ginsberg, 1984a, S. 321)

Ein Grund für den Mangel an (Personenzentrierten) psychotherapeutischen Angeboten für Kinder mit geistiger Behinderung besteht in der Annahme mancher Therapeuten, dass (Personenzentrierte) Spieltherapie bei diesen Kindern nicht hilfreich sei. „This contention is based (a) on the theory that play therapy requires using toys in fantasy play to express

conflict symbolically and (b) on the belief that retarded children cannot do this . . .“ (Morrison & Newcomer, 1974, S. 666). Auch Goetze (2002) ist der Auffassung, dass Spieltherapie nur bei den Kindern angewandt werden kann, die zumindest ein basales Sprach- und Symbolverständnis aufweisen können (S. 409). Wie schon darauf hingewiesen wurde, setzte auch Rogers in seinem Werk ‚Die nicht-direktive Beratung‘ eine gewisse Intelligenz beim Klienten voraus, damit eine Therapie erfolgreich sein kann. Auch in Bezug auf Kinder, setzte er eine durchschnittliche Intelligenz für eine erfolgreiche Therapie voraus:

5. Das Kind ist relativ behandelbar, das heißt, daß es

- a) organisch möglichst stabil ist,
- b) durchschnittlich intelligent ist und
- c) alt genug ist, um seine Einstellungen durch Spielmaterialien oder auf andere Weise in der beratenden Situation ausdrücken zu können. Das bedeutet normalerweise ein Alter von mindestens vier Jahren. (Rogers, 2007¹², S. 77)

Von diesen Bedingungen distanzierte er sich jedoch spätestens in seinem Werk ‚Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie‘, nachdem er zu der Überzeugung gekommen war, dass das Ausschließen gewisser Gruppen von der Therapie nicht vorteilhaft sei (Rogers, 2005¹⁷, S. 214).

5.1. Die Anwendung der nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline bei Kindern mit geistiger Behinderung

Axline (2002¹⁰) beschrieb in ihrem Buch ‚Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren‘ ein Fallbeispiel einer Therapeutin, die mit einem Jungen namens Franz arbeitete, der geistig behindert war. Dabei äußerte die Therapeutin anfangs auch Skepsis: „Was um alles in der Welt konnte dieses nutzlose kleine Geschöpf dort anfangen?“ (S. 107). Franz war vier Jahre alt, konnte nicht sprechen und es fehlte ihm an Selbstbestimmung. Er blieb stehen, wo man ihn in seinem Laufstall hinstellte und unternahm nichts, krabbelte nur ziellos herum. In den ersten Spielstunden und auch Zuhause beschäftigte er sich kaum mit den Spielsachen,

zumindest nicht in sinnvoller Weise. Nach der Spieltherapie berichtete seine Mutter, dass er Sprechversuche unternahm, sich in sinnvoller Weise mit den Spielsachen beschäftigte und versuchte aus dem Laufstall heraus zu kommen. Er sei zwar schwieriger zu behandeln, jedoch sah sie dies als positives Zeichen (S. 106ff). Zusammenfassend kam Axline (2002¹⁰) auf folgende Erklärung für diese Entwicklung:

Hierin liegt sicher ein Hinweis darauf, daß selbst Franz in der Lage war, eine Auswahl zu treffen [in Bezug auf das Spielmaterial] und einen Wandel in sich in Gang zu setzen, wenn man ihm Gelegenheit dazu gab. Seine Unabhängigkeit gab ihm offensichtlich erheblich mehr Befriedigung als seine frühere infantile Abhängigkeit. In seiner Beziehung zur Therapeutin mußte er soviel Sicherheit erlebt haben, daß er seine Gefühle von Furcht und Angst überwinden konnte. Es machte den Eindruck, als gewänne Franz so viel Befriedigung aus seinem neuen Selbstwertgefühl und seinem Selbstvertrauen, daß er sich weiterentwickeln konnte. Seine inneren Spannungen ließen nach und er erreichte ein seelisches Gleichgewicht, das ihn zur Kontrolle über sich selbst befähigte. (S. 113)

Axline veröffentlichte 1949 eine Studie, die sich ebenfalls mit der nicht-direktiven Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung beschäftigte. Die Studie basierte auf Berichten von Spieltherapiestunden mit 15 Kindern, die von trainierten Beobachtern aufgezeichnet wurden. Die Berichte waren ursprünglich nicht für diese Studie aufgezeichnet, sondern erst zu diesem Zweck nach IQ und Alter der Kinder aus einer Vielzahl von Berichten für diese ausgewählt worden. Die Berichte wurden dann in drei Gruppen geteilt: die Erste enthielt Aufzeichnungen von Kindern, dessen IQ sich nach der Spieltherapie nicht veränderte, also niedrig blieb; die Zweite enthielt Aufzeichnungen von Kindern, dessen IQ sich nach den Spieltherapieeinheiten erhöhte; die letzte Gruppe enthielt Aufzeichnungen von Kindern, dessen IQ durchschnittlich war. Laut Aussagen der Eltern, die vor der Therapie protokolliert wurden, waren diese Kinder in ihrem Verhalten auch emotional gestört und wiesen Beeinträchtigungen in ihrem Sprachvermögen auf. Jedes Kind erhielt acht bis 20 Spieltherapiestunden von demselben Therapeuten. Die Spielstunden wurden nach Axlines beschriebenen Prinzipien abgehalten (Axline, 1949, S. 314).

In der ersten Gruppe zeichnete sich wenig Aktivität seitens der Kinder ab. Dies wurde vom Therapeuten jedoch akzeptiert: „The therapist made no attempt to draw him into any activity – feeling that it was *psychologically more important for Lenny to initiate the activity that to be playing* because of her gentle persuasion“ (Axline, 1949, S. 316). Der Therapeut versuchte die Kinder in einen entspannten Zustand zu bringen, indem er den Druck von außen während der Therapiestunden fernhielt. Axline sah bei den Kindern der ersten Gruppe das primäre Problem darin, dass sie nicht in der Lage waren, ihre Gefühle im Alltag zum Ausdruck zu bringen, ohne die Bedrohungen, die ihre Bezugspersonen ihnen ohnehin schon entgegen brachten, zu verschlimmern. „They were not able to communicate clearly to others the things that were uppermost in their lives. . . . They were not able to establish a satisfactory relationship with others“ (Axline, 1949, S. 318f). Zusammenfassend empfand die Therapeutin die Therapiestunden als unvollständig, jedoch konnte man schon nach wenigen Therapiestunden Fortschritte verzeichnen. Die Kinder wirkten im Allgemeinen entspannter und ruhiger, auch wenn sie zwischendurch aggressive Phasen hatten. Weiters merkte Axline an, dass die Aktivitäten dieser Kinder und wie sie ihre Gefühle mit dem Spielmaterial symbolisierten, den von Kindern mit einem höheren IQ sehr ähnlich waren (Axline, 1949, S. 319).

Bei den Kindern der zweiten Gruppe zeichnete sich mehr Aktivität in ihrem Spielverhalten ab und es kam zu einer größeren Anwendung von Grenzsetzungen seitens des Therapeuten. Zu erwähnen sei hier, dass diese Kinder einen etwas höheren IQ vor der Spieltherapie aufwiesen als die erste Gruppe.

Die dritte Gruppe bestand aus Aufzeichnungen über Kinder, die nicht als geistig behindert galten, jedoch aufgrund ihrer familiären Geschichte von Axline als ‚emotional behindert‘ definiert wurden. Sie kamen alle aus kaputten familiären Verhältnissen und wurden in Heimen untergebracht. Diese Kinder wiesen ähnliche oder nahezu gleiche Störungen auf, wie die Kinder, die einen niedrigen IQ hatten bzw. als geistig behindert definiert wurden. „Reasons for including Group III in a discussion of mental deficiency – symptom or disease? – will be obvious if we consider it as pertinent to the question *Is it a symptom?* For here is some evidence that rules out mental deficiency as the cause of this behavior“ (Axline, 1949, S. 323).

In allen Gruppen kam es zu vermehrter Spielaktivität, da ihnen in einer empathischen und wertschätzenden Atmosphäre die Möglichkeit dazu gegeben wurde. Diese Kinder wurden

seitens ihrer Bezugspersonen, aufgrund ihrer (intellektuellen) Beeinträchtigungen, abgelehnt, waren ungewollt und ungeliebt. In der Spielstunde wurden sie jedoch angenommen, wie sie waren. Sie konnte ihren Gefühlen freien Lauf lassen und so zu einem befriedigenderen Zustand finden. „In [all] groups there was an outpouring of negative feelings and destructive play followed by more outgoing and positive behavior“ (Axline, 1949, S. 322).

Newcomer und Morrision führten zwei Studien durch, in denen sie die Effektivität von nicht-direktiven Spieltherapieangeboten mit direktiven Spieltherapieangeboten für Kinder mit geistiger Behinderung verglichen. In der ersten Studie ging es hauptsächlich darum, herauszufinden, ob Spieltherapie im Allgemeinen eine positive Auswirkung auf (soziale und intellektuelle) Fertigkeiten von Kindern mit geistiger Behinderung habe. Dabei stellten sie drei Hypothesen auf:

1. Spieltherapie hat eine positive Auswirkung auf Fertigkeiten von Kindern mit geistiger Behinderung; damit sind auch die intellektuellen und sozialen Fertigkeiten gemeint.
2. Gruppenspieltherapie und Einzelspieltherapie haben verschiedene Auswirkungen bezüglich der Fertigkeiten von Kindern mit geistiger Behinderung.
3. Direktive Spieltherapie ist in Bezug auf das Bewirken von Veränderungen der Fertigkeiten von Kindern mit geistiger Behinderung effektiver als nicht-direktive Spieltherapie.

Für die Studie wurden Einzeltherapie- und Gruppentherapiestunden mit 12 Kindern mit geistiger Behinderung durchgeführt, in denen der Therapeut abwechselnd eine nicht-direktive und eine direktive Haltung einnahm. Vier Kinder erhielten Einzeltherapiestunden, vier Kinder Gruppentherapiestunden und die restlichen vier Kinder stellten die Kontrollgruppe dar, bekamen also keinerlei Therapie. Bei der ersten Studie ging es, wie schon erwähnt, hauptsächlich darum die Effektivität von Spieltherapie bei diesen Kindern zu testen. Daher wurden nur Anhaltspunkte der Hauptergebnisse als Rückschluss auf die Wirksamkeit direkter bzw. nicht-direkter Interventionen verwendet. Die erste Hypothese, die davon ausging, dass Spieltherapie eine positive Auswirkung auf die Fertigkeiten von Kindern mit geistiger Behinderung hat, ließ sich bestätigen. Die zweite Hypothese erwies sich als falsch, d.h. Gruppentherapie und Einzeltherapie wirkten sich laut dieser Studie nicht in verschiedener Art und Weise auf die Fertigkeiten von Kindern mit geistiger Behinderung aus.

Da die dritte Hypothese nicht richtig getestet wurde, konnten nur die Anhaltspunkte der anderen zwei Ergebnisse darüber Aufschluss geben, ob es einen Unterschied zwischen nicht-direktiver und direkter Spieltherapie bei diesen Kindern gab. Diese deuteten auf keinen Unterschied zwischen nicht-direktiven und direkten Interventionen in Bezug auf die Wirksamkeit auf Fertigkeiten bei Kindern mit geistiger Behinderung auf. Diese Deutung ist jedoch nicht aussagekräftig, da zunächst direktiv, dann nicht-direktiv und dann wieder direktiv mit diesen Kindern gearbeitet wurde (Newcomer & Morrison, 1974, S. 728ff).

In ihrer zweiten Studie, die ein Jahr nach der ersten Studie veröffentlicht wurde, verglichen Morrison und Newcomer (1975) die Wirksamkeit nicht-direktiver und direkter Spieltherapieangebote für Kinder mit geistiger Behinderung. Sie gingen davon aus, dass Kinder mit geistiger Behinderung das Handhaben von Spielmaterial nicht organisieren bzw. nicht gestalten können. Daher nahmen sie auch an, dass direkte Spieltherapieangebote diesbezüglich vorteilhafter für Kinder mit geistiger Behinderung seien. An der Studie waren 14 Kinder beteiligt, die als geistig behindert eingestuft wurden. Fünf Kinder erhielten nicht-direktive Spieltherapie, fünf Kinder erhielten direkte Spieltherapie und die restlichen vier dienten als Kontrollgruppe. Die durchführenden Therapeuten waren auszubildende Krankenschwestern, die einen vierwöchigen Einführungskurs in Spieltherapieprinzipien nach Ginott & Leland und Smith bekamen. Weiters erhielten sie einmal wöchentlich Supervision bei einem Spezialisten, der therapeutische Erfahrung mit Kindern mit geistiger Behinderung hatte. Die Therapeuten wurden willkürlich der direkten oder nicht-direktiven Spieltherapie zugeordnet (Morrison & Newcomer, 1975, S. 666f).

Zusammenfassend kamen Morrison und Newcomer zu folgendem Ergebnis: „Obviously these results provide no evidence that directive treatment was more effective than nondirective treatment“ (Morrison & Newcomer, 1975, S. 669).

Ausgehend von den drei vorgestellten Studien, kann die Behauptung aufgestellt werden, dass Kinder mit geistiger Behinderung von nicht-direktiven Spieltherapieangeboten profitieren können. Diese Auffassung vertreten die meisten Therapeuten, die mit diesen Kindern gearbeitet haben. „The assumption here is that the mentally retarded child, despite his intellectual limitations, can grow in therapy because therapeutic progress does not depend on intellectual ability“ (Mehlman, 1953, S. 57).

5.2. Vorgehensweisen und Modifikationen in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

Irblich (2002²) weist darauf hin, „dass die vielen Gemeinsamkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern die Unterschiede bei Weitem überwiegen“ (S. 197). In der mangelhaften Fachliteratur, die es zu diesem Thema gibt, bestätigt sich diese Auffassung. Auch von Luxburg (1984) geht nicht von einer Sonderbehandlung dieser Kinder aus und vertritt die Ansicht, dass Kinder mit geistiger Behinderung das Spiel auch als Kommunikationsmittel und zum Ausdruck ihrer inneren Welt verwenden können (S. 41).

Die Vorgehensweisen, die in den Beiträgen zu diesem Thema beschrieben werden, orientieren sich überwiegend an Rogers formulierter Grundhaltung (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz) in der Personenzentrierten Psychotherapie, an Axlines Prinzipien und Vorgehensweisen in der Spieltherapie und an der Prä-Therapie nach Prouty. Es gilt jedoch bei den meisten Therapeuten die Auffassung, dass die klassische nicht-direktive Spieltherapie nach Axline bei diesen Kindern auf Grenzen stößt, die es durch Modifikationen bzw. durch Integration anderer Methoden zu überwinden gilt. „Es liegt auf der Hand, dass für Kinder mit derlei Einschränkungen eine Spieltherapie anders strukturiert sein muss. Ebenso evident ist, dass Abweichungen von den gewohnten Formen einer Spieltherapie mit dem Schweregrad einer geistigen Behinderung korrelieren werden“ (Goetze, 2002, S. 409). Irblich und Blumenschein (1996) betonen darauf beziehend, dass die integrierten Methoden jedoch im Einklang mit der Personenzentrierten Grundhaltung stehen sollten (S. 249).

Die ‚Klientenzentrierte Spieltherapie‘, wie sie Hofer (1984) für Kinder mit geistiger Behinderung beschrieben hat, integriert Verhaltensmodifikationstheorien in die axlinesche Spieltherapie. Das Ziel dabei ist es, „neue Verhaltensweisen aufzubauen bzw. unerwünschte Verhaltensweisen abzubauen . . .“ (Hofer, 1984, S. 154).

Von Luxburg (1984) beschreibt die ‚Kindzentrierte Spiel- und Kommunikationstherapie‘ für Kinder mit geistiger Behinderung als Weiterentwicklung von Axlines nicht-direktiver Spieltherapie. Er geht wie Axline davon aus, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Kind und die Einstellung des Therapeuten zum Kind, wie sie Axline beschrieben hat, für eine

erfolgreiche Therapie wichtig sind (S. 42). Die Modifikationen, die sich bei Kindern mit geistiger Behinderung für die Therapie ergeben, sind folgende:

- ⇒ Einbeziehung nicht-verbaler Formen der Kommunikation,
- ⇒ . . . Strukturierung der Therapie durch den Therapeuten,
- ⇒ . . . Einbeziehung von Methoden der nicht-verbalen Lenkung . . .,
- ⇒ . . . Unterscheidung von zwei Phasen der Therapie . . . mit einer entsprechenden Differenzierung des Therapeutenverhaltens. (S. 42f)

Rust (2009) verwendet in ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die eine geistige Behinderung aufweisen, das Zeichnen als Kommunikationsmittel. „Hier werden durch Anregungen des Therapeuten therapeutisch bedeutsame innere Bilder (Tagträume) evoziert, gezeichnet und im non-direktiven Gespräch mit Kindern und Jugendlichen bearbeitet“ (S. 157). Wie schon erwähnt, fällt es jungen und erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung aus verschiedenen Gründen schwer, über ihre Gefühle zu sprechen. Sie sind es zum Teil nicht gewohnt, passen sich den Erwartungen anderer an oder sind aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung nicht dazu in der Lage.

Ihre dennoch persönliche Signatur gilt es, gemeinsam mit ihnen, herauszulesen, bzw. die Konturen zu entdecken, die wie in einem sich entwickelnden Polaroidfoto im Laufe der gemeinsamen Arbeit immer sichtbarer werden. Die Zeichnungen werden dabei als Gesprächshilfen erklärt. (Rust, 2009, S. 157)

Dabei interpretiert der Therapeut die Zeichnungen nicht. Es liegt bei den Kindern, die Zeichnungen und das, was durch sie ausgedrückt wird, zu erklären. Die Therapeutin gibt jedoch Resonanz auf die Zeichnungen, indem sie sie annimmt und würdigt. „Ich erlebe hier oft und ganz unmittelbar echten, empathischen und wertschätzenden Austausch im Sinne einer heilenden Beziehung“ (Rust, 2009, S. 170). Sie merkt jedoch an, dass eine solche Vorgehensweise bei Kindern und Jugendlichen mit mittelgradiger bis schwer geistiger

Behinderung aufgrund des beeinträchtigten Sprachvermögens nicht geeignet sei (Rust, 2009, S. 171).

5.2.1. Lenkung und Impulssetzungen

Zwei Worte, die auffallend oft in Verbindung mit Personenzentrierter Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung gebracht werden sind ‚Lenkung‘ und ‚Impulssetzung‘. Wie schon erwähnt, ist die Überzahl an Therapeuten der Meinung, dass eine klassische nicht-direktive Spieltherapie aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung bei diesen Kindern nicht möglich ist bzw. nicht zu einem therapeutischen Erfolg führt. „Nach meiner Erfahrung fällt es geistig behinderten Kindern mit emotionalen Problemen oft schwer, aus nicht-direktiven Therapieangeboten für ihre Persönlichkeitsentwicklung zu profitieren, wenn nicht immer wieder gezielte Impulse des Therapeuten neue Lernerfahrungen ermöglichen“ (Irblich, 2002², S. 173). In der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung wird daher überwiegend eine aktivere Haltung seitens des Therapeuten eingenommen (Irblich, 1999, S. 89).

Lenkungen bzw. Impulssetzungen werden meist dann gesetzt, wenn Kinder ein passives, stereotypes oder auch aggressives Spielverhalten zeigen, die durch ein nicht-direktives Vorgehen alleine nicht aufgehoben werden können (Irblich, 1999, S. 77; Irblich & Blumenschein, 1996, S. 246; von Luxburg, 1984, S. 47). Der Therapeut kann dann dazu beitragen, neue Erfahrungen zu machen, indem er sie aktiv zu diesen hinlenkt. Dabei wird es dem Kind erleichtert, „therapeutisch relevante Erfahrungen besser wahrzunehmen, zu symbolisieren, miteinander zu verknüpfen und transferieren“ (Irblich, 2002², S. 163).

Die Lenkung erfolgt meist über das Spielmaterial, indem der Therapeut dieses z.B. schon vor der Stunde selektiert oder während der Stunde die Aufmerksamkeit des Kindes auf dieses durch optische oder akustische Signale, die mit dem Spielmaterial zu machen sind, lenkt. In Bezug auf Gruppenspieltherapien kann der Therapeut das Kind z.B. darauf hinweisen, wie ein anderes Kind mit dem Spielmaterial umgeht. Solche lenkenden Interventionen können auch auf einer nonverbalen Ebene gemacht werden (Irblich, 1999, S. 77; Irblich & Blumenschein, 1996, S. 247; von Luxburg, 1984, S. 46).

Bei einer Lenkung besteht immer die Gefahr, dass der Prozess des Kindes gestört wird bzw. die Handlungen des Kindes manipuliert werden (Irblich, 2002², S. 197). Dies steht jedoch im Widerspruch zu Axlines Prinzip, dass das Kind den Weg bestimmen soll. Daher weist Irblich (2002²) auf die Wichtigkeit hin, dass lenkende Interventionen einen Angebotscharakter haben sollten (S. 193). Der Therapeut sollte darauf achten, dass die angebotenen Alternativen oder Hilfestellungen mit den kindlichen Bedürfnissen übereinstimmen (Irblich & Blumenschein, 1996, S. 242; von Luxburg, 1984, S. 41). Das Kind kann sich entweder darauf einlassen oder nicht. Die Entscheidung bleibt auch hier dem Kind überlassen. „Diese Entscheidungsfähigkeit ist ein wichtiger Schritt hin zu größerer Handlungsautonomie“ (Irblich, 1999, S. 77).

In der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung wird davon ausgegangen, dass auch sie eine Aktualisierungstendenz haben. Daher sollte das Ziel der Lenkung immer die Unterstützung der kindlichen Aktualisierungstendenz sein und nicht die Manipulierung des kindlichen Erlebens (Irblich, 2002², S. 163).

5.2.2. Spielmaterial

Wie schon aus dem vorigen Kapitel hervor geht, wird in der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung das Spielmaterial teilweise selektiert bzw. reduziert. Kinder mit geistiger Behinderung leiden an einer Reizverarbeitungsschwäche, die es durch die Reduktion des Spielmaterials zu berücksichtigen gilt.

Irblich (1999) bietet in der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung überwiegend Spielmaterial an, das grobmotorische Bewegungen fördert. „Dadurch können die Klienten gezielter dazu angeregt werden, mit dem ganzen Körper aktiv zu sein, zu handeln und über das Handeln neue Erfahrungen zu gewinnen . . .“ (Irblich, 1999, S. 76). Dem Kind wird somit ermöglicht, sich als handelndes Individuum zu erleben. Dabei dient die Reduzierung des Materials auch der Überschaubarkeit für die Kinder (Irblich, 2002², S. 170) und der Strukturierung der Spieltherapie durch den Therapeuten (von Luxburg, 1984, S. 46).

Irblich und Blumenschein (1996) reduzieren im therapeutischen Gruppenspiel für Kinder mit geistiger Behinderung das Spielmaterial auf drei bis vier wechselnde Angebote. Dadurch kann die Interaktion zwischen den Kindern forciert werden (S. 242).

Newcomer und Morrison (1974) weisen darauf hin, dass die meisten Spielangebote für Kinder ohne Behinderung entwickelt wurden und daher für Kinder mit geistiger Behinderung nicht geeignet sind. „Play materials that are safe for nonretarded children can be dangerous and destructive when used by children of equal MA [mental age] who are retarded“ (S. 727). Da Kinder mit geistiger Behinderung langsamer lernen, mehrere Wiederholungen notwendig haben und auf Beispiele angewiesen sind, kommt laut Newcomer und Morrison (1974) nur Spielmaterial bei Kindern mit geistiger Behinderung in Frage, das einfach strukturiert und konkret ist und wenig Denk- und Sprachvermögen abverlangt (S. 727).

5.3. Rahmenbedingungen in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

5.3.1. Freiwilligkeit

Kinder mit geistiger Behinderung werden, wie auch Kinder ohne Behinderung, meist von ihren Eltern bzw. Bezugspersonen in die Therapie geschickt. Dabei ist es wichtig, dass auch hier die Entscheidung, ins Spielzimmer zu gehen, dem Kind überlassen wird (Irblich, 1999, S. 87). Irblich (2002²) beschreibt eine solche Entscheidungssituation in einem seiner Fallbeispiele über eine Personenzentrierte Spieltherapie bei einem Jungen mit geistiger Behinderung:

Doch auch dann erklärt Simon mehrfach, er wolle nicht mehr zu mir kommen, er wolle zu einem anderen Therapeuten. Um die Freiwilligkeit zu wahren, biete ich ihm an, ihn nicht mehr in der Wohngruppe abzuholen, sondern im Therapiezimmer auf ihn zu warten. Die Erzieher bitte ich, ihn an die Therapiestunde zu erinnern, aber es seiner Entscheidung zu überlassen, ob er kommt oder nicht. (S. 178)

Durch die Wahrung der Freiwilligkeit überlässt er Simon nicht nur die Entscheidung zu kommen oder nicht, sondern er übergibt ihm ebenfalls die Verantwortung für seine Handlungen (Irblich, 2002², S. 179).

5.3.2. Regelmäßigkeit

Der Regelmäßigkeit und Einhaltung der Therapiestunden kommt bei Kindern mit geistiger Behinderung eine noch größere Bedeutung hinzu als bei Kindern ohne Behinderung. Kinder, die keine Behinderung haben, können meist an die letzte Spielstunde anknüpfen und sich daran erinnern. Bei Kindern mit geistiger Behinderung ist dies nicht immer gegeben. „Sie müssen sich jedesmal wieder neu orientieren und handeln mehr aus dem aktuellen Bedürfnis heraus“ (Irblich, 1999, S. 82).

5.4. Beziehungsangebot in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

Die Beziehung zwischen Therapeut und Kind spielt bei Kindern mit geistiger Behinderung eine wesentliche Rolle, die für eine erfolgreiche Therapie Voraussetzung ist (Irblich, 2002², S. 176). Die angebotene Haltung des Therapeuten, die auf Empathie, Wertschätzung und Kongruenz beruht, soll dem Kind Sicherheit vermitteln, damit neue Erfahrungen und Veränderungen ermöglicht werden.

5.4.1. Unbedingte Wertschätzung und Akzeptanz

Irblich (1999) und Irblich und Blumenschein (1996) sind der Auffassung, dass der unbedingten Wertschätzung bzw. der Akzeptanz eine besondere Bedeutung in der Arbeit mit Kindern mit geistiger Behinderung zukommt, da sie diese seitens ihres sozialen Umfeldes meist nicht erfahren (S. 74). Die meisten Förderungen und Therapien richten sich auf die

Defizite des Kindes und darauf, das Kind zu verändern. „Als unabsichtiger Nebeneffekt wird ihm dadurch vermittelt: ‚So wie du bist, bist du nicht gut genug!‘ . . .“ (Irblich, 1999, S. 75).

Durch die akzeptierende und wertschätzende Haltung werden die Kräfte des Kindes anerkannt, die in der Hier-und-Jetzt Situation wirken. Dabei kann es sich um positive als auch negative Kräfte und Gefühle handeln. Aufgrund der Akzeptanz und der Wertschätzung des Therapeuten, wird dem Kind die Möglichkeit geboten, auch diese negativen Gefühle und Kräfte zu erfahren und diese gemeinsam mit dem Therapeuten auszuhalten. Dadurch kann Veränderung bewirkt werden (Irblich, 1999, S. 75f). Die akzeptierende Grundhaltung ist eine wichtige Voraussetzung für „die Zunahme von Selbstachtung, Wertschätzung und Persönlichkeitsentwicklung . . .“ (Irblich & Blumenschein, 1996, S. 241).

5.4.2. Empathie

Die empathische Haltung des Therapeuten wird, wie auch bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, aufgrund der sprachlichen Beeinträchtigungen, meist auf der nonverbalen Ebene vermittelt. Dies stellt einer der Besonderheiten der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung dar. Obwohl nonverbale Kommunikation auch einen Aspekt der Interaktionellen Spieltherapie nach Behr darstellt, kommt diese bei Kindern mit geistiger Behinderung vermehrt zum Einsatz. Aufgrund dessen spielen in der therapeutischen Arbeit bei Kindern mit geistiger Behinderung die gemeinsamen Spielhandlungen von Therapeut und Kind eine große Rolle, „da auf der Handlungsebene oft intensivere und nachhaltigere Erfahrungen möglich sind“ (Irblich & Blumenschein, 1996, S. 241). Dabei reflektiert der Therapeut auf empathische Weise die Gefühle des Kindes verstärkt durch Mimik, Gestik und Handlungen seinerseits (Irblich, 2002², S. 197; von Luxburg, 1984, S. 45). Von Luxburg (1984) weist jedoch darauf hin, dass negative Gefühle eher auf der sprachlichen Ebene reflektiert werden sollten, damit es nicht zu einer Beängstigung des Kindes komme (S. 45).

Zinschitz (2001) vergleicht die empathische Haltung des Therapeuten in der Arbeit mit Kindern mit geistiger Behinderung mit der frühen Mutter-Kind-Interaktion und auch mit den prä-therapeutischen Reflexionen:

Im Laufe meiner Arbeit mit Kleinkindern . . . mit einer kognitiven Beeinträchtigung fiel mir immer mehr die Parallele zwischen den prä-therapeutischen Reflexionen und der Art, wie Erwachsene alles, was die Kleinkinder äußern oder machen, benennen. Sie helfen ihnen dadurch, ein Verständnis von sich selbst und den Gegenständen oder Personen um sie herum zu entwickeln, d.h. von einem prä-expressiven zu einem expressiven Selbst zu gelangen. (S. 47)

5.4.3. Echtheit/ Kongruenz

Irblich (1999) deutet darauf hin, dass die Kongruenz bzw. Echtheit des Therapeuten in der Arbeit mit Kindern mit geistiger Behinderung wichtig ist, da diese meist ein feines Gespür dafür haben, ob dieser ihnen gegenüber echt ist oder nicht (S. 76). Menschen mit geistiger Behinderung erfahren oft falsche Höflichkeiten, etc. von ihrer Umwelt und haben deswegen ein gutes Gespür dafür.

5.4.4. Weitere besondere Aspekte

Irblich (2002²) betont, dass die Beziehungsaspekte in der therapeutischen Arbeit bei Kindern mit geistiger Behinderung ebenso vielfältig sein können wie bei Kindern ohne Behinderung und dass es diesbezüglich viele Gemeinsamkeiten gibt. Trotzdem ist er der Auffassung, dass folgende Punkte bei Kindern mit geistiger Behinderung besonders berücksichtigt werden sollten:

- ⇒ Stimmigkeit in der räumlichen Position zum Klienten, gleiche oder verschiedene Augenhöhe, der Grad der körperlichen Nähe, synchrone bzw. asynchrone Bewegungsgeschwindigkeit, . . . Atemrhythmus und körperliche Anspannung . . .
- ⇒ ‚Selbstverständlichkeiten‘ in einer für den Klienten deutlichen und verständlichen Weise zum Ausdruck bringen . . . Diese Mitteilungen können auch nonverbal, z.B. durch Spiegeln des kindlichen Verhaltens gegeben werden. Dadurch wird die Selbstbewusstheit des Klienten erhöht, die situative Orientierung verbessert und die Interaktion zwischen Therapeut und Klient intensiviert.

- ⇒ . . . Gefühle, die beim Klienten (und beim Therapeuten) im Kontakt entstehen, [hervorheben], da sie bei geistig behinderten Menschen oft nur unzureichend repräsentiert sind. . . .
- ⇒ Durch gezielten Wechsel der Handlungsebenen ‚Phantasie‘, ‚Spiel‘ und ‚Realität‘ können Erfahrungen bewusster gemacht, besser miteinander verknüpft und dadurch dem Klienten besser verfügbar gemacht werden. (S. 181)

5.4.5. Ziele der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

Als primäres Ziel der Personenzentrierten Spieltherapie gilt auch bei Kindern mit geistiger Behinderung die Auflösung von Inkongruenzen in ihrem psychischen Erleben, und weder die Beseitigung ihrer Behinderung, noch die Steigerung ihrer Intelligenz (Irblich, 2002², S. 163ff). Dabei unterscheidet sich die Personenzentrierte Spieltherapie wesentlich von anderen Förderungen, die Kinder mit geistiger Behinderung üblicherweise erhalten. In der Spieltherapie wird der Fokus mehr auf die emotionale Ebene und auf die Ressourcen des Kindes gerichtet. Dadurch wird dem Kind ermöglicht, seine Umgebung frei zu erkunden, sich selbst und andere zu erleben und infolgedessen neue relevanten Lernerfahrungen zu machen (Goetze, 2002, S. 411).

Aus personenzentrierter Sicht würde man dem geistigbehinderten Kind in diesem Sinn Möglichkeiten zur Selbststeuerung eigenen Verhaltens und zur Verwirklichung eigener Lebensziele auf der Basis persönlicher, echter, warmer und akzeptierender Beziehungen eröffnen; entscheidende Hilfsquellen sind für das Kind nicht Techniken und Programme, sondern Personen, die mit ihm in einer ‚signifikanten‘ Beziehung stehen. (Goetze, 2002, S. 410)

Die Aufgabe des Therapeuten liegt in der Akzeptanz der Grenzen, die Teil der Behinderung und deswegen auch Teil der kindlichen Persönlichkeit sind, und in der Wahrnehmung der kindlichen Ressourcen, auf die es aufzubauen gilt (Irblich, 2002², S. 199). „Indem er es als Persönlichkeit achtet . . ., ermöglicht er es ihm, Wertschätzung und Vertrauen in die eigenen

Fähigkeiten zu entwickeln, und führt es zur Beachtung der eigenen Gefühle“ (von Luxburg, 1984, S. 41).

5.5. Personenzentrierte Gruppenspieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung

Der Umgang oder der Kontakt zu gleichaltrigen Kindern, stellt für viele Kinder mit geistiger Behinderung aus verschiedenen Gründen eine Schwierigkeit dar (Irblich & Blumenschein, 1996, S. 239). Durch eine Gruppenspieltherapie können Kinder mit geistiger Behinderung soziale Erfahrungen sammeln, indem sie z.B. das Verhalten anderer Gruppenmitglieder beobachten und in Bezug auf sich selbst richtig verstehen lernen, indem sie mit ihnen Kontakt aufnehmen, sich mit ihnen über Bedürfnisse austauschen, auch lernen deren Bedürfnisse zu berücksichtigen und angemessen auf andere zu reagieren (Irblich, 1999, S. 77).

Irblich und Blumenschein (1996) weisen auch in Bezug auf Gruppenspieltherapien bei Kindern mit geistiger Behinderung darauf hin, dass meist mehr direktiv gehandelt werden muss, da es manchen dieser Kinder nicht gelingt, „ohne Unterstützung durch Erwachsene in Spielhandlungen mit anderen einzutreten, das Verhalten wechselseitig aufeinander zu beziehen und dadurch . . . im spielerischen Kontakt mit Gleichaltrigen zu bleiben“ (S. 239). Auf der anderen Seite, können gewisse Impulse, die sonst der Therapeut gezielt setzt, von einigen Gruppenmitgliedern ausgehen und auf andere wirken (Irblich, 1999, S. 77).

Als Ziel der Gruppenspieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung fassen Irblich und Blumenschein (1996) folgende Punkte zusammen:

- ⇒ bewußtere Wahrnehmung der eigenen Person . . . ,
- ⇒ bewußtere Wahrnehmung der Umwelt . . . ,
- ⇒ realistischere Einschätzung eigener Fähigkeiten,
- ⇒ Verminderung von Ängsten, Hemmungen und Abwehrverhalten,
- ⇒ Positiveres Selbstwertgefühl,
- ⇒ Aufbau einer dauerhaften Motivation zum Handeln und Kontakt mit anderen,

- ⇒ mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Handeln und in der Bewertung von Handlungen,
- ⇒ bessere Integration in andere bestehende soziale Systeme. (S. 244)

Mehlman (1953) führte eine Studie mit 32 Kindern mit geistiger Behinderung durch, die in einer Anstalt lebten. Diese wurden in drei Gruppen aufgeteilt, wobei eine Gruppe eine nicht-direktive Gruppenspieltherapie nach Axlines Prinzipien erhielt und die anderen beiden Gruppen als Kontrollgruppen dienten. Untersucht werden sollte, ob die Gruppenspieltherapie psychologische Veränderungen, besonders in Bezug auf die Persönlichkeit und Intelligenz der Kinder, haben würde. Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

1. Die nicht-direktive Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung würde sich positiv auf therapeutische Resultate auswirken.
2. Die nicht-direktive Spieltherapie würde einen Zuwachs an Intelligenz bei Kindern mit geistiger Behinderung bewirken.
3. Es würde einen Zusammenhang zwischen Intelligenz- und Persönlichkeitsveränderung geben.

Alle drei Hypothesen konnten nicht bestätigt werden, d.h. es kam weder zu Persönlichkeitsveränderungen, noch zu einer Veränderung bezüglich der Intelligenz der Kinder. Mehlman (1953) merkte jedoch zum Schluss an, dass es einige Punkte gab, die eine ideale nicht-direktive Spieltherapie beeinträchtigten. Zum einen waren zu viele Kinder in einer Gruppe für einen Therapeuten eingeteilt worden, die Kinder wurden nicht in idealer Weise zusammengesetzt und zum anderen beschwerte sich das Personal der Anstalt über die Lautstärke, zu der es in den Gruppenspieltherapien kam (Mehlman, 1953, S. 53ff).

Newcomer und Morrision (1974) wiesen jedoch auf die Tatsache hin, dass Kinder mit geistiger Behinderung durch die förderlichen Stimulationen innerhalb der Gruppenspieltherapie zu optimaler Entwicklung gelangen könnten (S. 727).

5.6. Therapeutische Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit bei Kindern mit geistiger Behinderung

Schon Axline verwies darauf, dass die Einbeziehung der Eltern bei einer Therapie mit Kindern mit geistiger Behinderung förderlich wäre. Die Einbeziehung von Eltern bzw. von wichtigen Bezugspersonen halten die meisten Therapeuten bei diesen Kindern für wichtig, „da sie in einem System von Wechselbeziehungen [stehen]. Hilfen für das geistig behinderte Kind in emotionalen Schwierigkeiten sind dann erfolgreich, wenn nicht nur einzelne Teile des Systems herausgegriffen werden . . ., sondern die Beziehungen zwischen den verschiedenen Teilen beachtet werden“ (von Luxburg, 1984, S. 50).

Dabei ist es wichtig herauszufinden, welche Erwartungen die Bezugspersonen bezüglich der Therapie haben und diese auch zu berücksichtigen (Irblich, 1999, S. 73). Es sollte jedoch nie außer Acht gelassen werden, dass das Kind und dessen Bedürfnisse im Mittelpunkt der Therapie stehen sollten. „Die Doppelfunktion als Therapeut des Klienten und als Berater der Bezugspersonen ist nicht unproblematisch, besonders dann, wenn Interessenskonflikte auftreten“ (Irblich, 2002², S. 197).

Bei Kindern mit geistiger Behinderung wird auch das Öfteren Filialtherapie mit deren Eltern durchgeführt.

5.6.1. Filialtherapie

Bei der Filialtherapie, die von Guerney (1964) gegründet wurde, handelt es sich um ein Trainingsverfahren, in dem Eltern bzw. Bezugspersonen von einem Filialtherapeuten in die Personenzentrierten Basisvariablen der Spieltherapie nach Axline eingeschult werden, die sie dann anschließend im Spiel mit den Kindern anwenden können. Das Besondere an diesem Konzept ist, dass Eltern zuhause als Quasi-Therapeuten fungieren. „The technique uses parents as therapeutic agents with their own children“ (Guerney, 1964, S. 304).

Die Eltern bzw. Bezugspersonen werden in Gruppen von einem Filialtherapeuten in Prinzipien der Personenzentrierten Spieltherapie eingeführt, welche auch in Rollenspielen eingeübt werden. „Die Kompetenzen, die vor Spielbeginn in einem Training durch den

supervisierenden Spieltherapeuten zu vermitteln sind, betreffen das Orientieren, das (aktive) Zuhören, das Mitspielen und das Grenzsetzen“ (Goetze, 2009, S. 81). Anschließend wenden die Bezugspersonen die Prinzipien zu einem festgesetzten Zeitpunkt mit den Kindern zuhause bzw. im Heim im Spiel an. Meist erfolgen die Spielstunden einmal wöchentlich für ca. 30 bis 45 Minuten über einen Zeitraum von zwei Monaten und länger (Goetze, 2001, S. 98).

Ziel der Filialtherapie ist vor allem, Einstellungen und Praktiken der Eltern ihrem Kind gegenüber zu verändern und dem Kind die Möglichkeit zu geben, eigene Bedürfnisse im Spiel in Gegenwart des elterlichen Spielpartners auszudrücken und auf diese Weise Fremd- und Selbstwertschätzung zu erfahren. (Goetze, 2001, S. 97)

Durch die Filialtherapie erleben Eltern bzw. Bezugspersonen ihre Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Verbesserung der (Familien-) Situation, ohne sich von einem Experten abhängig zu machen (Goetze, 2001, S. 96).

Auch bei Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung kann Filialtherapie förderlich sein. „One application, that of employing Filial Therapy with the retarded and their families, has proved, to this author, to be profoundly useful“ (Ginsberg, 1984b, S. 332). Ginsberg (1984b) ist der Auffassung gewesen, dass Familien, die nicht-direktive Interventionen im Spiel mit ihren Kindern anwenden, stärker werden und dass vor allem die Kinder von den Spielstunden mit ihren Eltern profitieren. „He/she begins to feel and be more competent, less anxious, more open, expressive and responsive to others“ (S. 333).

Boll (1973) schrieb eine Dissertation, in der die Wirksamkeit der Filialtherapie auf das soziale Verhalten von Kindern mit geistiger Behinderung untersucht wurde, und wie dieses von den Müttern, welche die Spielstunden durchführten, wahrgenommen wurde. Weiters wurde untersucht, ob sich das mütterliche Verhalten gegenüber den Kindern mit geistiger Behinderung aufgrund der Spielstunden verändern würde. Die Zielgruppe der Studie waren Kinder mit geistiger Behinderung, die als erziehbar galten und deren Mütter bzw. Pflegemütter, die das ‚Family Home Center‘ besuchten. Die Mütter wurden in drei Gruppen eingeteilt. In der einen Gruppe bekamen die Mütter von einem Experten (behaviorale) Konzepte und Techniken präsentiert, um das gewünschte Verhalten bei den Kindern zu erreichen. In der zweiten Gruppe war zwar ein Experte anwesend, jedoch ermutigte und

unterstütze dieser die Mütter, eigene Lösungen durch Peer-Interaktionen und Diskussionen zu finden. „This approach was quite similar to the non-directive or client-centered approach . . .“ (Boll, 1973, S. 28). Die dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe. Beantwortet werden sollten folgende zwei Fragen:

1. Gibt es einen Unterschied in der Wirksamkeit zwischen der modifizierten, durch einen Experten geführten Filialtherapie, der nicht-direktiven und diskussionsorientierten Filialtherapie und der Kontrollgruppe in Bezug auf das soziale Verhalten dieser Kinder und wie wird dieses von den Müttern wahrgenommen?
2. Gibt es einen Unterschied in der Wirksamkeit zwischen der modifizierten, durch einen Experten geführten Filialtherapie, der nicht-direktiven und diskussionsorientierten Filialtherapie und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Förderung positiven Verhaltens der Mütter gegenüber ihren Kindern mit geistiger Behinderung?

Dabei wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Die erste Gruppe wird mehr Wirksamkeit in Bezug auf das soziale Verhalten der Kinder und wie dieses von den Müttern wahrgenommen wird als die zweite, nicht-direktive Gruppe erzielen.
2. Die erste Gruppe wird mehr Wirksamkeit in Bezug auf das soziale Verhalten der Kinder und wie dieses von den Müttern wahrgenommen wird als die Kontrollgruppe erzielen.
3. Die nicht-direktive Gruppe wird mehr Wirksamkeit in Bezug auf das soziale Verhalten der Kinder und wie dieses von den Müttern wahrgenommen wird als die Kontrollgruppe erzielen.
4. Die erste Gruppe wird mehr Wirksamkeit in Bezug auf das positive Verhalten der Mütter gegenüber ihren Kindern erzielen als bei der nicht-direktiven Gruppe.
5. Die erste Gruppe wird mehr Wirksamkeit in Bezug auf das positive Verhalten der Mütter gegenüber ihren Kindern erzielen als bei der Kontrollgruppe.

6. Die nicht-direktive Gruppe wird mehr Wirksamkeit in Bezug auf das positive Verhalten der Mütter gegenüber ihren Kindern erzielen als bei der Kontrollgruppe.

Die erste Hypothese konnte nicht bestätigt werden, da es einen größeren Zuwachs an sozial-adaptivem Verhalten bei den Kindern gab, deren Mütter in der nicht-direktiven und diskussionsorientierten Gruppe teilnahmen. Diese Gruppe nahm etwas öfter an den Trainingsstunden teil als die erste Gruppe und wuchs näher zusammen. Das Ergebnis der zweiten Hypothese konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Es gab zwar einen leichten Zuwachs bei der ersten Gruppe, jedoch war dieser statistisch nicht ausschlaggebend. Die dritte Hypothese hat sich bestätigt. Das Ergebnis war statistisch sehr signifikant. Die Hypothesen 4, 5, und 6 konnten nicht bestätigt werden. Boll meinte zu diesen Ergebnissen, dass die zweite Gruppe die Zeit besser nütze und von Anfang an sehr motiviert war. Daraus schloss er, dass es Müttern mehr helfen würde, mit Müttern in ähnlichen Situationen zu reden und sich gegenseitig zu beraten als die Probleme von einem Experten lösen zu lassen (Boll, 1973, S. 14ff).

Beckloff (1998) untersuchte für seine Dissertation die Wirksamkeit der Filialtherapie auf Kinder mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung. 70 % dieser Kinder haben einen IQ unter 70, weisen verschiedene Formen von Behinderungen, sozialen Defiziten, autistischen Zügen, Entwicklungsverzögerungen und beeinträchtigten Sprachfunktionen auf, können also mit Kindern mit geistiger Behinderung verglichen werden. Die Ergebnisse der Studie, die im Rahmen der Dissertation gemacht wurde, zeigten auf, dass die Filialtherapie bezüglich des Zuwachses der elterlichen Akzeptanz gegenüber den Kindern wirksam war. Die Probleme der Eltern, die sich durch die Beeinträchtigungen ihrer Kinder ergaben, konnten durch die Filialtherapie nicht reduziert werden. Dennoch gaben die Eltern an, sie hätten das Gefühl, ihre Kinder besser verstehen zu können. Sie berichteten ebenfalls, dass die Kinder kreativer spielten als zuvor, sich sprachlich besser ausdrückten und auch mehr Kontakt zu den Eltern aufnahmen. Die Ergebnisse dieser Studie waren statistisch nicht bedeutsam. Beckloff fügte jedoch hinzu, dass nach Aussagen der Eltern und seinen Beobachtungen Filialtherapie bei diesen Kindern trotzdem förderlich sei.

Auch Kale und Landreth (1999) untersuchten die Wirksamkeit der Filialtherapie bei Eltern von Kindern mit Lernschwierigkeiten. Sie konnten nachweisen, dass sich der Stress bei den Eltern durch die Filialtherapie reduziert. Weiters verwiesen sie darauf, dass Filialtherapie

besonders bei diesen Kindern förderlich sei, da sie nicht nur Lernschwierigkeiten hätten, sondern auch Schwierigkeiten im Aufbau von Beziehungen zu anderen. „Filial therapy training is an effective intervention that has been found to promote more positive and secure relationships between parents and children“ (Kale & Landreth, 1999, S. 51).

Das Vorteilhafte am filialtherapeutischen Ansatz ist, dass dieser nicht nur bei Eltern, sondern auch bei anderen relevanten Bezugspersonen angewandt werden kann. Sywulak (1984) führte die Mitarbeiter eines Heims für Jugendliche mit geistiger Behinderung in Prinzipien der nicht-direktiven Spieltherapie ein. „Because the staff live and work with the clients on a day-to-day basis, the staff-client relationship is a far more powerful vehicle for change than oft he psychologist-client relationship . . .“ (S. 326). In diesem Heim wurden üblicherweise verhaltenstherapeutische Interventionen angewandt. Diese wurden zu der Zeit des Filialtrainings durch Personenzentrierte Interventionen ersetzt bzw. ergänzt. Die Mitarbeiter des Heims reagierten im Gegensatz zum Heimleiter sehr positiv und motiviert auf das Training, da die bis dahin angewandten verhaltenstherapeutischen Interventionen nicht sehr effektiv in Bezug auf Verhaltensveränderung der Klienten war. Sywulak demonstrierte den Mitarbeitern des Heims Spieltherapieeinheiten mit verschiedenen Klienten, in denen deutlich wurde, wie positiv die Klienten auf die personenzentrierten Interventionen reagierten. Obwohl sich manche Mitarbeiter anfangs bezüglich der Erfüllung der nicht-direktiven Haltung unsicher fühlten, nahmen sie diese in der Arbeit mit den Jugendlichen zunehmend ein. Sie nahmen die Spielstunden als entspannend wahr, da der Druck, eine Veränderung bewirken zu müssen, nicht mehr auf ihren Schultern lastete. Die Mitarbeiter berichteten von positiven Veränderungen der Klienten: „They reported that clients were becoming more expressive, interacting more with each other, and were more self-responsible“ (Sywulak, 1984, S. 327).

5.7. Zusammenfassung

Obwohl die überwiegende Auffassung herrscht, Personenzentrierte bzw. nicht-direktive Spieltherapie sei bei Kindern mit geistiger Behinderung nicht so wirksam wie z.B. verhaltenstherapeutische Therapieformen, zeigen die wenigen Studien und Berichte zu diesem Thema doch auf, dass sie wirksam ist.

Trotzdem ist die Mehrzahl der Fachpersonen davon überzeugt, dass Modifikationen bei dieser Personengruppe notwendig seien. Diese Modifikationen beinhalten hauptsächlich lenkende Interventionen und Impulssetzungen über das Spielmaterial, die den Kindern neue Erfahrungen ermöglichen sollen, da sie sonst in ihren passiven und stereotypen Verhaltensweisen festgefahren bleiben. Es lässt sich aus der vorherrschenden Literatur aber keinerlei Struktur oder System in diesen Modifikationen erkennen. Die Studie von Axline (1949) beweist zudem, dass auch eine klassische nicht-direktive Spieltherapie bei solchen Kindern zu Erfolgen führen kann.

Weiters wurde über die Arbeit mit den Bezugspersonen von Kindern mit geistiger Behinderung berichtet und wie die Filialtherapie eine Möglichkeit bietet, Eltern bzw. Bezugspersonen selbst als Therapeuten fungieren zu lassen. Die Ergebnisse der dargestellten Studien beweisen, dass es zu einem besseren Verständnis des Kindes und infolge dessen zu besseren Beziehungserfahrungen kommt. Wenn man bedenkt, dass gestörte Beziehungserfahrungen einer der Hauptgründe für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung sind, wäre die Filialtherapie womöglich ein Verfahren, dass häufiger in der Arbeit mit diesen Kindern eingesetzt werden sollte.

II Empirischer Teil

6. Forschungsmethode und Beschreibung der Untersuchung

6.1. Das Experteninterview

Die Wahl des Datenerhebungsinstrumentes für diese Arbeit fiel auf das Experteninterview, das der qualitativen Sozialforschung zugeordnet wird. „Experteninterviews werden in rekonstruierenden Untersuchungen eingesetzt“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 13).

Dabei besitzen die Interviewpartner aufgrund ihrer Beteiligung an bzw. aufgrund ihres Agierens in dem zu rekonstruierenden Sachverhalt ein Expertenwissen. „*„Experte“ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte*“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 11). Die interviewten Personen stellen für die Untersuchung nicht einen Einzelfall dar, sondern repräsentieren die zu untersuchende Gruppe (Flick, 2007, S. 214).

Sozialwissenschaftler können anhand des Experteninterviews relevante Informationen über die sie interessierenden Sachverhalte gewinnen. Die interviewten Personen gelten nicht als ‚Objekt‘ der sozialwissenschaftlichen Untersuchungen, „sondern sie sind bzw. waren ‚Zeugen‘ der uns interessierenden Prozesse“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 12). Als Interviewpartner kommen infolge dessen all die Personen in Frage, die ein spezifisches Wissen bzw. Expertenwissen aufweisen können, das für die Untersuchung von Relevanz ist (Gläser & Laudel, 2009³, S. 43).

6.1.1. Auswahl und Daten der Interviewpartner

Für den empirischen Teil dieser Arbeit sollten Personenzentrierte Psychotherapeuten interviewt werden, die zumindest einmal spieltherapeutisch mit Kindern mit geistiger Behinderung gearbeitet haben.

Die Suche erwies sich allgemein als Herausforderung, da – wie schon im theoretischen Teil dieser Arbeit ersichtlich wurde – es einen Mangel an psychotherapeutischen Angeboten für diese Personengruppe gibt, besonders im Personenzentrierten Gebiet und vor allem auch in Österreich.

Zunächst wurde auf der Homepage der APG (<http://www.apg-forum.at/>) in der Detailsuche nach Personenzentrierten Psychotherapeuten, die eine Ausbildung zum Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten aufweisen konnten gesucht, die zusätzlich angaben, mit Menschen mit Behinderungen zu arbeiten. Diesen (wenigen) Personen wurde dann per e-mail ein Überblick über das Thema der Diplomarbeit und eine Anfrage bezüglich eines Interviews geschickt. Es meldeten sich insgesamt sehr wenige und entsprachen zudem den Kriterien nicht. Sie arbeiteten entweder mit Kindern oder mit Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Aufgrund dessen wurde die Suche auf Deutschland und England erweitert.

In England wurden einige Therapeuten gefunden, deren Beschreibungen bezüglich ihrer Tätigkeit den Anschein erweckten, den Kriterien zu entsprechen. Es stellte sich jedoch schnell heraus, dass sie diesen entweder nicht entsprachen oder sich nicht deutlich dazu bekannten mit Kindern mit geistiger Behinderung bzw. wie in der e-mail beschrieben wurde, ‚children with mental deficiency‘ bzw. ‚children with mental retardation‘, zu arbeiten. Sie bevorzugten hauptsächlich den Begriff ‚learning difficulties‘, was jedoch für mich nicht klar als geistige Behinderung zu deuten war und aufgrund dessen ich mich dagegen entschied. Zudem handelte es sich um lediglich zwei Personen.

Im Internet erwies sich die Suche nach Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland als kompliziert, da eine Detailsuche mit den vorhin angegebenen Kriterien nicht möglich war bzw. eine Detailsuche nicht gefunden werden konnte. Infolge dessen wurde Dr. Michael Behr, bei dem ich einige Jahre zuvor ein Spieltherapieseminar besuchte, mit der Bitte kontaktiert, meine e-mail an Personen weiterzuleiten, die seiner Kenntnis nach in diesem Bereich tätig wären. Darauf folgten vier Antworten von Psychotherapeuten, die meinen Kriterien entsprachen. Auch in Österreich fanden sich zwei weitere Interviewpartner, die bereit waren ein Interview zu geben.

Zusammenfassend bedeutet das, dass insgesamt sechs Experteninterviews für die vorliegende Arbeit durchgeführt wurden.

Therapeuten	Personen-zentrierter Psycho-therapeut	Alter	m/w	Land	Freie Praxis (FP)/ Institution (I)	Zusätzliche Berufsbezeichnung	Therapien bei Kindern mit geistiger Behinderung
T.A.	x	54	w	D	I	Dipl. Psychologin	mehr als 6
T.B.	x	47	w	D	I	Dipl. Psychologin	mehr als 6
T.C.	x	47	w	D	I	Dipl. Psychologin; Psych. Psychotherapeutin	mehr als 6
T.D.	x	50	w	D	I	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin	mehr als 6
T.E.	x	46	w	Ö	FP	Pädagogin; Sonder- und Heilpädagogin	mehr als 6
T.F.	x	55	w	Ö	FP+I	Psychologin; Frühförderin; KIP-Ausbildung	mehr als 6

Tabelle 1: Daten der Interviewpartnerinnen

6.1.2. Leitfadeninterview

Zur Durchführung eines Experteninterviews eignet sich die Anfertigung eines Interviewleitfadens, der dazu dienen soll, Themen und Fragen im Interview anzusprechen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. „Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens wird dadurch realisiert, dass das aus der Untersuchungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitete Informationsbedürfnis in Themen und Fragen des Leitfadens übersetzt wird“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 115).

Dabei sind weder die Formulierungen der Fragen, noch die Reihenfolge, in der sie gefragt werden, verbindlich. „Um das Interview so weit wie möglich an einen natürlichen Gesprächsverlauf anzunähern, können Fragen aus dem Interviewleitfaden auch außer der Reihe gestellt werden, wenn es sich ergibt. So kommen Interviewpartner mitunter selbst auf ein bestimmtes Thema“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 42).

Meuser und Nagel (2010³) deuten darauf hin, dass ein Experteninterview ohne jegliche Vorstrukturierung die Gefahr in sich birgt, dass der Interviewer inkompetent erscheinen und infolge dessen vom Interviewten nicht ernstgenommen werden könnte (S. 464).

Aus den oben genannten Gründen wurde daher auch bei den für die Arbeit durchgeführten Interviews ein Leitfaden angefertigt (siehe Anhang).

6.2. Transkription der Interviews

Da es bezüglich der Transkription von Interviews keine einheitlichen Regeln gibt, boten sich folgende Regeln nach Gläser und Laudel (2009³) als Orientierung an:

- ⇒ es wird in Standardorthographie verschriftet und keine literarische Umschrift verwendet . . .
- ⇒ nichtverbale Äußerungen . . . werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben, . . .
- ⇒ Unterbrechungen im Gespräch werden vermerkt,
- ⇒ Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet. (S. 194)

6.3. Die qualitative Inhaltsanalyse

„Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist, darin besteht Übereinstimmung, die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von *Kommunikation* stammt“ (Mayring, 2010¹¹, S. 11). Dabei handelt es sich um die Auswertung von Texten, die anhand eines Analyserasters systematisch auf relevante Informationen hin durchsucht werden. Diese Informationen

werden dem Text entnommen und im Analyseraster entsprechenden Kategorien zugeteilt. Die qualitative Inhaltsanalyse bleibt also „nicht dem Ursprungstext verhaftet, sondern extrahiert Informationen und verarbeitet diese Informationen getrennt vom Text weiter“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 46). Das bedeutet, dass sie sich nur noch mit den Aspekten des Ursprungstextes beschäftigt, die für die Forschungsfrage und deren Beantwortung von Relevanz ist.

Nach Gläser und Laudel (2009³) eignet sie sich besonders für rekonstruierende Untersuchungen, also auch zur Auswertung von Experteninterviews (S. 47).

Die qualitative Inhaltsanalyse, die zur Auswertung der durchgeführten Interviews für diese Arbeit verwendet wurde, ist eine von Gläser und Laudel (2009³) beschriebene Version, die zwar von Mayrings Version inspiriert wurde, sich jedoch deutlich von seiner Vorgehensweise unterscheidet (S. 46).

6.3.1. Vorbereitung der qualitativen Inhaltsanalyse

6.3.1.1. *Vorbereitung der Extraktion*

Zunächst gilt es, eine inhaltliche Vorbereitung vorzunehmen. Diese greift auf die bereits zu Beginn der Untersuchung angestellten theoretischen Vorüberlegungen zurück (Gläser & Laudel, 2009³, S. 206). Dabei sollten die konstruierten Variablen nochmals auf ihre Zweckmäßigkeit hin überprüft werden und ob gegebenenfalls Variablen einbezogen werden sollten, die in den Vorüberlegungen nicht berücksichtigt wurden, jedoch für die Arbeit relevant sind. „Diese inhaltlichen Vorüberlegungen dienen dazu, noch einmal das ganze Wissen zu mobilisieren, um die Extraktion so gut wie möglich vorzubereiten“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 208).

Als nächster Schritt gilt es, das Auswertungsraster zu konstruieren. Für diese Arbeit wurde das Leitfadenterview als Raster verwendet, da dieses die Fragen enthält, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind.

Die methodische Vorbereitung besteht darin, zu fixieren, welche Texte für die Inhaltsanalyse verwendet werden sollen (Gläser & Laudel, 2009³, S. 209). In diesem Fall, stellen die transkribierten Interviews das auszuwertende Material dar.

6.3.1.2. *Extraktion*

Bei der Extraktion geht es darum zu entscheiden, welche für die Untersuchung relevanten Informationen dem auszuwertenden Text entnommen werden sollen. Dabei stellt die Extraktion einen wichtigen Interpretationsschritt dar (Gläser & Laudel, 2009³, S. 201), weil entschieden werden muss, welche Informationen relevant sind und welchen Kategorien diese zuzuordnen sind (Gläser & Laudel, 2009³, S. 212).

Das Raster „kann während der Extraktion verändert werden, wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das Kategoriensystem passen. Es kann durch neue Kategorien ergänzt werden . . .“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 205). Mit dem entnommenen Material erfolgt daraufhin die Auswertung (Gläser & Laudel, 2009³, S. 218).

In den Interviews wurde aus persönlichem Interesse der Frage nachgegangen, warum die interviewten Personen glauben, dass es einerseits wenig Literatur zu diesem Thema gibt und andererseits weshalb sie glauben, dass nur wenige Personenzentrierte Psychotherapeuten mit Kindern mit geistiger Behinderung arbeiten. Die Antworten auf diese Fragen stellten sich als relevant für diese Arbeit heraus und wurden somit als Extrapunkt hinzugefügt.

Folgende Auswertungskategorien wurden für diese Arbeit ausgewählt:

- ⇒ Kategorie 1: Unterschiede in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.
- ⇒ Kategorie 2: Integration anderer Therapiemethoden bzw. Modifikationen der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.
- ⇒ Kategorie 3: Besondere Herausforderungen und Grenzen in der Personenzentrierten Psychotherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.
- ⇒ Kategorie 4: Wichtige Aspekte in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.

- ⇒ Kategorie 5: Einbezug von Eltern bzw. Bezugspersonen von Kindern mit geistiger Behinderung.
- ⇒ Kategorie 6: Hauptgründe für den Besuch der Personenzentrierten Spieltherapie und Verbesserungen.
- ⇒ Kategorie 7: Personenzentrierte Spieltherapie als geeignete Intervention bei Kindern mit geistiger Behinderung.

Bei der Durchführung der Interviews wurde aus persönlichem Interesse der Frage nachgegangen, warum die interviewten Personenzentrierten Psychotherapeuten glauben, dass es wenig Literatur zu diesem Thema gibt und weshalb sie glauben, dass wenige Personenzentrierte Psychotherapeuten mit Kindern mit geistiger Behinderung arbeiten. Die Antworten stellen sich als relevant für die gesamte Arbeit heraus und wurden deswegen als zusätzliche Kategorie beigefügt.

6.3.1.3. *Aufbereitung der Daten*

Die Aufbereitung der Daten erfolgt durch die Verbesserung deren Qualität und Hinzufügung von Struktur. Gläser und Laudel (2009³) fassen die Aufbereitung folgenderweise zusammen:

1. Verstreute Informationen werden zusammengefasst. . . .
2. Bedeutungsgleiche Informationen werden zusammengefasst. . . .
3. Offensichtliche Fehler werden korrigiert. . . .
4. Verschiedenartige Informationen werden beibehalten. (S. 230)

6.3.2. *Auswertung*

Das Ziel der Auswertung besteht in der Beantwortung der Forschungsfrage. „Die Antwort auf die Forschungsfrage baut auf dieser Rekonstruktion auf und schließt die Einbettung in die

Theorie und die Bestimmung des Geltungsbereichs der Antwort ein“ (Gläser & Laudel, 2009³, S. 246).

6.3.2.1. *Kategorie 1: Unterschiede in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.*

	Quellenangabe
Prozessabläufe	T.B.: 34 / T.C.: 17 / T.D.: 8 / T.E.: 28, 32 / T.F.: 100
Kind	T.A.: 20, 33 / T.C.: 17 / T.E.: 32 / T.F.: 10, 18, 26
Spielmaterial	T.A.: 14, 18, 20, 57 / T.C.: 21 / T.E.: 10, 14 / T.F.: 10, 12
Therapeut	T.A.: 14, 33, 57, 77 / T.B.: 12, 44 / T.E.: 10, 76
Sprache/Kommunikation	T.A.: 57 / T.B.: 44 / T.D.: 8 / T.E.: 10

Tabelle 2: Auswertung Kategorie 1

Bei der Frage nach Unterschieden zur Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern ohne Behinderung, gaben fünf der interviewten Therapeuten die Dauer der Therapieprozesse an. Dabei sagten vier der fünf Therapeuten (T.B., T.C., T.D. und T.E.) aus, dass Lern- bzw. Spielprozesse bei Kindern mit geistiger Behinderung länger dauern würden bis Veränderungen erkennbar seien. Eine Therapeutin (T.F.) sagte jedoch aus, dass das Besondere in der Spieltherapie mit diesen Kindern darin liegen würde, dass Prozesse bei ihnen schneller und deutlicher erkennbar sein würden.

Drei der Therapeuten sehen Unterschiede an den Kinder selbst. Diese Unterschiede beziehen sich hauptsächlich auf das (Spiel-) Verhalten des Kindes, das sich einerseits durch Struktur- und Orientierungslosigkeit (T.A) kennzeichnen lässt, aber andererseits auch in ihrem mangelnden Explorationsverhalten (T.C. und T.F.). Weitere Unterschiede, die sich bei den Kindern selbst finden lassen, sind ihre Gebundenheit an Bezugspersonen, die sie zur Spieltherapie bringen und auch die verkürzte Dauer der Therapiestunde, um sie nicht zu sehr zu belasten (T.F.).

In Bezug auf das Spielmaterial gab ein Therapeut an, dieses zu reduzieren, damit die Kinder nicht überfordert werden (T.A.). Die anderen drei Therapeuten meinten, dass dies vom kognitiven Entwicklungsstand des Kindes abhängig sei. Generell würden sie nicht reduzieren, jedoch z.B. weniger Regelspiele (T.E.) anbieten oder bei Kindern mit Wahrnehmungs- bzw. Aufmerksamkeitsstörungen doch reduzieren (T.C und T.E.). Dies würde jedoch nicht von der geistigen Behinderung abhängen. T.F. gab an nicht zu reduzieren, sondern dem Kind durch genaues Erklären einen Überblick über das Spielmaterial zu vermitteln.

Der Unterschied, den die Therapeuten in ihrem eigenen Verhalten dem Kind gegenüber sehen, besteht hauptsächlich darin, wacher zu sein (T.A, T.B. und T.E.). Diese Wachheit bezieht sich zum einen auf das Entdecken der Ressourcen der Kinder (T.B und T.E.) und auch auf das Spielverhalten dieser (T.A.). Zwei Therapeuten gaben an, bei diesen Kindern mehr Struktur in die Spieltherapie zu bringen und auch stärker zu führen (T.A. und T.B.).

Vier der Therapeuten sehen einen wesentlichen Unterschied in der Kommunikation (T.A., T.B., T.D. und T.E.). Dadurch, dass diese Kinder meist in ihren sprachlichen Fähigkeiten eingeschränkt sind, bedarf es mehr visueller Handlungen bzw. Hilfen (T.B. und T.D.).

6.3.2.2. *Kategorie 2: Integration anderer Therapiemethoden bzw. Modifikationen der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.*

	Quellenangabe
Integriert andere Methoden bzw. modifiziert (stimmt persönlich zu)	T.A.: 41 / T.B.: 34 / T.C.: 37 / T.D.: 28
Integriert keine anderen Methoden bzw. modifiziert nicht (stimmt persönlich nicht zu)	T.E.: 46, 48, 52, 54 / T.F.: 36, 38
Diverse angebotene Methoden bzw. Modifikationen	T.A.: 41 / T.B.: 10, 34 / T.D.: 28 / T.E.: 52*
Lenkt, macht Angebote bzw. ist direktiver	T.A.: 14, 16, 41, 45, 47 / T.B.: 36, 38 / T.C.: 17, 37, 41, 43 / T.D.: 28, 32, 38 / T.E.: 56
Nicht-direktiv	T.F.: 56
Verwendet Prä-therapeutische Elemente bzw. würde es tun	T.A.: 43 / T.B.: 48 / T.E.: 26 / T.F.: 38

Tabelle 3: Auswertung Kategorie 2 (* könnte sich das vorstellen, praktiziert es aber nicht)

Vier Therapeuten geben an, entweder andere Therapiemethoden zu integrieren (T.B. und T.D.) oder die Personenzentrierte Spieltherapie zu modifizieren (T.A. und T.C.). Bei den integrierten Methoden handelt es sich bei einer Therapeutin um verhaltenstherapeutische Elemente, die hauptsächlich das Sichtbarmachen von Positivem zum Zweck haben (T.B.). T.D. lässt hypnotherapeutische und Gestaltelemente in die Therapie miteinfließen, die zur Motivation der Kinder beitragen sollen. T.A. modifiziert die Therapie, indem sie – auf das Thema des Kindes bezogen – übende Elemente einbringt bzw. mit den Kindern zeichnet. Zwei Therapeutinnen (T.E. und T.F.) gaben an, keine Methoden zu integrieren bzw. auch die Spieltherapie nicht zu modifizieren. T.E. gab an, dass dies für sie persönlich nicht vorstellbar und nicht kongruent sei, sie sich jedoch vorstellen könne – wenn es zur Situation und zum Therapeuten passe – Bilderarbeit oder Entspannungsmethoden zu integrieren.

Vier Therapeuten arbeiten in der Personenzentrierten Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung direktiver bzw. machen Vorschläge (T.A., T.B., T.C. und T.D.). Dies geschieht jedoch überwiegend im Spiel bzw. mit Hilfe des Spielmaterials (T.A., T.C., T.D. und T.E.). Die Entscheidung wird jedoch dem Kind überlassen, was bedeutet, dass die Vorschläge der

Therapeuten demnach auch nicht von ihnen angenommen werden könnten, was von den Therapeuten akzeptiert wird. Prä-therapeutische Elemente werden von drei Therapeuten angewendet (T.B, T.E. und T.F). Eine Therapeutin (T.A.) könnte sich vorstellen bei Gelegenheit auf diese zurückzugreifen.

6.3.2.3. *Kategorie 3: Besondere Herausforderungen und Grenzen in der Personenzentrierten Psychotherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.*

	Quellenangabe
Erfahrung mit Grenzen innerhalb der Therapie	T.B.: 16 / T.C.: 23, 25 / T.D.: 10, 12
Setting und Rahmenbedingungen als Grenzen	T.B.: 16, 50 / T.E.: 16
Einhaltung der Grundvariablen als Herausforderung	T.B.: 62, 64 / T.A.: 53
Beeinträchtigung der Kinder als Herausforderung bzw. Grenze	T.A.: 22 / T.D.: 46

Tabelle 4: Auswertung Kategorie 3

Die meisten Therapeuten berichteten von Grenzerfahrungen innerhalb der Therapie, d.h., dass sie entweder keine Weiterentwicklung innerhalb der Therapie erkennen konnten (T.B. und T.D.) bzw. die Weiterentwicklung, die innerhalb der Therapie zu erkennen war, nicht in den Alltag übertragen wurde (T.C.). T.E. gab an, keine Grenzen innerhalb der Therapie erfahren zu haben, was ihrer Meinung nach an ihrer langjährigen Tätigkeit mit diesem Personenkreis liegt, dass jedoch Rahmenbedingungen meist Grenzen darstellen. Auch T.B. gibt das Setting bzw. die Rahmenbedingungen als Grund für Grenzen an, darunter fällt auch die Einbeziehung des familiären Umfeldes.

Zwei Therapeuten empfinden die Einhaltung der Grundvariablen als Herausforderung in der Arbeit mit Kindern mit geistiger Behinderung. Dabei spielt für T.A. die Echtheit des Therapeuten eine wesentliche Rolle. T.B. sieht die Einhaltung der Grundvariablen Empathie,

Wertschätzung und Kongruenz gleichzeitig als zentrale Aufgabe und als Herausforderung in der Arbeit mit diesem Personenkreis.

Die Beeinträchtigung stellt für T.A. eine Grenze dar, da diese Kinder dadurch sehr geprägt sind und die Spieltherapie alleine nicht hilft diese zu überwinden. T.D. gab an, die Beeinträchtigung als Herausforderung zu sehen, da die Diskrepanz bezüglich der Fähigkeiten dieser Kinder weit auseinander klaffen. In manchen Bereichen seien sie ihrem Alter entsprechend entwickelt, aber in anderen Bereichen nicht. Dadurch kann es ihrer Auffassung nach leicht zu Überforderungen in einem Bereiche kommen und in anderen zu Unterforderungen.

6.3.2.4. *Kategorie 4: Wichtige Aspekte in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung.*

	Quellenangabe
Die drei Grundvariablen	T.A.: 31, 53 / T.B.: 36, 62 / T.E.: 80 / T.F.: 62, 64, 66
Realität	T.A.: 31 / T.B.: 8, 34, 44
Kontakt/ Beziehung/ Begegnung	T.A.: 37, 55, 59 / T.B.: 2, 34, 36, 62 / T.C.: 31 / T.D.: 18, 30 / T.E.: 36, 80 / T.F.: 22

Tabelle 5: Auswertung Kategorie 4

Alle Therapeuten stimmten darin überein, dass die Beziehung bzw. die Begegnung einer der wichtigsten Aspekte bei Kindern mit geistiger Behinderung darstellt. In vielen Bereichen ihres Lebens erleben sie sich als Behandlungsobjekt (T.A.), daher stellen gute Beziehungen etwas Seltenes, jedoch Wohltuendes für sie dar. Ohne eine gelungene Beziehung würde die Therapie keinen Sinn machen (T.E.).

Vier der sechs Therapeuten sind sich auch darüber einig, dass die Orientierung an den Grundvariablen einen wichtigen Aspekt in der Therapie ausmachen (T.A., T.B., T.E. und T.F.). T.E. und T.F. heben dabei besonders die Wertschätzung bzw. Akzeptanz dieser Kinder

hervor, da sie diese in ihrem Alltag wenig erleben. Bei Kindern ohne Behinderung spielt nach Auffassung von T.F. die Kongruenz eine wichtigere Rolle.

Eine weitere Übereinstimmung gab es bezüglich der Einbringung der Realität in die Personenzentrierte Spieltherapie (T.A., T.B.). T.B. vertritt die Ansicht, dass Probleme weniger auf der Symbolebene zu lösen sind, da sie sich irgendwann in der Wirklichkeit auflösen werden. Weiters merkt sie an, dass Beziehungen zu Bezugspersonen in der Wirklichkeit in Frage gestellt werden und daher das Einbeziehen der Realität wichtig ist.

6.3.2.5. *Kategorie 5: Einbezug von Eltern bzw. Bezugspersonen von Kindern mit geistiger Behinderung*

	Quellenangaben
Beziehen Eltern bzw. Bezugspersonen mit ein	T.A.: 22, 29, 37 / T.B.: 8, 10, 38 / T.C.: 33, 59 / T.D.: 20, 22 / T.E.: 38 / T.F.: 26, 28, 70
Stimmen Filialtherapie zu	T.A.: 35 / T.B.: 42 / T.C.: 10, 13 / T.D.: 40 / T.E.: 68, 72 / T.F.: 46, 50, 52, 54

Tabelle 6: Auswertung Kategorie 5

Nach Möglichkeit beziehen die Therapeuten die Eltern in die Therapie mit ein. Dies erweist sich als besonders hilfreich für den Transfer der Spielstunde in den Alltag (T.A.). Die Arbeit mit den Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung verläuft intensiver, da sie meist aufgrund der Behinderung des Kindes eigene Themen zu bewältigen haben (T.D., T.E.). Bei vier der sechs Therapeuten befinden sich die Kinder teilweise in einer Institution, aufgrund dessen die Erzieher oder Betreuer vermehrt miteinbezogen werden (T.A., T.B., T.D., T.F.). Bei vielen dieser Kinder sind die Eltern aus verschiedenen Gründen nicht leicht zu erreichen (Wohnort, soziale Probleme, kein Wunsch zur Beratung zu kommen, usw.), daher fällt die Elternarbeit oft weg (T.A., T.C., T.D., T.F.).

In Bezug auf die Filialtherapie mit Eltern und auch mit Bezugspersonen von Kindern mit geistiger Behinderung äußerten sich alle positiv gestimmt. Bezüglich der Anwendung der

Filialtherapie bei Eltern deutete ein Therapeut darauf hin, dass diese nur dann umsetzbar wäre, wenn die Eltern mit ihren eigenen Themen zurecht kämen, da sonst Gefahr bestünde, die Kinder damit zu belasten (T.E.). In der Praxis finden filialtherapeutische Elemente jedoch hauptsächlich vereinzelt– und das in eher unsystematischer Weise – mit den Bezugspersonen, also Erziehern oder Betreuern, statt (T.A., T.B., T.F.).

6.3.2.6. *Kategorie 6: Hauptgründe für den Besuch der Personenzentrierten Spieltherapie und Verbesserungen.*

	Quellenangaben
Gründe für die Therapie sind vielfältig	T.A.: 39, 41 / T.B.: 2, 22 / T.C.: 2, 4 / T.D.: 2, 4 / T.E.: 2 / T.F.: 2
Verbesserung hat stattgefunden	T.A.: 39 / T.B.: 22 / T.C.: 45 / T.D.: 24 / T.E.: 42 / T.F.: 32

Tabelle 7: Auswertung Kategorie 6

Aus den Antworten lässt sich herauslesen, dass die Gründe für eine Therapie bei diesen Kindern vielfältig sind. Unter den genannten Gründen lassen sich seelische Konflikte, traumatische Erfahrungen, Selbstwertprobleme (T.A.), Verhaltensauffälligkeiten (T.B, T.C., T.F), soziale und familiäre Probleme (T.C., T.D.) und Fremd- und Selbstaggressionen (T.E.) finden. Die Gründe für das Aufsuchen einer Therapie sind vielfältig und fallen daher ähnlich unterschiedlich wie bei Kindern ohne Behinderung aus (T.D., T.F.).

Verbesserungen konnten alle Therapeuten feststellen, diese jedoch nicht immer an der Spieltherapie festmachen. Da fünf Therapeuten in Institutionen tätig sind, in denen auch andere Förderungen angeboten werden, stellen die Therapeuten nur einen Teil der Hilfe für diese Kinder dar (T.C., T.D.). Es besteht jedoch die allgemeine Auffassung, dass Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern gut anspricht, was daran ersichtlich ist, dass sie gerne kommen (T.A.) und dass innere Prozesse deutlich werden (T.B.). T.F. gibt an, dass ihrer Auffassung nach die Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern fast wirksamer ist als andere Therapieformen.

6.3.2.7. *Kategorie 7: Personenzentrierte Spieltherapie als geeignete Intervention bei Kindern mit geistiger Behinderung.*

	Quellenangabe
Beziehung bzw. Begegnung	T.A.: 65, 71 / T.F.: 74
Raum geben	T.A.: 65 / T.B.: 62 / T.E.: 88, 90
Sein können	T.A.: 39 / T.D.: 48 / T.E.: 88
Grundvariablen	T.F.: 32
Andere Gründe	T.A.: 65 / T.B.: 62 / T.C.: 51

Tabelle 8: Auswertung Kategorie 7

Da Kinder mit geistiger Behinderung wenig gute Beziehungen erfahren, sind sich zwei Therapeuten darüber einig, dass die Personenzentrierte Spieltherapie – aufgrund der wichtigen Bedeutung der Beziehungserfahrung – für diese besonders gut geeignet ist (T.A, T.F.).

Das Raum-Geben spielt für drei Therapeuten eine wesentliche Rolle, weshalb die Personenzentrierte Spieltherapie für diese Kinder geeignet ist. Die Erfahrung Raum zu haben, in dem alles möglich ist und wertgeschätzt wird, ist etwas ganz Wesentliches für diese Kinder (T.A., T.B., T.E.). Dadurch werden sie auch dazu angeregt, ihre Gefühle auch auf der non-verbalen Ebene auszudrücken (T.A.).

Das Sein-Können stellt auch einen wesentlichen Grund dafür dar, warum Personenzentrierte Spieltherapie sich besonders gut für Kinder mit geistiger Behinderung eignet, die meist die Erfahrung machen, so wie sie sind, nicht zu genügen (T.D.).

Eine Therapeutin gibt an, dass Kinder mit geistiger Behinderung gerade auf die Grundvariablen ansprechen, da sie diese im Alltag nicht oft genug erfahren (T.F.).

T.C. ist der Auffassung, dass Personenzentrierte Psychotherapeuten gut darin geschult sind, individuell auf jeden Menschen, also auch auf Kindern mit geistiger Behinderung, einzugehen.

6.3.2.8. *Zusatzkategorie 8: Warum gibt es wenig Literatur zum Thema Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung und warum arbeiten nur wenige Therapeuten mit solchen Kindern?*

	Quellenangabe
Therapeuten fühlen sich nicht kompetent bzw. sind vorsichtig	T.A.: 69 / T.B.: 50 / T.C.: 55 / T.D.: 56 / T.E.: 92 / T.F.: 76, 78
Finanzierung	T.C.: 55/ T.E.: 92 / T.E.: 106
Wenig Interesse	T.C.: 55 / T.D.: 56 / T.E.: 106 / T.F.: 82, 90
Keine Indikation dafür bzw. Spieltherapie alleine hilft nicht	T.A.: 67 / T.B.: 50 / T.E.: 92
Bei der persönlichen Ausbildung der Therapeuten – kein Thema gewesen	T.A.: 73 / T.B.: 56 / T.D.: 56 / T.F.: 90
Bei der persönlichen Ausbildung der Therapeuten – Thema gewesen	T.E.: 106
Gegenwärtige Ausbildung – kein Thema	T.A.: 69, 77 / T.B.: 50 / T.C.: 55 / T.D.: 60 / T.E.: 92 / T.E.: 106

Tabelle 9: Auswertung Zusatzkategorie 8

Den Hauptgrund für einen Mangel an Therapieangeboten sehen alle Therapeuten darin, dass Therapeuten sich nicht kompetent in Bezug auf die Arbeit mit diesen Kindern fühlen und daher vorsichtig sind. Alle interviewten Therapeuten sind nur durch Zufall zur Arbeit mit diesen Kindern gekommen und hätten sich diese nicht selbst ausgesucht. Aus den Angaben zu ihrer Ausbildung, ist ersichtlich, dass dieses Thema weder theoretisch, noch praktisch behandelt wurde (T.A., T.C., T.D., T.F.). Die beiden Therapeuten, die mit dem Thema in ihrer Ausbildung in Berührung kamen, gaben an, dass andere Kollegen mit solchen Kindern arbeiteten und dieses Thema daher intern behandelt wurde (T.B., T.E.). Alle Therapeuten geben an, dass dieses Thema auch in gegenwärtigen Ausbildungen nicht behandelt wird.

Weitere Gründe werden im mangelnden Interesse an dieser Personengruppe gesehen (T.C., T.D., T.E., T.F.), was sich wiederum auf die Bereitschaft niederschlägt, Weiterbildungen zu finanzieren (T.C., T.E.). Auch die herrschende Meinung, therapeutische Hilfen würden bei

erwachsenen Menschen und Kindern mit geistiger Behinderung nicht helfen, spielen eine Rolle bezüglich des Mangels an Angeboten (T.A., T.B., T.E.).

7. Ergebnisse und Interpretation

Die Ergebnisse der im vorigen Kapitel dargestellten Auswertung werden nun mit den Forschungsfragen in Verbindung gebracht, die am Beginn dieser Arbeit aufgezeigt wurden. Dabei wird einzeln auf die Ergebnisse der Forschungsfragen eingegangen und nochmals ein Bezug zum theoretischen Teil dieser Arbeit hergeleitet.

7.1. Inwieweit unterscheidet sich die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung von der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern ohne Behinderung?

Zunächst sei nochmals auf Irblich (2002²) hingewiesen, der die Auffassung vertritt, „dass die vielen Gemeinsamkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern die Unterschiede bei Weitem überwiegen“ (S. 197). Auch einer der Therapeuten gab an, weder im Verlauf, noch im Zugang einen Unterschied zu sehen. Trotzdem gibt es einige Unterschiede, auf die in den Gesprächen mit den Therapeuten eingegangen wurde.

Einer der auffälligsten Unterschiede in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung besteht in den länger dauernden Prozessen, die sich unter anderem durch die Behinderung selbst ergeben. Kinder mit geistiger Behinderung sind eher strukturschwach und orientierungslos in ihrem Verhalten, und verharren meist in rituellen Handlungen. Dies lässt sich in ihrem Spielverhalten wiederfinden, das wenig explorativ ist. Die Behinderung ist jedoch nicht der einzige Grund dafür, dass es bei ihnen länger dauert, bis Veränderungen bzw. innere Prozesse sichtbar werden. Kinder mit geistiger Behinderung machen häufig Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen und werden häufiger mit negativen Beziehungserfahrungen konfrontiert. Aus diesem Grund haben sie auch mehr Themen, die innerhalb der Therapie aufgearbeitet werden müssen. Nur ein Therapeut gab Gegensätzliches an, und meinte aus Erfahrung heraus, dass Prozesse bei Kindern mit geistiger Behinderung schneller und deutlicher erkennbar seien.

Aufgrund der soeben aufgezählten Verhaltensmerkmale von Kindern mit geistiger Behinderung, ergeben sich auch Unterschiede im Spielverhalten und infolge dessen auch Unterschiede im angebotenen Spielmaterial innerhalb der Therapie. Ein Therapeut gab an, das Spielmaterial zu reduzieren, weil das Spiel des Kindes sonst in sinnloses Agieren ausarten könne. Andere Therapeuten meinten, dass das Spielmaterial breiter gefächert werden müsse und dass der kognitive Entwicklungsstand dabei eine wichtige Rolle spielen würde. Sie reduzieren das Material generell nicht, sondern ziehen dies nur dann in Erwägung, wenn zusätzlich zur geistigen Behinderung eine Wahrnehmungsschwäche bzw. eine Aufmerksamkeitsstörung bestünde. Diese Kinder würden sonst aufgrund der Reizüberflutung überfordert sein. Regelspiele sind für Kinder mit einer schwereren Form geistiger Behinderung eher nicht geeignet. In diesem Fall gibt eine Therapeutin an, mehr Sinnesmaterialien zu verwenden, um durch das Erspüren besser an die Gefühle heran zu kommen. Durch das mangelnde Explorationsverhalten dieser Kinder ergibt sich auch die Notwendigkeit, Spielmaterialien zu erklären, um ihnen dadurch die Vielfalt der Verwendung bewusst zu machen. Die Ergebnisse in Bezug auf das Spielmaterial spiegeln im Allgemeinen das wieder, was in Berichten zur Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung zu finden ist.

Ein wesentlicher Aspekt, der sich bei der Arbeit mit diesen Kindern für den Therapeuten ergibt ist, dass dieser aufgrund der langsameren Prozesse wachsammer sein muss. Diese Wachsamkeit dient hauptsächlich zur Erkennung der kindlichen Ressourcen, damit auf diesen aufgebaut werden kann. Kinder mit geistiger Behinderung erleben meist, dass der Fokus auf ihre Defizite gerichtet wird, daher stellt das Augenmerk auf ihre Ressourcen eine Besonderheit dar.

Ein weiterer Unterschied, der von den Therapeuten angesprochen wurde und auch in der Literatur zu finden ist, besteht in der Kommunikation bzw. Sprache. Kinder mit geistiger Behinderung sind zum einen in ihren Sprachfähigkeiten beeinträchtigt, zum anderen können sie ihre Gefühle nicht immer richtig deuten. Dies liegt unter anderem daran, dass in den meisten Förderungen und Untersuchungen keine Rücksicht auf ihre Gefühle genommen wird. Aus diesem Grund wird oft auf visuelle Hilfsmittel und prä-therapeutische Elemente zurückgegriffen, um variantenreichere Ausdrucksmöglichkeiten zu bieten.

7.2. Inwieweit integrieren Personenzentrierte Psychotherapeuten andere Therapiemethoden in die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung und mit welcher Begründung?

Wie aus der Literatur herauszulesen ist, nehmen die Mehrzahl der Personenzentrierten Psychotherapeuten eine direktivere Haltung in der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung ein. Diese Haltung ist durch Vorschläge und Impulssetzungen im Spielfluss gekennzeichnet. Wie auch bei Irblich (2002²), wird seitens der Therapeuten immer darauf hingewiesen, dass die Vorschläge, die sie machen, einen Angebotscharakter haben (S. 193). Die Kinder können diese ablehnen, ohne an Wertschätzung zu verlieren. Dabei gab eine Therapeutin an, Nicht-Direktivität als antiquiert anzusehen und unwichtiger als die Interaktion zwischen Klient und Therapeut. Dies weist in Richtung ‚Interaktionsresonanz‘, die der Beziehung, und der Interaktion innerhalb dieser, große Bedeutung beimisst. Auch ein weiterer Therapeut weist darauf hin, dass er die Interaktionsresonanz als zentralen Schlüssel ansieht. Bezüglich der direktiven Haltung, fasst einer der interviewten Therapeuten das Wesentliche zusammen: „. . . das sind graduelle Unterschiede, würde ich sagen. Keine prinzipiellen“ (T.A.: 47).

Nur zwei der sechs Therapeuten gaben an, dass die Nicht-Direktivität wesentlich sei. Besonders bei Kindern, die wenig Selbstbestimmung erfahren und bevormundet würden, sei diese angebracht und ein wesentlicher Wirkfaktor in der Therapie. Prä-therapeutische Elemente kommen in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung ebenfalls zur Anwendung. Diese werden jedoch den Personenzentrierten Interventionen zugeordnet, also nicht als wesentliche Modifikation betrachtet.

Zwei der interviewten Therapeuten gaben spezifische Therapiemethoden an, die sie in die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung miteinfließen lassen. Einer der Therapeuten integriert überwiegend verhaltenstherapeutische Elemente, wie z.B. ein Punktesystem oder Ähnliches, damit positive Erlebnisse für diese Kinder sichtbar werden. Dabei wird wieder auf die Bedeutung visueller Hilfen hingewiesen, die dazu dienen, positive Erlebnisse und Erfahrungen deutlicher aufzuzeigen. Dieser Therapeut bedient sich jedoch auch der Methoden der Gestalttherapie und Systemischen Therapie. Der zweite Therapeut bezieht sich auf hypnotherapeutische Elemente, um die Kinder zu motivieren, integriert jedoch auch gestalttherapeutische Elemente.

Zusammenfassend gleichen die Aussagen der interviewten Personen den Berichten zu diesem Thema. Auffallend dabei ist jedoch, dass die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung überwiegend modifiziert wird, also lenkende Elemente oder Impulssetzungen, und keine spezifischen Therapiemethoden anderer Schulen hinzugezogen werden. Dadurch wird deutlich, dass das Kind und dessen Entscheidungen im Vordergrund der Therapie stehen und das Ziel der Therapie nicht nur der Abbau der Symptome ist. Allgemein wird eine interaktionelle Position eingenommen, die eine Modifikation der klassischen nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline darstellt, jedoch keine andere therapeutische Methode.

7.3. Welchen besonderen Herausforderungen sehen sich Personenzentrierte Psychotherapeuten in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung gegenübergestellt und was für Grenzen haben sie erfahren?

Zwei der interviewten Psychotherapeuten gaben an, dass es innerhalb der Therapie, trotz verschiedener Versuche, zu keiner Weiterentwicklung kam und dies als Grenze empfunden wurde. Dabei stellten sie sich die Frage, ob die Therapie im Moment für das Kind das Richtige sei oder nicht. Ein Therapeut gab an, zwar innerhalb der Therapie Fortschritte zu erkennen, dass diese sich jedoch nicht sichtlich auf den Alltag übertrugen. Dadurch ergab sich die Frage, wodurch ein Transfer in den Alltag bewirkt werden könnte.

Für einen der Therapeuten gab es zwar keine erkennbaren Grenzen innerhalb der Therapie, dafür stellten für ihn aber gewisse Rahmenbedingungen eine Grenze für die Therapie dar. Kinder mit geistiger Behinderung sind oft davon abhängig in die Therapie gebracht zu werden. Bei manchen Kindern wäre eine wöchentliche Therapie nötig, aber die Rahmenbedingungen stellen sich dem in den Weg (z.B. viele Krankenstände bei Mitarbeitern, keine Zeit). Dies stellt sich bei zwei Therapeuten als Problem bzw. als Grenze dar.

Obwohl die Kommunikation in der Literatur einer der wesentlichen Herausforderungen darstellt, wird sie von den Therapeuten nicht einmal erwähnt. Zwei der Therapeuten sehen die Grundvariablen und deren Erfüllung als Herausforderung bei Kindern mit geistiger Behinderung an. Besonders die Authentizität des Therapeuten sei wichtig, da die Kinder diesbezüglich sehr sensibel seien. Auch Irblisch (1999) deutet auf die Relevanz der Kongruenz

des Therapeuten in der Arbeit mit Kindern mit geistiger Behinderung hin (S. 76). Auch die Behinderung selbst wird einerseits als Grenze, andererseits als Herausforderung betrachtet. Kinder mit geistiger Behinderung sind nach Meinung eines Therapeuten sehr durch ihre konstitutionellen Voraussetzungen geprägt, die es mit einer Spieltherapie alleine nicht aufzuheben gilt. Der zweite Therapeut sieht besonders die Diskrepanzen in den Fähigkeiten der Kinder als Herausforderung. Diese können in einigen Bereichen sehr weit entwickelt sein, in anderen jedoch unterentwickelt. Dadurch ist es schwer einzuschätzen, ob die Kinder unter- oder überfordert werden.

7.4. Welche Aspekte sind nach Auffassung Personenzentrierter Psychotherapeuten besonders wichtig in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung?

Als wichtigster Aspekt in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung wird nach Auffassung aller Therapeuten die Beziehung bzw. die Begegnung angesehen. Eine gute Beziehungserfahrung ist ein wesentlicher Bestandteil, ohne die eine Therapie nicht erfolgreich sein würde. Dies ist jedoch nicht nur bei Kindern mit geistiger Behinderung der Fall, sondern ist in Bezug auf die Personenzentrierte Spieltherapie und Psychotherapie allgemeingültig. Ergebnisse der Bindungsforschung haben gezeigt, welche Bedeutung positive Beziehungserfahrungen auf die (Selbst-) Entwicklung von Kindern hat. Kinder mit geistiger Behinderung erleben jedoch von Kindheit an häufiger negative Beziehungserfahrungen, weshalb die Personenzentrierte Spieltherapie für diese Kinder besonders geeignet ist.

Als weiterer wichtiger Aspekt werden die Grundvariablen angegeben. Ohne die wertschätzende, empathische und kongruente Haltung des Therapeuten, kann eine Therapie nicht erfolgreich sein. Ein besonderer Stellenwert kommt dabei der Wertschätzung zu. Auch Irblich (1999) und Irblich und Blumenschein (1996) ließen der Wertschätzung einen besonderen Platz in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung zukommen, da sie von Geburt an das Gefühl vermittelt bekommen, so, wie sie sind, nicht gut genug zu sein. In der Personenzentrierten Spieltherapie werden sie angenommen, wie sie sind: „Ja, so bist du! So bist du recht!“ (T.A.: 39). Auch den zwei

Variablen Empathie und Kongruenz wird eine große Bedeutung beigemessen. Durch das Zusammenwirken der drei Grundvariablen, die als Grundhaltung der Personenzentrierten Psychotherapie gelten, sind neue Beziehungserfahrungen möglich und infolge dessen eine positive Weiterentwicklung möglich.

Zwei der Therapeuten gaben die Realität als wichtigen Aspekt in Bezug auf die Arbeit mit Kindern mit geistiger Behinderung an. Einerseits wurde schon angedeutet, dass Prozesse bei diesen Kindern länger dauern und andererseits nicht immer im Alltag sichtbar sind. Aus diesem Grund ist es wichtig die Wirklichkeit in die Therapie hinein zu holen. Ein Therapeut meint dazu, dass Probleme sich in der Wirklichkeit auflösen und auch Beziehungen in der Realität in Frage gestellt werden, weshalb das Einbeziehen nötig ist.

Dass die Beziehung und die Grundvariablen einen wichtigen Aspekt in der Personenzentrierten Spieltherapie für Kinder mit geistiger Behinderung darstellen, ist zwar von Grund auf richtig, erweist sich jedoch nicht als überraschend. Der Aspekt der Realität hingegen konnte innerhalb der Literatur nicht gefunden werden und stellt somit einen Erkenntniszuwachs zu diesem Thema dar, den es nicht zu verachten gilt.

7.5. Inwieweit werden Eltern bzw. Bezugspersonen in die therapeutische Arbeit miteinbezogen und welche Meinung haben Personenzentrierte Psychotherapeuten zur Filialtherapie?

Die Eltern bzw. Bezugspersonen der Kinder werden nach Möglichkeit von allen Therapeuten in die Therapie miteinbezogen. Sie können dabei helfen, die innerhalb der Therapiestunde gemachten Erfahrungen, auch außerhalb fortsetzen zu können. Die Eltern haben aufgrund der Behinderung ihres Kindes viele Themen und Belastungen, die aufgearbeitet werden müssen, daher stellt die Arbeit mit ihnen eine intensivere dar als bei Eltern von Kindern ohne Behinderung. Drei der interviewten Therapeuten gaben an, dass die Elternarbeit einen Mangel darstellt, da sie aus verschiedenen Gründen nicht erreichbar sind. Viele der Kinder, mit denen sie arbeiten, kommen aus schwierigen und problematischen Familienverhältnissen und sind in Heimen untergebracht. Ein weiterer Therapeut berichtete, keine guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Eltern gemacht zu haben, da sich diese teilweise weigern zu Gruppengesprächen zu kommen. Der Grund liegt meist darin, dass sie selbst

viele Probleme haben und sich daher denen anderer verschließen. Trotzdem besteht die Auffassung, dass eine frühe Zusammenarbeit mit Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung nicht nur den Kindern, sondern auch den Eltern weiterhilft. Die Arbeit mit den Bezugspersonen, wie z.B. Erziehern oder Betreuern dieser Kinder findet bei allen Therapeuten statt und wird auch als wichtig angesehen.

Die Idee der Filialtherapie wird von den Therapeuten überwiegend positiv aufgenommen, besonders Bezugspersonen betreffend. Ansätze finden in der Praxis in unsystematischer Weise vereinzelt statt und werden auch als förderlich betrachtet. Ausbildungen in diese Richtung werden jedoch nicht angeboten. Bezüglich der Filialtherapie mit Eltern wird eher mit Vorsicht gewaltet, da die Eltern einerseits selbst viele Probleme haben, die sie aufarbeiten müssen. Diese könnten ungünstiger Weise auf das Kind übertragen werden. Andererseits meinte eine Therapeutin, dass Eltern, die sich momentan in einer Notsituation befinden, die Personenzentrierten Prinzipien als nicht konkret genug empfinden würden. Konkretheit ist jedoch gerade in Notsituationen erwünscht.

Zusammenfassend wird die Einbeziehung der Eltern aus Sicht der Therapeuten allgemein als Unterstützung angesehen, ist jedoch abhängig davon, welche familiären Situationen gegeben sind und ob Themen vorhanden sind, die zunächst die Eltern selbst zu lösen haben. Die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen findet statt und wird auch als förderlich für die Kinder angesehen. Die Idee der Filialtherapie gemeinsam mit den Bezugspersonen wurde von allen Therapeuten als besonders hilfreich empfunden. Kinder mit geistiger Behinderung haben oft Schwierigkeiten darin, eine vertraute Beziehung aufzubauen und auch Prozesse von einer Situation auf die andere zu übertragen. Deshalb würde ein solcher Umgang mit vertrauten Bezugspersonen im Alltag besonders wohltuend und förderlich sein.

7.6. Was sind die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung in eine Personenzentrierte Spieltherapie kommen und kann eine Verbesserung festgestellt werden?

Die Gründe für das Aufsuchen einer Personenzentrierten Spieltherapie erweisen sich als ebenso vielfältig, wie bei Kindern ohne Behinderung. Hauptsächlich sind es ihre Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen, mit denen sich das Umfeld überfordert fühlt. Es

wurden jedoch unter anderem auch seelische Konflikte, Selbstwertprobleme, depressive Stimmungen, belastende familiäre Verhältnisse, Aggressionen und viele weitere Gründe dafür aufgezählt.

Bezüglich des Anlasses der Therapie und auch in anderen Bereichen konnten Verbesserungen seitens der Therapeuten festgestellt werden. Dabei konnten die Therapeuten, die in Institutionen arbeiten, nicht klar die Therapie alleine als Verbesserungsgrund ausmachen, da auch andere wohltuende Förderungen dort angeboten werden. Ein Therapeut meinte, dass es teilweise sehr schnell zu Verbesserungen kommen kann, was den Anlass dazu gibt, mit der Therapie aufzuhören. Dies würde jedoch meist zu einer Verstärkung des Symptoms führen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Therapie weitergeführt wird, auch wenn es schnell zu einer Verbesserung gekommen ist.

7.7. Warum ist die Personenzentrierte Spieltherapie für Kinder mit geistiger Behinderung nach Auffassung Personenzentrierter Psychotherapeuten besonders geeignet?

Aus den Antworten der Therapeuten hat sich ergeben, dass besonders das Raum-Geben und das Sein-Können die Personenzentrierte Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung als geeignete Intervention auszeichnen. Kinder mit geistiger Behinderung sind oft von Systemen umgeben, haben wenig Raum für sich selbst und werden häufig bevormundet. Aus diesem Grund erweist sich ein eigener Raum, indem alles möglich ist und das Kind als gesamte Persönlichkeit angenommen wird, als Besonderheit und wohltuend.

Kinder mit geistiger Behinderung werden so, wie sie sind, nicht akzeptiert. Der Fokus der vielen Förderungen und Untersuchungen, denen sie unterzogen werden, richten sich primär auf ihre Defizite. Einer der Therapeuten hat passend dazu formuliert: „Dass man eigentlich immer erst, wie soll ich sagen, also, erst mit ihnen zufrieden sind, wenn sie nicht so sind, wie sie sind, sondern besser oder vielleicht viel besser, wie sie gar nicht werden können“ (T.D.: 48). Im Mittelpunkt der Personenzentrierten Spieltherapie steht jedoch das Kind als gesamte Persönlichkeit, und mit all seinen Gefühlen. Es wird vom Therapeuten in seiner Seinsweise angenommen und wertgeschätzt und erlebt dadurch eine neue, positivere Beziehungserfahrung.

Als weiteres Argument wird der Beziehungsaspekt in der Personenzentrierten Spieltherapie angegeben. Wie schon erwähnt, machen diese Kinder wenig positive Beziehungserfahrungen. In der Therapie können sie in Interaktion mit dem Therapeuten neue, positive Lern- und Beziehungserfahrungen machen, die ihnen zu einer positiveren Einstellung zu sich selbst verhelfen und ihr Selbstwertgefühl aufbauen.

Ein weiterer Aspekt wird in der Fähigkeit Personenzentrierter Psychotherapeuten gesehen, individuell auf jeden Klienten eingehen zu können. Dabei spielt die Achtsamkeit in ihrer Wahrnehmung bezüglich der Reaktion des Klienten auf den Therapeuten und der eigenen Reaktion des Therapeuten auf den Klienten eine wesentliche Rolle bei der Ressourcenerfassung.

Die Personenzentrierte Grundhaltung, die auf Empathie, Wertschätzung und Kongruenz basiert, erweist sich bei den oben genannten Aspekten als zentrale Bedingung. Zwar hat nur ein Therapeut die Grundvariablen als Grund angegeben, weshalb die Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern besonders geeignet ist, jedoch stellt sie den zentralen Schlüssel für die oben genannten Einstellungen der Therapeuten dar.

Auf eine Interpretation der Zusatzkategorie wurde in diesem Abschnitt der Arbeit verzichtet, da sie in den abschließenden Bemerkungen erwähnt wird.

8. Abschließende Bemerkungen

Im Rahmen dieser Arbeit sollte ein Überblick über die Grundideen der Personenzentrierten Psychotherapie und ihre Umsetzung in der Personenzentrierten Spieltherapie dargestellt werden.

Im Fokus steht jedoch die Auseinandersetzung mit der Vorgehensweise in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung. Mit der vertieften Auseinandersetzung zu diesem Thema, ist es mir ein Anliegen geworden, einen kleinen Teil der Forschungslücke, die gegenwärtig vorliegt, zu füllen bzw. zu weiteren Forschungen anzuregen.

Personenzentrierte Spieltherapie erweist sich gerade bei Kindern mit geistiger Behinderung als besonders geeignet, da sie ihren Bedürfnissen nach positiven Beziehungserfahrungen und unbedingter Wertschätzung nachgeht und zur Entfaltung ihrer Persönlichkeit beiträgt. In den Interviews zeichnet sich eine Tendenz zu interaktionellen und prä-therapeutischen Vorgehensweisen in der Arbeit mit diesen Kindern ab, die förderlich scheint. Die Vorgehensweisen sind jedoch noch immer unsystematischer Art. Aus diesem Grund ist eine nähere Befassung mit diesem Thema nötig, die es durch neue Forschungen zu ergänzen gilt.

Aus der Zusatzkategorie, die ausgewertet wurde, ist ersichtlich geworden, dass es einen Mangel an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Personenzentrierte Psychotherapeuten in diesem Bereich gibt. Aus diesem Grund fühlen sich Therapeuten nicht kompetent genug, mit dieser Personengruppe zu arbeiten und halten sich von diesem Gebiet fern. Tatsache ist jedoch, dass ein Bedarf an psychotherapeutischen Hilfen, wie sie die Personenzentrierte Spieltherapie anbietet, für diese Kinder besteht. Besonders die Filialtherapie bei Erziehern und Betreuern von Kindern mit geistiger Behinderung in Institutionen stellt nach Auffassung der Verfasserin einen Ansatz dar, auf den es aufzubauen gilt.

Literaturverzeichnis

Axline, V. M. (1949). Mental Deficiency – Symptom or Disease? *Journal of Consulting Psychology*, 13, 5, S. 313-327.

Axline, V. M. (1982). Dibs. Die wunderbare Entfaltung eines menschlichen Wesens. München: Knaur.

Axline, V. M. (2002¹⁰). Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt.

Badelt, I. (1990). Client-Centered Psychotherapy with Mentally Handicapped Adults. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (S. 671-681). Leuven: University Press.

Badelt, I. (1994). Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, U. Koch & B. Stahl (Hrsg.), *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte* (S. 141-152). Bern: Hans Huber.

Barsch, S. & Benodakt, T. (2002). Political Correctness in der Heilpädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53 (11), S. 451-455.

Beckloff, D. R. (1998). Filial Therapy with Children with Spectrum Pervasive Developmental Disorders (Doctoral Dissertation, University of North Texas). *Dissertation Abstracts International*, 58, 6224.

Beckmann, E. (2002²). Zur Person des Therapeuten – ihre Bedeutung in der personzentrierten Kinderpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 261-283). Göttingen: Hogrefe.

Behr, M. (2002²). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 95-122). Göttingen: Hogrefe.

Behr, M. (2003). Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2), S. 89-103.

Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kinder, Jugendlichen und Familien. *Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 2, S. 108-117.

Behr, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Konzepte und Praxis eines personzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 151-164) [privates Exemplar des Seminar-Readers, S. 1-13]. Wien: Facultas wuv.

Behr, M. (2008). Interaktive Spieltherapie und Heilpädagogik. Ein theoriebegründetes Konzept ‚Interaktionsresonanz‘ für die Kommunikation über Spielhandlungen und Spielzeug. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 115-131). Wien: Krammer.

Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37-58). Göttingen: Hogrefe.

Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009). Beziehung und Methode – Theorien und personzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen., Eltern und Familie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 13-33). Göttingen: Hogrefe.

Biermann, A. & Goetze, H. (2005). *Sonderpädagogik. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann-Ratjen (2002²). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte (S. 11-34). Göttingen: Hogrefe.

Biermann-Ratjen, E.-M. (2006a). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 73-91). Heidelberg: Springer.

Biermann-Ratjen, E.-M. (2006b). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 94-116). Heidelberg: Springer.

Biermann-Ratjen, E.-M. (2006c). Ein störungsbezogenes Konzept von Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 449-456). Heidelberg: Springer.

Blasel, G. (1990). Überlegungen zu einer personenzentrierten Orientierung. Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, 2, S. 117.127.

Bleidick, U. (1999). Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart: Kohlhammer.

Boll, L. A. (1973). Effects of Filial Therapy on Maternal Perception of their Mentally Retarded Children's Social Behavior (Doctoral Dissertation, University of Oklahoma). Dissertation Abstracts International, 33, 6661.

Dilling, H. (Hrsg.) (2002). Weltgesundheitsorganisation: Lexikon zur ICD-10 – Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. Bern: Hans Huber.

Dilling, H. (Hrsg.) (2010⁷). Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.

Dorfmann, E. (2005¹⁷). Spieltherapie. In C. R. Rogers, Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 219-254). Frankfurt/Main: Fischer.

Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 219-266). Heidelberg: Springer.

Eggert, D. (2003). Die psychologische Diagnostik der geistigen Behinderung zwischen Klassifikation und Individualisierung. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder (S. 476-501^{???}). Göttingen: Hogrefe.

Fischer, E. (2003). „Geistige Behinderung“ – Fakt oder Konstrukt? In E. Fischer (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 7-35). Oberhausen: Athena.

Flick, U. (2007). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck: Rowohlt.

Fornefeld, B. (2003). Menschen mit geistiger Behinderung – Phänomenologische Betrachtungen. In E. Fischer (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 259-280). Oberhausen: Athena.

Frei, E. X. (2001). Betreuung Geistigbehinderter mit psychischen Störungen: Aufgabe oder Zumutung? In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung (S. 9-19). Luzern: Edition SZH/SPC.

Ginsberg, B. G. (1984a). Overview: Basic Principles of Client-Centered Play Therapy. It's Application with the Retarded. In B. G. Ginsberg, Beyond Behavior Modification: Client-Centered Play Therapy with the Retarded. Academic Psychology Bulletin, 6, S. 329-331.

Ginsberg, B. G. (1984b). Filial Therapy with Retarded Children and Their Families. In B. . Ginsberg, Beyond Behavior Modification: Client-Centered Play Therapy with the Retarded. Academic Psychology Bulletin, 6, S. 332-334.

Gläser, J. & Laudel, G. (2009³). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Goetze, H. (2001). Filialtherapie. Sonderpädagogik. Vierteljahresschrift über aktuelle Probleme der Behinderten in Schule und Gesellschaft, 31, 2, S. 94-101.

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

Goetze, H. (2009). Filialtherapie – Konzept, Praxis und Wirksamkeit. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte (S. 78-98). Göttingen: Hogrefe.

Guerney, B. Jr. (1964). Filial Therapy: Description and Rationale. Journal of Consulting Psychology, 28, 4, S. 304-310.

Gutberlet, M. (2008). Integration anderer Therapieformen in die personenzentrierte Praxis. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen (S. 45-57). Wien: Krammer.

Hansen, G. & Stein, R. (Hrsg.) (1994). Sonderpädagogik konkret. Ein praxisnahes Handbuch in Schlüsselbegriffen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Hennicke, K. (2004). Die Ausgrenzung psychisch gestörter Menschen mit geistiger Behinderung vom psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland. In E. Wüllenweber (Hrsg.), Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung (S. 202-211). Stuttgart: Kohlhammer.

Hennicke, K. (2007). Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland. Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., 3 (46), S. 188-201.

Hofer, R. (1984). Klientenzentrierte Spieltherapie – ein Therapiekonzept für die heilpädagogische Praxis. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 53, 2, S. 152-161.

Höger, D. (2006a). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 37-72). Heidelberg: Springer.

Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 117-138). Heidelberg: Springer.

Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002²). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte (S. 35-79). Göttingen: Hogrefe.

Hutterer, R. (1993). Eclecticism: An Identity Crisis for Person-Centred Therapists. In D. Brazier (Hrsg.), Beyond Carl Rogers (S. 274-284). London: Constable.

Hutterer, R. (1994²). Personenzentrierte Psychotherapie. In G. Stumm & B. Wirth (Hrsg.), Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis (S. 142-155). Wien: Falter.

Hutterer, R. (2002). Einführung in die Personenzentrierte Psychotherapie. Unterlagen und Materialien zur Vorlesung (Studienjahr 2004/2005). Wien: Universität Wien.

Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze, 1, S. 1-21.

Irblich, D. (1999). Personenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. In H. Viquerat (Hrsg.), Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie. Diagnostik, Störungsbilder, Therapie. Tagungsband der 9. Tage der Klinischen Psychologie 1998 12.-14.06.1998 in Freiburg (S. 69-91). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.

Irblich, D. (2002²). „Bau mir ein Haus!“ Falldarstellung einer personzentrierten Psychotherapie mit einem geistig behinderten Jungen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgen-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen (S. 163-201). Göttingen: Hogrefe.

Irblich, D. & Blumenschein, A. (1996). Therapeutisches Spielen mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung (S. 238-253). Bern: Hans Huber.

Junglas, J. (1990). Psychische Risiken geistig behinderter Kinder und Jugendlicher. Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, 2, S. 94-99.

Kale, A. L. & Landreth, G. L. (1999). Filial Therapy with Parents of Children Experiencing Learning Difficulties. International Journal of Play Therapy, 8, 2, S 35-56.

Kriz, J. (2007). Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes (S. 15-33). Wien: facultas wuv.

Kulig, W., Theunissen, G & Wüllenweber, E. (2006). Geistige Behinderung. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 116-127). Stuttgart: Kohlhammer.

Lempp, R. (1991). Psychotherapie und geistige Behinderung. In S. Görres & G. Hansen (Hrsg.), Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einführung für Heil- und Sonderpädagogen, Erzieher und Eltern (105-116). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Lotz, W. & Koch, U. (1994). Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In W. Lotz, U. Koch & B. Stahl (Hrsg.), Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte (S. 13-39). Bern: Hans Huber.

Luxen, U. (2006). Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wüllenweber; G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 445-464). Stuttgart: Kohlhammer.

Mayring, P. (2010¹¹). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz.

- Mehler-Wex, C. & Warnke, A. (2003). Medizinische Gesichtspunkte bei geistiger Behinderung. In E. Fischer (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 128-142). Oberhausen: Athena.
- Mehlman, B. (1953). Group Play Therapy with Mentally Retarded Children. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 1, S. 53-60.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2010³). Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 457-471). Weinheim und München: Juventa.
- Meyer, H. (2000). Geistige Behinderungen. In J. Bochert (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S. 60-75). Göttingen: Hogrefe.
- Meyer, H. (2003). Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder* (S. 4-30). Göttingen: Hogrefe.
- Morrison, T. L. & Newcomer, B. L. (1975). Effects of Directive vs. Nondirective Play Therapy with Institutionalized Mentally Retarded Children. *American Journal of Mental Deficiency*, 79, 6, S. 666-669.
- Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (2003³). Epidemiologie und Risikofaktoren. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation* (S. 9-23). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuhäuser, G. (2007). Ursachen geistiger Behinderung (medizinische Aspekte). In G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (S. 358-361). Stuttgart: Kohlhammer.
- Newcomer, B. L. & Morrison, T. L. (1974). Play Therapy with Institutionalized Mentally Retarded Children. *American Journal of Mental Deciciency*, 78, 6, S. 727-733.
- Pörtner, M. (1996a). Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pörtner, M. (1996b). Garry Protys Konzept des Prä-Therapie. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung (S. 216-226). Bern: Hans Huber.

Pörtner, M. (2001). Ist Psychotherapie sinnvoll? Wie können wir im Alltag psychischen Störungen begegnen und diesen vorbeugen? In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung (S. 57-69). Luzern: Edition SZH/SPC.

Pörtner, M. (2002). Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (S. 513-532). Wien: Springer.

Pörtner, M. (2003). Brücken Bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. Stuttgart: Klett Cotta.

Prouty, G. (1998). Die Grundlagen der Prä-Therapie. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde, Prä-Therapie (S. 15-83). Stuttgart: Klett Cotta.

Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, 2, S. 55-67. Verfügbar unter: <http://members.chello.at/consult-wakolbinger/kindertherapietagungWIEN.at/docs/2010%2004%2026%20Reisel%20-%20Zitate%20Rogers.pdf> [27.01.2012].

Reisel, B. & Fehringer, C. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (S. 335-352). Wien: Springer.

Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 295-332). Heidelberg: Springer.

Rogers, C. R. (1984). Die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes. In Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.), Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft (S. 10-26). Wien: ÖBV.

Rogers, C. R. (1989⁴). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 11-24). Frankfurt/Main: Fischer.

Rogers, C. R. (2001¹⁶). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer.

Rogers, C. R. (2005¹⁷). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer.

Rogers, C. R. (2007¹²). Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt/Main: Fischer.

Rogers, C. R. (2009). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. München: Reinhardt.

Rust, H. (2009). Zeichnen mit Jugendlichen und darüber reden – Selbstkonzept und Lebensplanung in personenzentrierten Entwicklungsgesprächen mit lern- und geistig behinderten jungen Menschen. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte (S. 151-173). Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K. (2004). Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie, 53, S. 319-332.

Sarimski, K. (2005). Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K. & Steinhausen, H.-C. (2008a). Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K. & Steinhausen, H.-C. (2008b). Ratgeber Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H. (2001³). American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Senckel, B. (2001). Entwicklungsdynamische Betrachtung psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen. In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung (S. 27-42). Luzern: Edition SZH/SPC.

Speck, O. (1999⁹). Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. Münschen/Basel: Reinhardt.

Steinhausen, H.-C. (2001). Geistige Behinderung. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein interdisziplinäres Handbuch (S. 168-188). Stuttgart: Kohlhammer.

Steinhausen, H.-C. (2006⁶). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. München: Urban & Fischer.

Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (S. 1-62). Wien: Springer.

Sywulak, A. E. (1984). Creating a Whole Atmosphere in a Group Home for Retarded Adolescents. In B. G. Ginsberg, Beyond Behavior Modification: Client-Centered Play Therapy with the Retarded. Academic Psychology Bulletin, 6, S. 325-327.

Theunissen, G. (2004). Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als soziales Problem. In E. Wüllenweber (Hrsg.), Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung (S. 263-285). Stuttgart: Kohlhammer.

Theunissen, G. (2005⁴). Pädagogik bei Geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Thimm, W. (1999²). Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (S. 9-25). Stuttgart: Kohlhammer.

Vernooij, M. A. (2007⁸). Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

von Gontard, A. (1999²). Genetische und biologische Faktoren. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (S. 26-39). Stuttgart: Kohlhammer.

von Luxburg, J. (1984). Kindzentrierte Spiel- und Kommunikationstherapie. Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, 1, S. 40-51.

Wakolbinger, C. (2000). Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie. Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, 1, S. 52-62.

Wakolbinger, C. (2009). Die präsenste Therapeutenperson – Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte (S. 59-77). Göttingen: Hogrefe.

Weinberger, S. (2007³). Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim/München: Juventa.

Wollmann, C. (1996). Überlegungen zum humanistischen Menschenbild in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblieh (Hrsg.), Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung (S. 227-237). Bern: Hans Huber.

Wüllenweber, E. (2004). Verhaltensauffälligkeiten als soziale Problematik. In E. Wüllenweber (Hrsg.), Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung (S. 244-262). Stuttgart: Kohlhammer.

Zinschitz, E. (1997). Der Personzentrierte Ansatz in der Behindertenarbeit. Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze, 2, S. 120-127.

Zinschitz, E. (2001). Prä-Therapie – eine Antwort auf eine lange nicht beantwortete Frage. Die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Arbeit mit psychisch schwer kranken oder geistig behinderten Menschen. Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze, 1, S. 44-51.

Zinschitz, E. (2002). Das scheinbar Unverständliche verstehen. Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Festschrift zum Jubiläums-Symposium 25. Bis 27. Februar 2000 in Salzburg (S. 359-382). Köln: GwG-Verlag.

Interviewleitfaden

Therapieverlauf

1. Was sind die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie gekommen sind bzw. kommen?
2. Müssen die Kinder irgendwelche Voraussetzungen erfüllen? Wenn ja, welche?
3. Unterscheidet sich eine Spieltherapie mit einem Kind mit geistiger Behinderung zu einer Spieltherapie mit einem Kind ohne Behinderung? Wenn ja, in welcher Weise? (z.B. der Ablauf allgemein, die Räumlichkeiten, das Spielmaterial, die Kommunikation, Länge der Therapie, etc.)
4. Haben sich im Verlauf der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung besondere Probleme ergeben bzw. sind Sie jemals an Grenzen gestoßen? Wenn ja, (an) welche?
5. Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn in der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung?
6. Welche Rolle spielen die Eltern in der Therapie? Gibt es in dieser Hinsicht Unterschiede zu einer Therapie mit Kindern ohne Behinderung?
7. Konnte eine Verbesserung in Bezug auf den Grund für die Therapie festgestellt werden? Konnte eine Verbesserung in anderen Bereichen festgestellt werden?

Personenzentrierte Spieltherapie und differenzielle Vorgehensweisen

8. Haben Sie jemals andere Methoden in die personenzentrierte Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung miteinfließen lassen? Wenn ja, welche und mit welcher Begründung?
9. Welche Rolle kommt der Nicht-Direktivität in der Therapie mit Kindern mit geistiger Behinderung zu?
10. Das Thema „Differenzielle Vorgehensweisen“ ist in der Personenzentrierten Psychotherapie ein viel diskutiertes Thema. Wie stehen Sie persönlich dazu und in welcher Weise wirkt sich dieses Thema Ihrer Meinung nach auf die Personenzentrierte Spieltherapie aus?

11. Was halten Sie allgemein von Filialtherapie und im Besonderen in Bezug auf die Therapie bei Kinder mit geistiger Behinderung?
12. Was sind Ihrer Meinung nach die Besonderheiten in der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung?

Bedeutung der Personenzentrierten Spieltherapie für Kinder mit geistiger Behinderung

13. Was spielt, Ihrer Meinung nach, die wichtigste Rolle in der (personenzentrierten) Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung?
14. Warum ist die personenzentrierte Spieltherapie Ihrer Meinung nach für Kinder mit geistiger Behinderung geeignet? Was zeichnet sie aus?

Gedanken zur Ausbildung und persönliche Motivation der TherapeutInnen

15. Für mich persönlich war es erstens sehr schwer Literatur zu meinem Thema zu finden und zweitens sehr schwer Personenzentrierte PsychotherapeutInnen zu finden, die spieltherapeutisch mit Kindern mit geistiger Behinderung arbeiten. Was glauben Sie ist der Grund dafür, dass es dazu wenig Literatur gibt bzw. dass es wenige Personenzentrierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen für diese KlientInnengruppe gibt?
16. Mich persönlich würde interessieren, ob in Ihrer Ausbildung zur Personenzentrierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn jemals das Thema „geistige Behinderung“ theoretisch oder praktisch behandelt wurde? Wenn ja, in welchem Ausmaß?
17. Finden Sie dieses Ausmaß hinreichend?
18. Aus welchem Grund haben Sie sich dazu entschlossen mit Kindern mit geistiger Behinderung zu arbeiten?

Raum für abschließende Bemerkungen

Lebenslauf

Persönliche Daten

<u>Name</u>	Sophie Tarta
<u>Geburtsdatum</u>	15. Mai 1984
<u>Geburtsort</u>	Graz

Schulbildung

<u>1990 – 1994</u>	VS Eisteich, Graz
<u>1994 – 2002</u>	AHS G.I.B.S., Graz

Hochschulbildung

<u>2002 – 2003</u>	Studium der Anglistik und Amerikanistik, Graz
<u>Seit 2003</u>	Studium der Bildungswissenschaft, Wien

Beruflicher Werdegang

<u>1998 – 2000</u>	Beleuchtungsstatistin im Schauspielhaus, Graz
<u>2002 – 2003</u>	Kellnerin, <i>Konditorei Kotzbeck-Loh</i> , Graz
<u>2003 – 2007</u>	Gewerbliche Aushilfskraft, <i>Czasch GmbH</i> , Wien
<u>2007 – 2011</u>	Assistentin der Restaurantleitung, <i>Czasch GmbH</i> , Wien <i>Potenzial Jugend</i> , Wien
<u>2007 – 2010</u>	Externe Trainerin, <i>Verein T.I.W. – Projekt</i>
<u>Seit 2011</u>	Kellnerin, <i>Blueorange</i> , Wien

Praktika und Weiterbildungen

<u>Jul. 2007 – Sep. 2007</u>	Praktikum, Verein T.I.W. – Projekt Potenzial Jugend, Wien
<u>Okt. 2007 – Mär. 2008</u>	Praktikum als Bibliotheksberaterin, Präsenzbibliothek des Instituts für Bildungswissenschaften, Wien
<u>Nov. 2007</u>	Crew Trainer Kurs, McDonald's Business School, Brunn/Gebirge
<u>Nov. 2007</u>	Basic Shift Management Kurs, McDonald's Business School, Brunn/Gebirge
<u>Nov. 2007</u>	Advanced Shift Management Kurs, McDonald's Business School, Brunn/Gebirge

Interviewtranskripte

T.A.:

- 1 Interviewer: Also, zum Therapieverlauf. Was sind eigentlich die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie kommen oder gekommen sind bis jetzt? Also, die kommen ja nicht freiwillig, aber sie werden meistens hingeschickt ...
- 2 #00:00:15-7# Befragter: (unterbricht) Doch, die kommen freiwillig! Das ist eine Einrichtung, in der Kinder mit Entwicklungsstörungen betreut werden. 80 Kinder vollstationär und 20 in Tagesgruppen. Die gehen da auch zur Schule. Schule für Menschen mit geistiger Behinderung und Förderschule. So, das ist die Schülerscharr. Und wenn die dann seelische Probleme haben, dann kommen die zu mir. Entweder selber, oder werden von Lehrern oder Ärzten dann dazu angeregt. Muss man allerdings sagen, die sind nicht schwer geistig behindert. Also, wir haben leicht geistig behinderte und Förderschüler im Grenzbereich.
- 3 #00:00:50-7# Interviewer: Ok, gut! Das bringt mich eh zur nächsten Frage, ob die irgendwelche Voraussetzungen erfüllen müssen? Das heißt, es gibt ja Personen, die sagen, dass sie zum Beispiel nur mit leicht geistig behinderten Kindern arbeiten würden oder dass es nur mit denen möglich ist. Haben Sie da irgendwelche Voraussetzungen in dieser Schule?
- 4 #00:01:11-4# Befragter: Ja! Ich sehe das auch so, nicht. Also, das muss schon möglich sein, dass die Kinder Sprache verstehen und sich sprachlich äußern können. Und dass die, dass das, was sie tun auch in gewisser Weise ausdrückt, das was sie möchten. Dass das nicht, dass die so ausdrucksfähig sind. Ja!
- 5 #00:01:36-6# Interviewer: Okay!
- 6 #00:01:36-6# Befragter: Dass das nicht nur Zwänge oder nur Autismen sind.

- 7 #00:01:40-4# Interviewer: Okay, also Sprachvermögen ist dann schon eine Voraussetzung, so zu sagen?
- 8 #00:01:44-2# Befragter: Ja! Ein gewisses!
- 9 #00:01:45-4# Interviewer: Ein gewisses, ja?
- 10 #00:01:46-4# Befragter: Ja!
- 11 #00:01:47-4# Interviewer: Und, okay, gut! Und jetzt zur Spieltherapie. Unterscheidet sich die Spieltherapie mit einem geistig behinderten Kind zu einer Spieltherapie mit einem Kind ohne Behinderung?
- 12 #00:01:58-2# Befragter: Ja!
- 13 #00:01:58-7# Interviewer: Ja, und ...
- 14 #00:02:00-4# Befragter: Also, ich habe für unsere Kinder weniger Spielmaterialien und welche, die mehr, also, die eher klar sind und ziemlich robust auch. Und ich, also, ich denke ich muss wacher dabei sein, bei dem was die Kinder tun in der Spieltherapie. Dass ich sehe, ob sie irgendwie hängen bleiben in Automatismen, nicht. Oder ob es wirklich Dinge sind, die sie ausdrücken wollen. Und ich greife auch stärker ein, wenn ich merke da hängt etwas und, ja, ich gebe auch öfter einmal Vorgaben oder führe die so ein, nicht. Also, ich habe Kasperpuppen, zum Beispiel, die die Märchenfiguren der grimmschen Märchen präsentieren. Und dann kann man einmal so etwas einführen. Wir spielen also Rotkäppchen. Ich komme dann als Rotkäppchen und so weiter. Also, dass man so ein bisschen ein Skript vorgibt, so in Rollenspielen, zum Beispiel, nicht.
- 15 #00:03:02-0# Interviewer: Also, schon ein bisschen mehr direktiv? Also, die Nicht-Direktivität spielt dann, nehme ich an, nicht so eine große Rolle jetzt. Also, dass, ich weiß nicht ...
- 16 #00:03:12-2# Befragter: Ja! Ich muss dem Kind schon immer Raum geben, seine eigene Gestaltung zu finden. Aber ich gebe vielleicht eher ein Thema vor, an dem es

gestalten kann.

- 17 #00:03:20-9# Interviewer: Okay! Gut, also, Spielmaterial wird auch eingegrenzt eher (Ja!). Also, es gibt nicht so viel Möglichkeiten, wie ...
- 18 #00:03:30-6# Befragter: (unterbricht) Ja! Einfach, dass die nicht überfordert sind mit diesen vielen Dingen, die da so zur Auswahl sind und dass das in so ein sinnloses Agieren und Toben dann kommt, nicht. Und ich, ja, es liegt bei mir auch daran, dass der Raum ziemlich klein ist, auch. Da passt gar nicht viel rein. Und es hat sich gezeigt, dass das wunderbar klappt. Also, die können mit sehr wenigen Dingen wunderbar etwas anfangen.
- 19 #00:03:54-7# Interviewer: Glauben Sie, dass das, wenn Sie zu viel Material hätten, dass das nicht gut wäre? Also, dass das ...
- 20 #00:03:58-8# Befragter: (unterbricht) Ja! Die sind ja eher strukturschwach, nicht. Und dann würden sie hier anfangen und da anfangen und so, und würden sich verlieren.
- 21 #00:04:06-4# Interviewer: Okay! Und haben sich im Verlauf der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung irgendwelche besonderen Probleme ergeben oder sind Sie an irgendwelche Grenzen gestoßen? Also, jetzt einmal im Unterschied zu einer Therapie eben ...
- 22 #00:04:25-3# Befragter: (unterbricht) Ja, gut! Also, ich passe mich dann immer an die jeweiligen Kinder an und erfinde für die immer etwas neues, nicht. Je nachdem, was sie brauchen. Aber die Grenze ist natürlich dadurch gegeben, dass die durch ihre konstitutionellen Voraussetzungen stark geprägt sind, nicht. Und die kann ich alleine mit der Spieltherapie nicht überwinden. Dann hat das manchmal mehr so den Effekt, dass man diagnostische Hinweise erhält, ja. Was beschäftigt das Kind? Was ist sein Thema? Seine Frage? Und verwerte, in dem ich dann das auch versprachliche, was ich da sehe, gell. So, dass die Kinder auch Sprache finden für das, was sie sonst nur handelnd ausdrücken können, nicht. Aber dass sie damit vollständig ihre Lernbehinderung oder, also, all das, was sie einschränkt, dass sie das überwinden, das ist natürlich utopisch, nicht. Und so geht es dann auch oft darum, einfach dieses Thema

zu finden und dann den Menschen, die noch mitbetreuen, das zu übermitteln, nicht. In verantwortlicher Weise. Dass die dann auch mithelfen können, dass das Kind, dass das, was sein Weg ist, dass es den auch beschreiten kann.

23 #00:05:40-3# Interviewer: Okay.

24 #00:05:41-8# Befragter: Die können ja ihr Leben nicht so selbst in die Hand nehmen wie das weniger eingeschränkte Kinder können.

25 #00:05:48-2# Interviewer: Und auch ihre Abhängigkeit ...

26 #00:05:49-4# Befragter: Eben, nicht! Das kann ich nicht weg therapieren.

27 #00:05:52-3# Interviewer: Ja, das ist eh klar! (Lachen)

28 #00:05:53-2# Interviewer: Und welche Rolle spielen die Eltern? Also, gibt es da Unterschiede zu einer Therapie mit einem Kind ohne Behinderung? Werden die irgendwie miteinbezogen? Oder (Ja!) wie läuft das ab?

29 #00:06:07-3# Befragter: Sofern das möglich ist. Wir haben halt viele Kinder auch da, weil die Eltern eigentlich erziehungsunfähig sind. Da können wir dann nicht so viel machen. Aber bei denen, wo da eben die Eltern als Unterstützung sein können, da werden die miteinbezogen. Nicht indem ich ihnen Details erzähle, was wir da machen. Aber ich erzähle, was das Thema ist, nicht. Was das Kind für wichtig hält und, ja, bei Jugendlichen tue ich ja auch Gespräche dann mit Zeichnungen unterstützt. Und da geht es dann gerade darum, so das Thema zu finden und die frage ich dann auch: „Ist es dir recht, wenn wir deine Leute einmal einladen? So, dass sie dir auch besser helfen können! So, dass wir das denen erzählen und bereiten wir das vor.“. So, dann - ansonsten übernehmen die Lehrer oder die Erzieher dann diese Rolle der Eltern, die dann unterstützen sollen.

30 #00:07:02-6# Interviewer: Genau! Okay. Genau, dann würde mich auch noch interessieren, welche Rolle, Ihrer Meinung nach, die Beziehung zwischen Therapeut und Klient - also, in dem Fall das Kind - bei Kindern mit geistiger Behinderung spielt?

Es spielt schon, also, ich nehme an, eine (Ja!) wichtige Rolle?

- 31 #00:07:19-0# Befragter: Ja, klar! Das ist eine ganz wichtige Rolle, nicht! Auch diese Kinder sind äußerst sensibel und merken ganz genau, ob man sich jetzt irgendwie so caritativ ihnen zuwendet: „Ach du armes Hascherl! Ich gebe mich einmal mit dir ab!“ oder ob man echtes Interesse an ihnen hat. Und die merken auch sehr genau, ob man authentisch ist, ja. Ob man irgendwelchen Blödsinn mitmacht aus Hilflosigkeit oder ob man irgendwann auch seines dazu stellt und sagt: „Das wird mir jetzt ungemütlich!“ oder so. Also, man muss auch gerade für diese Kinder auch Anwalt der Realität sein, nicht. Die Wirklichkeit repräsentieren.
- 32 #00:07:57-9# Interviewer: Okay!
- 33 #00:08:00-6# Befragter: Ja, die sind ja noch orientierungsloser als die anderen und brauchen eigentlich auch gerade die Therapeuten als Modell. Und auch gerade weil sie das von ihren Elternhäusern oft nicht haben. Dann übernehme ich die Funktion.
- 34 #00:08:19-6# Interviewer: Wenn wir jetzt über die Eltern reden, Filialtherapie? Wird das angeboten? Wird das irgendwie, ist das ein Thema bei Ihnen? Also, dass da die - das wäre dann eher, wenn sie noch zuhause bei den Eltern wären? (Befragter bejaht) Ja! Also eher nicht?
- 35 #00:08:37-4# Befragter: Also, ich unterrichte auch am heilpädagogischen Seminar für Heilpädagogen. Und da ermuntere ich die dazu und bringe ihnen so Anfänge davon bei. Dass sie das Prinzip der geschenkten Stunde einmal einsetzten, nicht. Also, eine bestimmte Zeit in der Woche oder eine halbe Stunde ist vielleicht leichter zu füllen. Mit dem Kind in einem besonderen Raum mit besonderen Materialien, sich wirklich mit dem beschäftigen. Ich denke das bewirkt viel, ja! Aufmerksamkeit als solche ist es eigentlich, so dass man im Kontakt ist.
- 36 #00:09:13-2# Interviewer: Ja! Ich denke gerade, wenn man ein Kind in der Therapie hat und dann geht es nachhause oder wo immer es auch wohnt, so zu sagen, und es wird dann dort nicht mehr das weiter - also, dieses Gewähren lassen und das alles. Wenn das nicht gegeben ist dann, so zu sagen, in der Realität nicht mehr, dann, ich weiß nicht!

Wie sehen Sie das?

- 37 #00:09:33-0# Befragter: Ja. Naja, das Gewähren lassen ist vielleicht auch gar nicht so das, sondern der Kontakt halt, ja. Der hilft den Kindern natürlich viel. Und damit sich das, was man in der Therapie macht nach außen oft weiter fortsetzt, und nicht nur in der Therapiestunde und in dem Raum stattfindet, da ist es eben wichtig, das Thema zu transportieren und die, die damit dabei sind zu ermutigen mit dem Kind da auch dranzubleiben an seinem Thema, nicht. Das ist jetzt in meinem Fall in der Einrichtung nicht unbedingt in Form von Filialtherapie, aber schon so das gemeinsame Wissen, ja. Was das Kind für Interessen hat.
- 38 #00:10:17-6# Interviewer: Ja, okay! Gut, in Bezug jetzt auf den Grund für die Therapie. Konnte da eine Verbesserung irgendwie festgestellt werden? Oder in anderen Bereichen durch die Spieltherapie?
- 39 #00:10:36-2# Befragter: Ja! Also, ich kann das natürlich nicht wissenschaftlich auswerten, weil bei uns immer den Kindern gleich alles Gute getan wird, was man ihnen so tun kann. Die kriegen dann parallel auch noch Musiktherapie und Massage und was weiß ich. Ja, und zu mir kommen ja die, die irgendwie gerade einen seelischen Konflikt haben, nicht. Meinetwegen, wo die Eltern sich scheiden lassen oder jemand gestorben ist oder die Jugendlichen, die der Schulentlassung entgegen gehen und dann große Ängste haben: „Wie soll ich überhaupt in der Welt bestehen, wenn ich doch gar nicht so bin wie die anderen Jugendlichen? Ja, ich kann keinen Führerschein kriegen, kein Bankkonto eröffnen“ und all das und so. Also, in solchen Situationen habe ich dann mit denen zu tun. Ja, es gibt auch viele Kinder mittlerweile mit traumatischen Erfahrungen, ja. So, und dann ist das eigentlich mehr so eine - also, es wirkt glaube ich allgemein stärkend, ja. Wie jeder von uns auch, nicht. Wenn man Sorgen hat und man kann ein gutes Gespräch mit jemanden führen. Man hat eine Adresse, wo man hingehen kann und man wird so genommen, wie man ist, ja, und bestätigt: „Ja, so bist du!“, nicht. „So bist du recht!“. Ja, das stärkt einfach. Wie Vitaminspritzen oder so etwas (Lachen) in der Art, gell. Und ich denke die Wirkung hat es auf jeden Fall. Ich kann es daran erkennen, dass die Kinder auch wahnsinnig gerne kommen. Ja, und wenn ich es einmal ausfallen lasse, dann beharren die aber pingelich darauf, dass ich das nachhole. Das ist ja bei anderen Sachen nicht so. (Dann folgte eine kurze Kaffeepause, Gerät wurde

ausgeschaltet)

- 40 #00:12:22-6# Interviewer: Und zwar, haben Sie jemals andere Methoden mit einfließen lassen in die Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern? (Bejaht) Wenn ja, mit welcher Begründung? Also, was war der Grund dafür? Und welche Methoden?
- 41 #00:12:36-1# Befragter: Ja! Also, schon einmal so mit eingeflochten, nicht. So Sachen, die man üben könnte, ja. Also, wie gesagt, ich bin da etwas direkter dann, nicht. So, ich habe jetzt, zum Beispiel, einen Jungen gehabt, nicht, der hatte starke Selbstwertprobleme und dann war er aber so eingefahren. Er wollte immer Rennfahrer spielen. Und musste immer Erster sein. Und dann hat er - und ich war immer Reporter und musste dann berichten, wie toll er das alles macht. So, und dann hatten wir so eine Keksdose, das war der Monitor. Da spielte sich nachher das Rennfahren darauf ab. Und, also, immer Erster und weil - dann dachte ich so ein bisschen arg eingeschränkt, nicht. Er muss auch einmal üben wie das ist, wenn man Zweiter wird und so. Und dann habe ich ihm, also, das Mikro vor die Nase gehalten und gesagt: „Ja sagen Sie, Sie sind ja immer Erster! Aber sind Sie auch darauf vorbereitet, wie Sie das schaffen, wenn Sie einmal Zweiter werden? Das ist ja noch viel schwieriger!“ und so weiter, nicht. Und so, hat er ein bisschen herumgeeiert. Ich bin aber dabei geblieben. Und dann haben wir geübt wie das ist, wenn man Zweiter wird und so. Also, ich bringe übende Elemente rein einfach, um Freiraum zu ermöglichen, nicht. Um zwar am Thema zu sein, aber das zu erweitern. Ja, Handlungsoptionen! Und das habe ich so ein bisschen abgeluchst aus diesem Buch „Ich schaffe es!“ von Ben Fuhrmann. Ja, wie man sich das dann vornimmt und solche Elemente bringe ich dann auch schon einmal rein. So etwas kann man ja einmal üben, nicht. Und so, also, aber eingeflochten halt, nicht einzeln am Stück. Das können die Pädagogen machen. Ja, und sonst, wie gesagt, ich splitte die Stunde manchmal. Dass dann bei sehr unruhigen Kindern, die sich auch so verfranseln, nicht, dass ich dann noch einmal so dieses Zeichnen eben rein nehme zu einem Thema: „So, erzählst mir einmal“, „Jetzt kaufe ich dir eine Insel“ und, ja, „Was du alles so darauf haben willst“ oder so, nicht. Immer, wenn es passt. Ja, es ist für jedes Kind eigentlich individuell.
- 42 #00:14:49-1# Interviewer: Haben Sie schon einmal Kinder gehabt, die sprachlich, also, eher, wie sagt man? Dass sie eher sprachlich nicht sehr viel (Ja.) sich ausgedrückt

haben? Also, Prä-Therapie, haben Sie da schon einmal ...

- 43 #00:15:02-1# Befragter: (unterbricht) Nein! Also, so weit, so eingeschränkt sind unsere nicht. Ja! Sie sind alle beschulbar und die Klassen sind auch zusammengefasst. Also, behinderte Schüler und lernbehinderte Schüler. Und so ganz Schwache haben wir in der Einrichtung nicht. Wenn ich sie hätte, würde ich es aber machen. Ja! Finde ich, ist ein guter Weg.
- 44 #00:15:23-1# Interviewer: Okay! Gut, das mit der Nicht-Direktivität hatten wir schon, dass das nicht wirklich funktioniert mit diesen Kindern. Oder ...
- 45 #00:15:34-1# Befragter: (unterbricht) Nein, nicht nur! Also, man muss ihnen ihr Thema ablauschen. Da folge ich dem Kind, ja, so wie das sein soll. Aber, ich gebe mehr Strukturen und mache Angebote. Wenn die die nicht haben wollen, putzen die die Angebote auch von der Platte, also, (Lachen), dann gehe ich dann da auch darauf ein. So weit gehe ich nicht, dass ich ihnen etwas aufzwinge.
- 46 #00:15:57-2# Interviewer: Okay! Ja, weil es heißt ja - ich habe schon oft gelesen, dass es eben heißt, dass man schon direktiv, sozusagen, arbeitet, aber eben ohne dass man das Kind manipuliert, sozusagen (Ja!). Und ich denke mir, dass - ich stelle mir das schwierig vor, eigentlich. Ich weiß nicht, wie sehen Sie das? Ist das schwierig, dass man bei einem Kind, das jetzt wirklich ständig das Gleiche macht, wo man dann denkt, es sollte vielleicht einen anderen ...
- 47 #00:16:30-1# Befragter: Ja. Also, ich gehe die nicht so an wie ein Pädagoge, ja. Also: „Ich hier will jetzt was von dir und du machst das jetzt einmal!“. Sondern ich lasse das Kind schon was machen, was es will und verändere das dann in meiner Rolle als Spielpartner, nicht. Also, ein Junge, zum Beispiel, der liebend gerne in jeder Stunde mit mir kämpfen wollte. Da hatte ich so Nudeln, mit denen man so schwimmt. So Styropordinger, da. Die hatte ich so in zwei geteilt und dann kann man sich damit hauen. Das knallt furchtbar und tut nicht weh. Also, immer dieses Kämpfen damit und so. Ich bin nun 54 und allmählich 60 (Lachen). Herumspringen kann ich nicht so gut. So, und dann habe ich das auch von mir aus verändert, nicht. Also, als Spielpartner habe ich gesagt: „Mensch, jetzt müssen wir einmal die Waffen ändern! Also, jetzt

machen wir einmal ... “ ja, was weiß ich, „ ... um die Wette malen!“ oder, ja irgendetwas, was ich gut kann, nicht. Oder dann haben wir andere mit einbezogen. Die mussten dann an meiner Stelle kämpfen, irgendwelche Puppen. Oder dann hat er einmal den Stuhl verhauen, sagte: „Jetzt nimm einmal den hier! Das ist mein Kumpel, der hält etwas aus. Ich brauche jetzt Pause!“. Und dann, ach, all so etwas, nicht. Aber dann ist es im Spielfluss. Ich würde dann einfach sagen, ich bin nicht direktiv, sondern ich trete als Spielpartner stärker in Erscheinung als ich das bei einem Kind machen würde, was so normal neurotisch ist, nicht. Da habe ich auch Erfahrung. Da habe ich früher in einer Erziehungsberatung gearbeitet. Das war dann, das sind graduelle Unterschiede, würde ich sagen. Keine prinzipiellen.

48 #00:18:14-6# Interviewer: So wie Axline auf dem Stuhl sitzen und nur zuschauen und spiegeln (Achso!), das nicht?

49 #00:18:22-4# Befragter: Nein!

50 #00:18:22-4# Interviewer: Gar nicht, ja! Also, eher schon mit dem Kind spielen.

51 #00:18:24-2# Befragter: Ja, das habe ich ja auch nie hingekriegt, weil die Kinder mich eigentlich immer direkt ansprechen, dass ich was mit ihnen mache. Gut, es gibt welche, die haben das gerne, dass sie mir etwas vorspielen und ich soll auf meinem Stuhl sitzen und soll dann aber höchstes Interesse an dem zeigen, was die da machen und wie so ein Reporter dann da vor mich hin brabbeln. Das finden die auch toll! Da hatte ich einmal so ein Kind, das war sehr, sehr beziehungsgestört und hat mich dann in die äußerste Ecke meines Zimmers erst einmal verbannt. Noch hinter den Tisch und ich sollte auch gar nicht kucken. Und dann habe ich immer vor mich hin gebrabbelt: „Oh, was machst du denn da? Ich höre da etwas rascheln und ich darf ja nicht kucken, aber ich bin ja so neugierig!“. Wenn die mich dann nicht verstand, was ich rede, dann hat sie immer gesagt: „Heeee?“ (Lachen). Weil sie natürlich ganz genau wissen wollte, was ich da rede. So, die wollte schon gespiegelt werden. Aber die meisten wollen eigentlich, dass ich mitspiele. Ja!

52 #00:19:21-2# Interviewer: Okay! Das Thema „Differenzielle Vorgehensweisen“ ist ja ein vieldiskutiertes Thema in der Personenzentrierten Psychotherapie (Ja!). Wie stehen

Sie dazu?

- 53 #00:19:31-4# Befragter: Ja, ich finde das gut, nicht! Also, ich denke, was man immer aufrecht halten muss sind diese drei Variablen. Ohne die geht es nicht, nicht. Also, diese unbedingte Wertschätzung auf jeden Fall und auch bei den Kindern, die eben eingeschränkt sind, da gilt die Wertschätzung ja vor allen Dingen dem, was sie werden wollen, nicht. Das sieht man ja, nicht - also, wenn mir da jetzt ein Kind auf dem Teppich pinkeln würde oder so etwas, nicht, dann würde ich es nicht so wertschätzen dafür, sagen: „Oh wie schön!“ (Lachen). Oder sonst irgendwelche Dinge macht, nicht. Aber als Mensch, als solchen, als einen, der sich entwickelt und der strebt, schätze ich jedes Kind, gell! Und auch diese Empathie ist natürlich unbedingt nötig, nicht. Man muss verstehen können, was die Ausdrucksweise des Kindes da sein soll. Und eben auch, ob es jetzt sich ausdrückt oder ob irgendetwas mit ihm abläuft, wo es gar nicht heraus kommt. Das merkt man dann, wenn es so stereotyp wird oder sinnloses Handeln. Einfach nur herum schmeißen von irgendetwas und so. Dann, ja, dann muss man echt sein und da ist man, glaube ich, bei denen am aller stärksten gefordert, nicht. Und ich finde Pädagogik dann auch okay. So eingreifen, wenn man sich erklärt. Wenn man sagt: „Du! Jetzt sehe ich das hier gerade und, nicht, und ich weiß doch du möchtest da und da hinkommen. Ach, wir probieren das einmal!“, oder so, nicht. Dann ist man immer noch echt und kongruent und, finde ich, passt absolut ins Modell. Ja, und auf alle Fälle gehe ich nicht ins Psychoanalytische, dass ich irgendetwas analysiere, sondern ich lasse dem Kind immer die Wahl. Ob es das annimmt, was ich da sage und tue und merke, wenn es das nicht tut, höre ich auf.
- 54 #00:21:24-2# Interviewer: Okay!
- 55 #00:21:25-7# Befragter: Und ich gehe auch nicht ins Verhaltenstherapeutische! Also, ich exorziere nicht irgendetwas oder über irgendetwas, sondern es ist schon immer diese Begegnung. Das ist das Wesentliche!
- 56 #00:21:35-7# Interviewer: Okay! Das mit der Filialtherapie haben wir schon. Was ist, Ihrer Meinung nach, die Besonderheit in der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung? Gibt es da irgendetwas Besonderes?

- 57 #00:21:50-2# Befragter: Ja, das habe ich im Grunde alles schon gesagt, nicht. Dieses, dass man bei der Auswahl der Spielmaterialien ein bisschen aufpasst. Also, ich würde nichts mit Rappeln und Knöpfen und all so etwas. Aber so Musikinstrumente, zum Beispiel, die auf einfache Weise Töne von sich geben, wo die damit klar kommen. Das gerne! Und es soll alles schön sein, ja. Soll die Sinne so ansprechen, dass da nichts verzerrt wird und auch, ja, echte Materialien. Also, ja, meine Kasperpuppen, die sind aus Stoff und halt so richtig schön fest und die kleinen Püppchen, die sollen schöne Gesichter haben. Also, keine Monsterfratzen und so ein Kram. Es soll sich orientieren, eigentlich an dem, was heil und gesund ist. So, die Monster haben wollen, machen da schon Monster daraus (Lachen). Und dann eben das Strukturierte. Dass ich, ja, ich kucke, dass nicht irgendwie Sinnloses sich nur einschleicht und, ja, auch die Sprache, einfach, kurz, klar. Auch bestimmte Dinge, dass ich die öfter wiederhole dann, dass das an die Kinder heranwächst, nicht. Sondern auch selber einmal sagen können: „So bin ich!“. Ja, im Grunde ist es auch alles nur graduell. Man muss die Dinge deutlicher machen für die Kinder, die schwächer in ihrem Sinnleben sind. Da muss man ein bisschen dicker auftragen, ganz einfach. (Lachen)
- 58 #00:23:28-1# Interviewer: Okay! Was spielt, Ihrer Meinung nach, die wichtigste Rolle in der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung?
- 59 #00:23:45-0# Befragter: Also, die Begegnung! Ja. Also, gerade diese Kinder, die erleben das ja so oft, nicht, dass sie eigentlich mehr Behandlungsobjekte sind, ja. Ja, und das ist für die eine ganz tolle Sache. „Da interessiert sich jemand wirklich und wahrhaftig dafür wie ich bin!“, ja. „Und was ich hier meine!“ und „Und gibt mir das auch noch wieder!“. Und auch die Sprache, nicht. Dass die Kinder dann selbst über das verfügen können, ja. Dass sie, zum Beispiel, sagen können: „Ich will einmal der Beste sein!“. Wenn sie das einmal geschafft haben, dann müssen sie es nicht immer so durchboxen, ja. Ja!
- 60 #00:24:28-1# Interviewer: Wie lange bleiben die in der Regel in der Therapie, also ...
- 61 #00:24:30-4# Befragter: (unterbricht) Ja, schon länger. So einmal in der Woche und dann ein drei-viertel Jahr und länger. Und die haben ja diese langen Schulferien

dazwischen, nicht.

62 #00:24:41-3# Interviewer: Was ist mit den Schulferien, dann...

63 #00:24:42-9# Befragter: (unterbricht) Also, bis zu dreißig Stunden, nicht. Es gibt andere in freier Praxis, die machen viel längere Therapien, aber dann kämen bei mir die Kinder viel zu selten dran.

64 #00:24:55-7# Interviewer: Ja, okay! Warum ist die Personenzentrierte Spieltherapie, Ihrer Meinung nach, für Kinder mit geistiger Behinderung geeignet? Warum ist es besonders geeignet dafür?

65 #00:25:07-5# Befragter: Weil ich finde, dass ist das, was am stärksten auf die Begegnungsqualität abhebt. Und weil ich finde, dass das, was ganz arg wichtiges ist, nicht. Dass man so diesen kleinen Raum schafft zwischen Ich und Du, wo dieses Kind sein Eigenes so hinein gestalten kann, ja. Alles andere ist ja doch meistens übender Art und führender Art. So, und ja! Und so hat es - ja gut, man kann auch sagen, das Kind kann sich musikalisch ausdrücken oder durch malen oder so etwas, aber dieses ist etwas, was auch mit Sprache begleitet ist. Und ich halte das für ganz wichtig, dass man die auch sprachlich befähigt, ja, ihre Themen auszudrücken. Je mehr sie aussprechen können, desto weniger müssen sie ausagieren! Und desto weniger staut sich so, ja.

66 #00:26:05-2# Interviewer: Ja, gut! Dann habe ich noch ein paar persönliche Fragen, die mich interessieren. Für mich war es eben sehr schwer, Literatur zu diesem Thema zu finden und auch Personenzentrierte PsychotherapeutInnen, sozusagen, zu finden, die mit diesen Kindern arbeiten. Ich würde gerne wissen, warum Sie glauben, dass das so ist? Dass es so wenig Literatur dazu gibt? Ich meine, es gibt schon einiges. Auch schon aus den 60er und 70er Jahren habe ich Sachen gefunden, aber es ist eigentlich, finde ich, sehr wenig (Ja!). Und es war für mich in Österreich auch sehr schwer, TherapeutInnen zu finden eben. Weil es wird entweder mit Menschen mit geistiger Behinderung gearbeitet, aber Erwachsene oder Jugendliche oder eben nur Kinderspieltherapie eben angeboten. Aber für speziell diese Kinder eigentlich sehr wenig.

67 #00:26:55-6# Befragter: Ja, das liegt sicherlich daran, dass man mit denen, mit solcher Therapie alleine, keine wirklichen Heilungen erzielen kann, nicht. Das ist bei anderen Themen möglich und da eigentlich nicht. Da hat es mehr so einen allgemein persönlichkeitsentwickelnden und stärkenden Charakter. Ja, und für so etwas werden die auch eher selten so Therapien zugewiesen, nicht. Ich kann das mir jetzt leisten, weil ich in einem Heim arbeite. Da sind die Kinder sowieso. Und weil ich von meinem Arbeitsauftrag ein bestimmtes Stundenkontingent abzwacken kann. Das kann ich dafür hergeben. Und das haben eigentlich die Kinder selber durchgesetzt. Die sind dann einfach immer gekommen (Lachen). „So, jetzt musst du dir etwas einfallen lassen, sonst stehst du so blöd da!“. Und, ja, gut. Und ich kann mir das leisten, weil eben das ist ein Teil vom gesamten Therapieangebot. Da gibt es noch Heil-, nein, Musiktherapie, Kunsttherapie, Massage, Sprachgestaltung, auch so etwas wie Schauspiel, Reiten, ach, alles Mögliche, gell. Und ich mache dann auch noch einen Teil davon. Und nur mit dem alleine, das wäre einfach zu dünn, ja.

68 #00:28:18-6# Interviewer: Okay!

69 #00:28:20-6# Befragter: Ja, und dann denke ich, das liegt auch an der Ausbildung, nicht. Wenn man so ein Psychologiestudium durchmacht, eigentlich geht man immer von normal Begabten aus, fast immer. Und das andere ist ja mehr für die Pädagogen und für die Heilpädagogen. Da studiert man etwas anderes, wenn man darüber etwas wissen will, nicht. Und dann traut man sich an solche Kinder nicht unbedingt heran, wenn man es sich aussuchen kann. Also, ich bin dazu gekommen - ja, ich hatte sie dann einfach und die Kinder haben mich dann überrannt (Lachen). So: „Sag einmal etwas! Wir haben auch Probleme!“. Ich habe erst gedacht, ich mache da nur Diagnostik und Beratung für die anderen Therapeuten. Und so habe ich mich an die Kinder da auch nicht so doll herangewagt, aber die sich dann eben an mich. Ja!

70 #00:29:10-3# Interviewer: Meine Frage stellt sich eben deswegen, weil eben, wenn man diese ganzen Statistiken, Studien und alles anschaut, ist es ja so, dass wirklich, also, Menschen mit geistiger Behinderung drei bis vier Mal häufiger an psychischen Störungen leiden. Und deswegen wundert es mich eben auch, dass es von Therapieangeboten, jetzt von der personenzentrierten Seite, sehr wenig gibt.

- 71 #00:29:30-7# Befragter: Ja, ich finde das auch einen Mangel. Man sollte sich wirklich damit befassen, nicht. Und deshalb hat es mir auch so Freude gemacht, diesen Artikel da zu schreiben und davon auf einer Tagung zu erzählen. Weil das meine Entdeckung ist, zu der die mich selber hingeführt haben, nicht. Die sind auch nicht anders! Ja, prinzipiell! Und die freuen sich so wahnsinnig dann darüber, nicht! So, auch einmal eine gute Begegnung zu haben und zehren auch davon, nicht. Ich treffe manchmal welche, die sind schon seit wer weiß wie vielen Jahren heraus aus unserer Einrichtung und sagen: „Weißt du noch? Das war damals so schön! Das war das Schönste!“. Genau wie wir, nicht. Wir erinnern uns auch an so Highlights, an schöne Begegnungen. Ja, und danach, hinterher ist man auch nicht ein anderer Mensch als man vorher war und trotzdem nimmt man irgendwie etwas ganz arg Stärkendes da daraus mit. So, so ist das nun eben. Ich denke, das sollte man denen auch gönnen. Und die Begegnung mit diesen Menschen ist auch sehr interessant. Das ist auch für Therapeuten durchaus befriedigend, sich mit diesen Kindern zu befassen (Lachen).
- 72 #00:30:34-6# Interviewer: Ja! Eben, ich finde eben dieses Wertschätzen, das Empathische, ich finde das haben sie sehr oft nicht, sozusagen, außerhalb der Therapie (Genau!). Deswegen finde ich es sehr wichtig (Ja!), dass da auch im personenzentrierten Bereich eben (Ja!), dass da mehr eben auch in der Ausbildung gibt. Und das ist eben schon die nächste Frage eben: Ob Sie in Ihrer Ausbildung zur Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ob Sie da dieses Thema „Geistige Behinderung“ oder „Kinder mit geistiger Behinderung“, ob das überhaupt theoretisch oder praktisch irgendwie behandelt worden ist?
- 73 #00:31:08-1# Befragter: Ja, ich kann mich entsinnen. Ich habe das ja in meinem Studium gemacht und das war so in den 70er, ja 60er, 70er Jahren. Da hieß das noch „Kindzentrierte Spieltherapie nach Axline“. Und dann kriegten wir gesagt, also, mit geistig Behinderten, das ist ein Ausschlusskriterium. Das macht man nicht. Und vor allen Dingen sollten die keinen Sand haben, weil sie den nur wild durch die Gegend streuen, weil das so strukturlos ist. Naja, ich hatte mir das so gemerkt. Ich hatte ja dann nachher da ewig lange nichts damit zu tun. Das war so das Einzige, also, so eine Warnung!

- 74 #00:31:52-0# Interviewer: Eine Warnung, das eher nicht ...
- 75 #00:31:53-9# Befragter: (unterbricht) Da lieber nicht! (Lachen)
- 76 #00:31:55-7# Interviewer: Okay! Ja, also, finden Sie dass das Ausmaß - also, wie ist das jetzt eigentlich in Deutschland generell? Wird das angeboten? Wissen Sie das zufällig, ob dieses Thema überhaupt behandelt wird in der Ausbildung?
- 77 #00:32:10-6# Befragter: Nein! Also, nicht speziell, nicht. Es wird dann schon gesagt, also, Kinder mit leichter Behinderung, die kann man auch mit reinnehmen und so. Aber speziell darauf eingehen, was diese nun brauchen, damit man, sozusagen, die Spanne noch erweitern kann, nicht, dass man auch noch mehr Kinder einschließen kann, die noch schwächer sind und so, das habe ich noch nie gehört. Und deshalb rede ich da gerne selber darüber. Also, ich finde, was man daran lernt ist, selbst authentisch zu sein, nicht. Man, also, man, ja, man muss ja da stärker führen und stärker spüren auch, nicht, wie es ist, geht es gut? Machen wir hier etwas Sinnvolles? Oder ist es eben blödsinniges Getue und Getobe, was keinem was nützt und so. Und da, man schult sich selber stärker durch diese Kinder. Die anderen Kinder, die führen sich da schon mehr selbst. Ja!
- 78 #00:33:12-9# Interviewer: Okay!
- 79 #00:33:14-3# Befragter: Das, denke ich, ist das, was man hauptsächlich schulen muss. Also, empathisch und wertschätzend und gewähren lassend zu sein ist nicht schwer, aber das Authentische muss man können. Dazu muss man selber ein sehr gesundes Empfinden haben und eine gesunde Lebensphilosophie auch. Und ein Ausdrucksvermögen auf sprachlicher (unverständlich).
- 80 #00:33:37-2# Interviewer: Gut! Letzte Frage wäre, aus welchem Grund Sie sich dazu entschlossen haben, mit diesen Kindern zu arbeiten? Sie haben gesagt, die Kinder sind zu Ihnen gekommen (Lachen)!
- 81 #00:33:45-5# Befragter: Ja! Das stimmt!

- 82 #00:33:48-6# Interviewer: Hätten Sie es sich selbst nicht ausgesucht?
- 83 #00:33:49-2# Befragter: Nein!
- 84 #00:33:50-6# Interviewer: Nachdem Sie gewarnt worden sind (Lachen)?!
- 85 #00:33:50-6# Befragter: Ja! Also, ich habe auch gedacht, kann ja den Heilpädagogen da jetzt nicht ins Handwerk fummeln und die können das ja alles gut und das ist ja auch sehr nützlich, nicht. Und dann kam es einerseits dadurch, dass ich die Kinder dann in der Diagnostik hatte und habe dann so personenzentriert zu allem, was die da machten, immer etwas gesagt. „Ach, so machst du das?“ und „Oh! Jetzt hast du aber die Lösung gefunden!“ und „Hast dich ja einmal getraut, obwohl du dich erst nicht getraut hast!“ und so. Macht man so, wenn man so trainiert ist, gell. Und dann fanden die das so schön. Dann wollten die jede Woche wieder kommen zur Diagnostik (Lachen). Und dann dachte ich: „So, jetzt geht mir allmählich der Stoff aus. Musst dir einmal etwas anderes einfallen lassen!“. Dann kam das mit diesen Zeichnungen. Ja gut, und mit dem spielen und all dem, also, ich habe dann einfach Kinder geschickt gekriegt: „Kannst du einmal kucken, was mit dem los ist?“. Dann dachte ich: „Naja, am besten, indem ich spiele.“. Ja, naja, so hat sich das so entwickelt. So haben sich die Kinder gestärkt, dass das gut geht.
- 86 #00:35:02-8# Interviewer: Ja! Gut! Das war es jetzt von meinen Fragen. Wenn Sie noch abschließende Bemerkungen machen möchten, wenn Ihnen etwas einfällt?
- 87 #00:35:18-5# Befragter: Ich glaube, ich habe alles gesagt! Also, dass es Freude macht, das finde ich wichtig. Dass man sich ruhig mit diesen Kindern befassen soll. Das sind auch sehr interessante Menschen, die einem so manche Blickwinkel nahe bringen, die man selber nicht so einnehmen kann, gell (Lachen). Ja!
- 88 #00:35:39-8# Interviewer: Dass man die Scheu davor nimmt, dass man eben mit diesen Kindern arbeitet (Ja!).

T.B.:

- 1 Interviewer: Also, zum Therapieverlauf. Was sind die Gründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie gekommen sind? Also, die Hauptgründe?
- 2 #00:00:11-1# Befragter: Naja, sagen wir einmal so: Der Hauptgrund, warum ich mit jemanden Therapie gemacht habe im Rahmen meiner Tätigkeit in einer Heil-Sonderschule ist, dass ich keine Niederlassungen gefunden habe (Lachen), die Psychotherapie machen mit Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Und weil aber klar war, dass da eine Not ist oder etwas zu tun ist und ein Anliegen ist, hat sich das einfach aus der Not heraus ergeben, dass ich sage: „Okay, ich mache nicht nur Beratung und Kurzinterventionen, sondern es gibt gelegentlich auch Kinder und Jugendliche, die wirklich etwas mit mir machen, was man wirklich auch eine Therapie, eine langandauernde Therapie bezeichnen könnte!“. Wobei das ist nur ein Teil meiner Tätigkeit. Ich würde bei mir eher sagen, der personenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit Kinder und Jugendlichen und auch erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung ist für mich viel, viel breiter als jetzt eine Spieltherapie. Sondern das ist im Prinzip der Blick auf die Begegnung. Wie gestalte ich die Begegnung? Wie orientiere ich mich an dem, was es jetzt braucht? Wie gehe ich da mit? Wie kann ich das aufnehmen? Wie kucke ich auf mich und auf das, was zwischen uns passiert? Und die Form, die das annimmt, die kann sehr variieren. Also, eine Spieltherapie ist eines mit Sicherheit, etwas was ich eher wenig mache. Das kann ein Einzelkontakt sein, ein paar wenige Kontakte. Das kann eine Gruppe sein für Jugendliche, die ich einmal anbiete. Das kann sein, dass für einzelne Kinder und Jugendliche - die kommen, sozusagen, über, was weiß ich, einmal intensiv zu mir, dann machen die wieder eine Pause. Dann ist eher einmal Elternunterstützung angesagt. Also, sehr unterschiedliche Formen, mit denen wir miteinander zu tun haben. Das kann auch eher einmal sein, dass ich den Eindruck habe, jetzt braucht es das, dass in der Schule eine Unterstützung stattfindet oder hier brauchen gerade die Eltern etwas. So! Also, ich mache mir eine Meinung. Das zweite ist, wer kommt überhaupt auf mich zu und spricht mich an? Ja! Das ist oft so, dass die, dass im Prinzip die geistige Behinderung plus eine massive zusätzliche Problematik - in der Regel ist das eine, die, also, Richtung Verhaltensauffälligkeiten geht. Also, so die

eine, die das Umfeld an die Grenzen bringt. Das ist eher so der Grund, warum das Umfeld sagt: „Okay! Jetzt gehen wir einmal auf die Psychologin zu!“. Bei allen anderen Problematiken gehen vor allem die Mitarbeiter eher davon aus, sie kriegen das schon irgendwie hin, ja. Wenn es Eltern sind, die auf mich zukommen, dann ist es oft auch, wenn die das Gefühl haben, sie sind in der Not und kommen nicht mehr weiter. Oder bei denen dann auch die Wahrnehmung, da ist wirklich etwas verrutscht bei dem Kind. Da ist eine Not beim Kind! Ja, so. Und das gibt es auch bei Mitarbeitern, aber das sind dann oft einmal eher so, wirklich auch so besonders engagierte Mitarbeiter, die sagen: „Ich muss nicht alles selber machen! Ich hole mir einfach Beratung und Unterstützung zur Seite!“. Also, kann man gar nicht sagen. Es sind nicht bestimmte Problemlagen, sondern eher so ein Gespür bei irgendjemanden: „So, jetzt ist das Maß überschritten!“.

- 3 #00:03:53-8# Interviewer: Okay! Also, dass sozusagen das Kind in der Not ist und ...
- 4 #00:03:57-3# Befragter: (unterbricht) Genau! Oder das Umfeld!
- 5 #00:03:58-1# Interviewer: Ja! Oder dass das Umfeld in der Not ist (Genau!). Genau! Okay! Und müssen die Kinder irgendwelche Voraussetzungen erfüllen (Nein!), um zu Ihnen – also, (Überhaupt gar keine!) haben Sie auch mit schwerst- geistig behinderten Kindern zu tun, oder ...
- 6 #00:04:13-9# Befragter: Jain! Also, was bisher noch nicht in der Gruppe war, vor allen Dingen in der Gruppe, weniger in der Einzeltherapie, das sind schwerst-mehrfach-behinderte Kinder! Die waren bisher weniger. Ich habe schon mit schwer autistischen Kindern zu tun, ein Kind, also, so autistisch und/oder mutistisch, das gab es schon auch. Es waren auch schon Kinder und Jugendliche da, die nicht gesprochen haben. Das ist für mich grundsätzlich erst einmal kein Ausschlusskriterium. Genau! Das ist wirklich eher: „Wer kommt mit einem Anliegen auf mich zu?“ und dann kucke ich, was kann ich anbieten? In welcher - wann kann ich dann irgendwie hilfreich sein? Eher so!
- 7 #00:05:03-1# Interviewer: Okay! Also, es gibt eben Personen, die auch sagen, dass sie zumindest sprachlich (Sprachfähigkeit!) - ja Sprachfähigkeit, usw. (Nein!) - also gar nicht? Okay! Gut, und unterscheidet sich die Spieltherapie mit einem Kind mit geistiger

Behinderung zu einem Kind jetzt, das keine Behinderung hat?

- 8 #00:05:21-2# Befragter: Also, wenn ich das jetzt beantworte, dann wird - ist die Antwort eher spekulativ, ja. Weil ich ja nicht so sehr viel mit Kinder, eigentlich so gut wie gar nicht (Lachen) oder, nein, wenig mitarbeite mit Kindern ohne geistige Behinderung, die nicht geistig behindert sind. Ja, ich würde sagen, das mit der Symbolebene ist anders. Ich würde bei Menschen mit geistiger Behinderung eher den Fokus darauf richten, sozusagen, die Realität mit ins Boot zu holen, ja. Dass ich, ich glaube, dass reale Problematiken weniger nur auf so einer symbolischen Spielebene auflösen. Ich finde das wichtig! Das kann man tun, aber das alleine bietet keine Antwort. Also, es führt oft nicht zu einer Auflösung, es hat oft - so eine Spielebene ist eher, dann merke ich, wenn sich das sehr, sehr lange wiederholt und so gar nicht verändert, dann ist das eher für mich so eine diagnostische Hilfe und das ist oft einmal, auch sind oftmals auch Punkte, wo das Umfeld so wirklich in Nöte gerät und ich dann auch ein Stückweit anfangs meine Arbeit so gut es geht auf das Umfeld zu verlagern und zu kucken, was brauchen die, damit es gehen kann? Weil auflösen wird es sich irgendwann in der Wirklichkeit. Und wenn es so ganz lange geht und so ganz schwierig ist, dann ist es mir auch ganz wichtig, dass die Bindungen und Beziehungen in der Wirklichkeit halten. Weil das ist meine Erfahrung, dass bei den Kindern, die zu mir kommen oder bei denen ich angefragt werde, oft und schnell auch die Beziehungen in Wirklichkeit in Frage steht. Das heißt, das Kind kommt weg aus seinem zuhause, kommt weg aus dieser Einrichtung in eine vollstationäre Einrichtung, einfach weil man sagt: „Es geht nicht mehr!“. Und das ist schon, das ist für mich so die Hauptfrage: „Wie kriegen wir es hin, damit es miteinander gehen kann?“. So, also, und das ist glaube ich schon noch einmal vom Fokus und von der Gewichtung anders als bei Kindern ohne kognitive Einschränkung.
- 9 #00:07:38-2# Interviewer: Okay! Also, das Einbeziehen der Bezugspersonen auch mehr (Genau!)? Genau, das wollte ich eben auch fragen, was jetzt die Bezugspersonen oder bzw. die Eltern für eine Rolle spielen in der Therapie? Ob es da Unterschiede gibt?
- 10 #00:07:53-2# Befragter: Mit Sicherheit. Also, wobei ich inzwischen, also, ich merke in meiner Arbeit jetzt, dass ich - ich bin immer anfragbar das Umfeld miteinzubeziehen. Ich habe viele Erfahrungen und keine Scheu mehr vor schwierigen und langen und

intensiven Gesprächen, Auseinandersetzungen mit Systemen, sagen wir es jetzt einmal so. Mit Angehörigen, Familiensystemen, auch mit Geschwistern, mit ganzen Teams, die darum herum gehören. Ich halte das für etwas sehr wichtiges! Ja, ich denke aber, dass speziell bei den behinderten Kindern da ein ganz spezieller Fokus noch dazu kommt, wenn ich - da arbeite ich oft oder versuche Hilfen zu erarbeiten, die so eher aus der VT kommen, ich nenne das jetzt so. Hilfen zum Erwerb von Routinen, die dem Umfeld erleichtern oder erlauben den Mut nicht zu verlieren, den Blick auf die positiven Dinge nicht zu verlieren. Den Blick auf die kleinen Erfolge nicht zu verlieren. Pädagogisch nicht Dinge zu fordern, die für den Menschen nicht veränderbar sind, ja. Sondern eher zu schauen, was braucht es um Alternativen zu erlernen. Also nur einfach als Beispiel, wenn ich ein Kind habe mit Impulsdurchbrüchen und ich den immer einen roten oder einen grünen Punkt gebe, je nachdem, ob es sich in der Pause geprügelt hat oder nicht und immer diesen roten Punkt dann kriegt, wenn es sich geprügelt hat. Das hat noch lange keine Alternativen, die es mit so einer Wut, die über es herschwappt anders umgeht, als jetzt auf jemanden anderes direkt loszugehen. Ich habe viele Kinder gehabt, die im Prinzip diesen Punkt, wo es, sozusagen, der Impuls hochsteigt, die nicht wirklich greifen und benennen können. Die haben teilweise alle Wörter dafür und so Strategien können die - wobei die meistens begrenzt sind auf irgendwie aus dem Weg gehen - und da zu lernen, welche anderen Möglichkeiten die haben: „Was tue ich denn mit meiner Wut, wenn sie denn einmal da ist?“, weil wenn ich nur einfach nichts tue und aus dem Weg gehe, ist die Wut noch nicht weg, ja. Und das geht schon eher Richtung VT, zu unterstützen, was braucht es damit man das anders tun kann, ja. Und was braucht es, damit man nicht vor der Zeit ungeduldig wird und frustriert wird. Und ich glaube, das ist noch einmal ein Fokus der da notwendiger ist, als bei anderen Kindern. Ja. Denen kann man, glaube ich, früher und im viel größeren Umhang Dinge an die Hand geben oder mit denen (unverständlich) eher einmal erledigt ist und bei den anderen braucht es wirklich ganz konkrete Hilfen im Sinne von Plänen, ja, also, um Routinen zu erwerben, sage ich einmal

11 #00:10:52-4# Interviewer: Um Struktur hinein zu bringen?

12 #00:10:52-4# Befragter: Struktur hinein zu bringen, ja. Und zu verhandeln. Zu schauen, was ist denn genau wie hilfreich, so. Genau! Und das ist, ich würde sagen, von der Handlungsweise so in der Begegnung schon auch, also, personenzentriert, finde ich

zieht sich immer durch, so.

- 13 #00:11:17-7# Interviewer: Haben Sie im Verlauf in der Spieltherapie mit geistig behinderten Kindern irgendwelche speziellen Probleme, besondere Probleme gehabt oder, also, sind die aufgetaucht oder sind Sie an irgendwelche Grenzen gestoßen?
- 14 #00:11:31-4# Befragter: Ja.
- 15 #00:11:31-4# Interviewer: Ja?
- 16 #00:11:31-4# Befragter: Ja! Also, (unverständlich) habe, speziell in der Spieltherapie, wobei ich dieses Kind nicht speziell hatte zur Spieltherapie, sondern die Spieltherapie hat sich so oder sagen wir die spielerischen Sequenzen haben sich ergeben und es war dann offen, ob das Kind vielleicht doch zur Spieltherapie kommt. Es kommt aus einer wirklich intensiven Multi-Problem-Konstellation mit große Familie, klitzekleine Wohnung. Eines der zwei Zimmer ein Strafzimmer für die Kinder. Also, wo nicht klar ist, ob sie teilweise Essensentzug kriegen und - also, Jugendamt im Boot, ganz schwierig. Und dieser Junge, der fing an zu spielen und es wurde ziemlich schnell sehr entgrenzt auch. Und der kam in etwas hinein, da würde ich sagen, das ist so ein posttraumatisches Spiel. Da gemerkt habe, ich muss das einfach begrenzen und so wie er ist, jetzt, wir miteinander - ich möchte da nicht im Spiel da ran gehen. Ich glaube, dass es da, sozusagen, Richtung Umfeld gehen muss, um zu kucken, können wir auf einer erwachsenen Ebene etwas tun, um da zu stabilisieren und auszugleichen. Und vor allen Dingen auch mit der Perspektive, dieser Junge wird größer, kommt in die Pubertät, wie können wir uns miteinander überlegen, was kommt da? Ja, und das rührt so ein bisschen an eine zweite Grenze. Ist - wenn man das Umfeld so intensiv miteinbezieht, ist es leider immer abhängig davon, inwieweit Mitarbeiter oder Angehörige bereit sind dazu. Ja! Das ist auch eine Grenze! Das andere ist, es gibt so Konstellationen, die sich gegenseitig verhaken. So ein Mädchen, die so autistische Züge hat, geistig behindert und mutistisch - irgendwann wurde sie mutistisch, aber nur in der Schule, zuhause hat sie wohl geredet. Mit der, da rückte so gar nichts, ja. Da gab es unterschiedliche Zugangsweisen und da auch Jahre später tut sich gar nichts. Da war eher so mein - irgendwann hatte ich den Eindruck, es bräuchte ein Stück weit noch einmal mit den Eltern vor Ort etwas. Da ging aber nichts! Dann gab es Mitarbeiter, die dann noch

einmal sehr intensiv dahinter her waren. Mit ihr eher so gearbeitet haben, dass sie ein Talker benutzt, also, einfach so visuell kommuniziert. Was mir eigentlich, sozusagen, bei mutistischen Kindern, also, sozusagen, die nicht zwingen sollte zu kommunizieren oder sie ein Stück - es war so ein bisschen strittig, inwieweit man sie damit entlastet und das wenigstens so basal miteinander die Kommunikation möglich wird. Auch das war kritisch, also, das hat sie nur sehr begrenzt genutzt. Ja, jetzt mit meiner Nachfolgerin an der Stelle gibt es noch einmal einen Ansatz auch. Also, über die Jahre, die ich so erlebt habe, einmal näher, einmal aus der Distanz, ist da einfach gar nichts gegangen. Musste ich sagen, ich gebe es einfach auf.

17 #00:15:01-8# Interviewer: Das ist klar!

18 #00:15:02-5# Befragter: Ja!

19 #00:15:02-5# Interviewer: Jetzt, die Kinder für die Therapie - konnte da in der Hinsicht irgendeine Verbesserung nach der Therapie, also, festgestellt werden? Oder auch in anderen Bereichen? Also, hat die Spieltherapie da in irgendwelchen Bereichen eine positive Auswirkung gehabt?

20 #00:15:20-4# Befragter: Ja!

21 #00:15:22-1# Interviewer: Ja?

22 #00:15:22-9# Befragter: Also, jetzt nicht bei der geschilderten (Lachen) Jugendlichen, aber es gab, also, ich fand schon, also, es gab - da muss ich sortieren, vor allem einen, so aus der - einen Jungen, mit dem habe ich sehr lange und intensiv wirklich spieltherapeutisch auch Therapie gemacht. Ich finde, da hat sich oft etwas verändert. Es hat sich oft sowohl beim Kind oder Jugendlichen etwas ausgeglichen. Ich fand es oft sehr erstaunlich, welche Wege die gegangen sind und auch, was so an inneren Prozessen so auf dem Weg gekommen sind. Wo ich wirklich auch, doch auch immer wieder einmal richtig von den Socken war. Könnte auch so platt dazu sagen. Dann gab es so Phasen, wo man den Eindruck hat: „Hm! Das Kind, der Jugendliche, da rückt im Moment nicht wirklich etwas voran!“. Man kommt dann eher so im Sinne von: „Es geht wieder besser miteinander“, ja. Etwas bewegen. Genau, muss man einfach - ich

denke, da muss man immer wieder einmal kucken. Ich glaube, dass manchmal die Prozesse auch über einen langen Zeitraum zu sehen sind, ja. Im Sinne von - ich glaube, dass da oftmals auch so Entwicklungsschritte angelegt werden, im Sinne von - ich habe den Eindruck, dass viele Jugendliche, die nicht schwerst- beeinträchtigt sind, kommt über kurz oder lang diese Auseinandersetzung mit der Behinderung. Das ist etwas, was ganz, ganz schmerzhaft ist, ja. Es ist so etwas wie - was wie so ein Mikrotraumatisierungen durchläuft, weil diese Kinder und Jugendliche emotional oft sehr wach sind, gleichzeitig die kognitiven Möglichkeiten nicht haben, Dinge von sich wegzukriegen und gut zu steuern, ja. Und die sind dann, sozusagen, immer wieder Situationen ausgeliefert, wo sie merken: „Ich bin jetzt irgendwie anders als andere und ich kriege das vermittelt!“. „Ich bin nicht so viel wert!“ und „Ich bin jetzt irgendwie der Depp!“ oder so, nicht. Und das hinterlässt oft Spuren und die kommen in der Therapie. Die kommen immer! Ja! Und ich merke, selbst wenn die Therapie auf einer Verhaltensebene im Sinne von, was weiß ich, angepasstes Verhalten in Schulen oder so, eventuell einmal nicht so deutlich Sichtbares bewirken sollte oder bewirkt, ist eine Auseinandersetzung so mit dieser Trauer etwas, was ich inzwischen gar nicht hoch genug hängen kann. Im Sinne von Entwickeln einer vollständigeren Persönlichkeit. Als Jugendlicher und als Erwachsener.

23 #00:18:32-3# Interviewer: Ja!

24 #00:18:32-3# Befragter: Weil dazu ist im Alltag oft kein Raum!

25 #00:18:35-2# Interviewer: Ja!

26 #00:18:35-2# Befragter: Ja!

27 #00:18:36-2# Interviewer: Ich denke mir gerade, dass ihnen ständig vermittelt wird, dass sie etwas verbessern müssen oder ...

28 #00:18:42-2# Befragter: (unterbricht) Ja, genau! Es weiß immer jeder besser. Und, zum Beispiel, wenn man weint, man wird immer getröstet. Also, ich denke, ich sage jetzt einmal normale Menschen werden auch getröstet, also, weggebracht von den Gefühlen, aber trotzdem die Auseinandersetzung dazu mit Gefühlen. Und gerade Kinder und

Jugendliche mit einer geistigen Behinderung bräuchten mehr und einen längeren Zeitraum für die Auseinandersetzung und haben ihn doch oft zu wenig. Ja. Weil die eigentlich immer mit Erwachsenen zu tun haben, die das steuern. Diese ganze Auseinandersetzung mit Gefühlen in der Peergruppe, als Jugendlicher, fällt fast ganz aus. Wo soll man denn lernen mit seinen Gefühlen anzukommen und dass die einen Raum haben, dass die erst einmal in Ordnung so sind. Dass sie zu einem gehören. Ja, dass die auch wichtig sind und dass das völlig in Ordnung ist, einmal auch wütend zu sein und traurig. Was man dann damit macht (Lachen), ist dann noch einmal etwas Zweites, nicht. Ja! Genau!

29 #00:19:45-5# Interviewer: Dann zu den differentiellen Vorgehensweisen wollte ich wissen, wie Sie zu denen stehen, also, in der Personenzentrierten Psychotherapie? Und ob Sie schon andere Methoden mit einfließen haben lassen in die Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern?

30 #00:20:01-0# Befragter: Ja, immer!

31 #00:20:01-1# Interviewer: Immer?

32 #00:20:01-1# Befragter: (Lachen)

33 #00:20:02-0# Interviewer: Okay! (Lachen)

34 #00:20:02-0# Befragter: Das braucht es dringend. Also, nur personenzentriert spieltherapeutisch, glaube ich, kann man nicht arbeiten. Das ist in Ordnung, aber wie schon gesagt, als ich das vorhin gesagt habe, die Wirklichkeit mit ins Boot holen. Ich habe das mit den VT-Methoden, die würde ich inzwischen - ich würde das mit der VT einmal bisschen weglassen, weil eigentlich geht es um das Sichtbarmachen. Ja, um das Sichtbarmachen von Erfolgen, ja. Das tut die VT oft mit diesen Bildchen und den Kleberchen und so. Ich bin jetzt nicht so der Fan vom Belohnen, sondern ich bin gerade bei den Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen und auch Angehörigen von Menschen mit Behinderungen, wo Lernprozesse manchmal so lange dauern, da ist oft schon das Sichtbarmachen als solches so eine Motivation, dass man diesen Belohnungsbepper eigentlich gar nicht braucht. Sondern, dieses gemeinsam hinguckend

und sich freuen und: „Mensch, das und das hat heute geklappt! Super!“. „Das und das ist zwar schief gegangen! Da kucken wir auch hin, aber wir freuen uns jetzt über das, was geklappt hat!“. So, wenn man das auch noch sichtbar macht, das (unverständlich) das mag ich gar nicht unterschätzen. Also, überhaupt das Sichtbarmachen von Dingen durch Bilder, durch Handeln in Gruppen. Ich bin inzwischen auch ein Fan von Gruppen, ja. Das ist nämlich eine gute Möglichkeit, Wirklichkeit in das Therapeutische mit hinein zu nehmen. Man hat dann die Jugendlichen und die Kinder untereinander. Ich habe teilweise, habe Kinder, die bei mir in Spieltherapie waren, gerade einer, der einfach immer in Nöten war mit anderen Kindern und Kontaktschwierigkeiten. Dann wollte der einmal eine Mitschülerin mitbringen. Da habe ich gesagt: „Ist in Ordnung! Wenn du das möchtest, kann sie!“. Dann war die zweimal mit dabei und dann wollte er wieder alleine kommen, ja. Aber, das was - es war eine entscheidende Schnittstelle in der Therapie. Da hat sich dann viel geändert. Und insofern - oder wenn Jugendliche kommen und sagen: „Ich habe einen Streit mit dem und dem“, dann schlage ich denen vor, dass wir uns treffen, wenn die anderen einverstanden sind und miteinander kucken, ja. Das heisst, wann immer die eine Wirklichkeit ansprechen, wo wir sagen: „Aha! Sollen wir das miteinander reinholen, in das, was wir machen?“ und die möchten das, dann machen wir das, ja. Und da braucht es ganz viele Mittel. (Lachen) Und also im Sinne - also, ich würde sagen, das sind so Gestaltelemente, das sind VT-Elemente, das sind systemische Elemente, das sind - also ich habe auch noch eine Mediationsausbildung. Das finde ich total wichtig! Eben nicht immer aus der therapeutischen Oberhaltung miteinander, ja: „Wer hat denn jetzt hier welche Position?“ und „Findet ihr die Lösung!“. Auch unter Menschen mit geistiger Behinderung. Das ist für die oft eine ganz fantastische Erfahrung: „Ach, wie werden wir uns jetzt einig?“ und da darüber zu verhandeln. Das ist oft schwierig dahin zu kommen, weil die das oft nicht gewöhnt sind. Das öffnet Türen auch. Das sind so ein bisschen so Elemente, die finde ich - und was für mich ganz wichtig ist, warum ich jetzt auch eine tiefenpsychologische Ausbildung mache ist, ist aber eher so ein diagnostisches Element, ist dieses Übertragung und Gegenübertragung. Das zu Nutzen zum Verstehen, weil Menschen haben oft einen eingeschränkten Zugang zur Sprache oder die Sprache, die sie haben, ist oftmals nicht so wirklich verbunden mit dem Erleben, ja. Sie können bestimmte Dinge ausdrücken, aber das ist ein bisschen entfernt und manchmal werden Dinge anders erklärt und zu dem zu kommen, was der Person wichtig ist, ist oft ein langer Weg. Und das sind dann nicht-sprachliche Hilfen. Ich sage

es jetzt einmal ganz allgemein, ungeheuer hilfreich. Sich da miteinander auf den Weg machen, weil das kann sehr verschieden aussehen im Einzelnen. Da merke ich, das Personenzentrierte, wenn die Person merkt: „Wir machen uns auf dem Weg!“, ja und „Wir müssen noch nicht angekommen sein. Ich muss das Fertige nicht aus der Tasche ziehen!“. Sondern die Person merkt: „Wir kucken miteinander! Und wir schauen, wenn es einmal nicht klappt, dann ist das kein Drama!“, ja. „Wir verlieren den Mut auch nicht, sondern wir kucken weiter! Weil das im Leben so ist. Manchmal geht etwas gut und manchmal geht es auch nicht gut!“, nicht. Dann kommt der nächste Schritt. Und, also, für mich ist - diese ganzen Elemente, das sind Hilfsmittel. Ja, das ist wie so ein Baukasten, wo man kucken kann: „Mmhh ... wäre mir das jetzt hilfreich?“, aber das Tragende ist das - ist die Beziehung gestalten. Das sind nur Hilfsmittel, die ich nutze, um Menschen, die einfach nicht diesen selbstverständlichen Zugang haben, sozusagen, Sprache als Hilfsmittel, sozusagen, sich zu erleben und mitteilbar zu machen und da - wir leben in einer sehr sprachlastigen Welt, ja! Und da andere Mittel zu finden und zu suchen, ja, das ist das Zentrale! Ja, und deswegen habe ich da auch gar keine Scheu so anzugreifen, was mir irgendwie hilfreich erscheint. Genau!

- 35 #00:25:35-1# Interviewer: Und was würden Sie sagen ist jetzt das Personenzentrierte, woran Sie sich noch festhalten in der Therapie? Also, wenn Sie jetzt andere Methoden hinzufügen, sozusagen, an was halten Sie sich dann ganz fest beim Personenzentrierten?
- 36 #00:25:49-9# Befragter: Das eine ist, also, sozusagen, die zentralen Dinge, das mit der Wertschätzung, mit der Empathie und der Kongruenz. Das sind für mich nach wie vor die zentralen Dinge! Ja, die zentralen Aufträge, die ich an mich habe in der Begegnung zum anderen, mit dem anderen. Und das ist schon noch einmal - da dran zu bleiben und sich das zu erhalten und zu merken, wenn man davon abrückt, zu kucken, was brauche ich, damit ich da wieder hinkomme, ja. Das ist für mich etwas ganz Zentrales! Ja. Und das ist schon noch einmal etwas ganz anderes als in anderen Therapien. Das zweite ist, ich bin mit Sicherheit steuernder als viele das vielleicht richtig fänden oder so reine Schule. Und dennoch ist es so, im Vergleich zu anderen Therapieschulen, glaube ich, lasse ich der Person viel mehr Raum, ja. Und das ist wirklich - ich meine die VT-ler haben dieses Pacing: „Ich gehe mit“, ja. Ich gehe mit. Ich versuche das aufzunehmen und ein Spiegel zu sein und - also, so in der Haltung ist es definitiv personenzentriert

und auch in den Möglichkeiten, ja, denke ich. Dadurch, dass ich versuche, wie soll ich sagen, die Welt rein zu holen oder auf die unterschiedlichsten Weisen - oder die Dinge sichtbar zu machen, das sind Hilfsmittel, ja. Wenn ich nichts zur Hand hätte, wäre es letztlich auch nicht wichtig, ja. Also, ich hätte auch überhaupt gar keine Scheu mich in einen leeren Raum zu setzen (Lachen) mit einer Person. Weil ich glaube, dass die Begegnung das Entscheidende ist.

- 37 #00:27:49-2# Interviewer: Okay! Gut. Das heißt, sie habe mir gesagt, dass Sie auch mehr lenken. Das heißt also Nicht-Direktivität komplett, also, sagen wir jetzt nach Axline, am Stuhl sitzen und nur spiegeln und (Nein!) - das gar nicht?
- 38 #00:28:03-8# Befragter: Das ist, na gut, das kann es schon auch einmal geben, kommt schon auch einmal vor, aber ich glaube so Interaktionsresonanz als zentralen Schlüssel würde das eher spiegeln. Also, ich versuche mich als Person zur Verfügung zu stellen. Also, ich versuche die Person, die mir gegenüber sitzt oder da im Raum ist, nicht zu überfahren oder mir von vornherein zu überlegen, heute machen wir das und das und das und das Ziel ist das und das und das. Solche Dinge mache ich nicht, ja! Da ist vieles aus der Wahrnehmung der Person und der Situation, ja. Ich denke im nachhinein entsteht es manchmal, dass ich überlege: „Mhm!“, bestimmte Dinge lege ich vielleicht einmal in greifweite oder ich versuche vielleicht doch noch einmal anderes Bildmaterial anzubieten. Oder wie viele Stunden braucht es wirklich, wäre vielleicht die Gruppensituation die Bessere. Also, dass, sozusagen, wir unseren Kontakt in einen anderen Rahmen setzen, ja. Das ist sicher noch einmal ganz anders. Das hat vielleicht auch zu tun durch meine Rahmenbedingungen dort. Ich bin - ich sage jetzt einmal, als Psychologin in einer Heim-Sonderschule dürfte ich eigentlich keine Psychotherapie machen, ja. Also, ich habe das auch nie so bezeichnet, obwohl es schon zum guten Teil so war und denke ich, das ist gut das auch so zu tun, ja. Vielleicht ist es nicht das alleine Seelig-machen. Vielleicht, wenn ich irgendwann einmal eine Praxis habe, dann habe ich vor allem mit dem Kind oder mit dem Jugendlichen auch zu tun. Dann ist es das, was geht, ja. Also, ich denke ich versuche immer die Möglichkeiten zu nutzen, die ich habe, genau! Und wenn ich irgendwie Zugriff auf das Umfeld habe, dann nutze ich das, so genau.

- 39 #00:30:04-9# Interviewer: Da frage ich auch gleich, was halten Sie von Filialtherapie? Haben Sie das schon irgendwie ...
- 40 #00:30:11-9# Befragter: (unterbricht) Das ist eine gute Frage! Da bin ich jetzt total ausgerutscht. Weil ich meinte, ich hätte noch ein bisschen Zeit, dann hätte ich mich ins Internet gesetzt, weil das sagt mir gar nichts. Das ...
- 41 #00:30:19-8# Interviewer: (unterbricht) Ach! Okay! Das ist - gut, also ich sage jetzt nicht, dass ich Profi bin in dem, aber von dem - ich habe da schon gelesen, eben einen Text darüber. Filialtherapie eben gerade mit den Eltern von geistig behinderten Kindern. Das heißt, sozusagen, dass ihnen die personenzentrierte Haltung im Umgang mit dem Kind gelehrt wird, also, sie lernen das sozusagen. Und, weiß nicht, es gibt Personen, die machen wie eine geschenkte Stunde, wo sie eben eine Stunde am Tag mit dem Kind in personenzentrierter Haltung mit dem Kind - das muss jetzt nicht unbedingt nur die Eltern sein, das können Bezugspersonen sein, das können die Mitarbeiter sein, die eben mit diesen Kindern arbeiten.
- 42 #00:31:08-5# Befragter: Ja! Habe ich auch einmal gemacht mit einem Mitarbeiter mit einem autistischen, tauben Jungen, der einfach sehr eingeschränkt war. Das versucht zusammen mit dem Mitarbeiter zu machen. Das war noch so in meiner Anfangszeit, da war ich noch engagierter als jetzt (Lachen). Und ich würde das einmal so definieren: Ich finde es eigentlich eine gute Sache. Ich glaube aber, dass die Personen, die sich dafür interessieren, die davon auch profitieren, beim Leibe nicht alle sind, ja. Viele kommen, wenn sie in Not sind, mit dem Wunsch nach Tipps und Tricks, ja. Und die sind dann erst einmal fürchterlich frustriert, wenn es nicht konkret ist, ja. Und das Personenzentrierte ist oftmals erst einmal nicht konkret. Und ich habe selber lange mit mir gerungen. Es ist so, wenn jemand schwimmt und nicht mehr weiter weiß, dann braucht er erst einmal einen Rettungsring, ja. Ich habe für mich die Schlussfolgerung herausgezogen, ich habe so etwas wie Workshops angeboten für Mitarbeiter, versucht teilweise das auch Eltern zu öffnen. Das ist ein wachsender Prozess, denn ich glaube wenn man - es kommt auf die Rahmenbedingungen an, die man hat, wenn man sich in freier Praxis befindet. Wenn man sagt, man macht so etwas wie ein Elternangebot und macht das regelmäßig, dann ist das sicherlich etwas hilfreiches, finde ich super! Ich denke, man sollte sich nicht davon frustrieren lassen, wenn man merkt, die Leute sind

frustriert oder haben keine Lust dazu und kommen nicht. Weil die manchmal einfach in einer anderen Situation sind. Aber als grundsätzliches Angebot finde ich das prima!

- 43 #00:32:49-6# Interviewer: Ja, ich denke mir immer - die Frage stellt sich eben deswegen, weil ich denke mir, da hat man diese wertschätzende, empathische (Ja!) Atmosphäre als Kind und teilweise ist es halt wirklich zuhause komplett anders. Und ich finde es dann schon wichtig, dass ein bisschen von der Therapie dann zumindest vielleicht auch zuhause, dann in der Realität auch da ist. Deswegen stellt sich für mich die Frage, wie Sie das finden (Ja!) oder halt egal wo das Kind eben zuhause ist (Ja!), nicht nur bei den Eltern, ja. Ja! Genau! Gut, was ist Ihrer Meinung nach die Besonderheit in der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung, also in der Personenzentrierten?
- 44 #00:33:34-0# Befragter: (unverständlich) Also, das eine ist, dass ich finde, das ist unbedingt Methodenintegrativ! Das finde ich auf jeden Fall. Dann das zweite, würde ich sagen, nach Möglichkeit die Einbeziehung der Realität, der Lebensrealität in die Therapie, ja. Und szenisches Erleben ermöglichen, bzw. visuelle Hilfsmittel. Das heißt, ein bisschen weg - also, ich glaube, das ist eher die Botschaft an den Therapeuten, so einen Schwerpunkt - ein bisschen weg von Sprache. Ich ermutige immer auch gerade Mitarbeiter sprachlich zu begleiten, ja. Wenn sie - gerade so emotionale Sachverhalte: „Aha, es geht dir so!“, „Aha, wie geht es dir denn?“, also, einfach so Dinge einfach, die sinn-sprachlich zu benennen. Aber, ich halte es tatsächlich ein bisschen untergeordnet oder etwas weniger wichtig als bei anderen Kindern. Sondern eher so eine Haltung zu finden miteinander. Wie kann ich das Kind dabei unterstützen, seine Strategien zu entwickeln? Also, auch das Vertrauen zu haben, das Kind wird seinen Weg schon finden. Ich muss aber auch genug sein zu merken, wo es seine Stärken hat und wo es zum Beispiel auf eine Strategie selber kommt und dann nicht vergessen wirklich begeistert zu sein, ja! Und Dinge nicht zu übersehen, wo das Kind selber auf Dinge kommt. Ja, ich glaube das sind so wichtige Dinge.
- 45 #00:35:28-6# Interviewer: Finde ich auch wichtig, weil ich glaube, denen wird das oft aus der Hand genommen, dass sie eigene Strategien entwickeln, ja. Haben Sie auch schon einmal, also, Prä-Therapie-mäßig (Ja!) so, das auch mit einfließen lassen?

- 46 #00:35:40-2# Befragter: Ja!
- 47 #00:35:40-2# Interviewer: Ja! Okay, gut.
- 48 #00:35:45-2# Befragter: Weil, wie gesagt, ich habe ja doch auch relativ viel zu tun mit Menschen mit wenig oder gar keine Sprache. Und es gab so eine Zeit, gerade am Anfang als ich das gemacht habe. Ich habe da angefangen, dachte: „Okay, und was machen Psychologen in dem Bereich? Was macht man denn da so?“. Und ich habe mich dann umgesehen und hatte schon die personenzentrierte Ausbildung vorher. Und fand es total spannend. Aber wie gesagt, es gibt ja nicht wirklich viel darüber, was man als Psychologe so macht therapeutisch und habe dann auch versucht, das einfließen zu lassen. Und habe da besonders aber eine erwachsene Frau im Sinn, bei der ich das sehr intensiv gemacht habe und wirklich teilweise zehn-, zwanzigmal am Tag wiederholt habe. Das waren - die hat sich sehr rudimentär nur geäußert und auch eher so steif in ihrer Haltung und ihrer Kommunikation, so spröde. Habe dann versucht einfach zu benennen, was ich an ihr wahrnehme und wenn sich an ihr etwas tut, einfach so Gesichtszüge und Bewegungen. Und die hat dann manchmal aber Dinge, also, nachdem ich Dinge wirklich wiederholt hatte, da kamen manchmal Dinge, die wirklich, wirklich total erstaunlich waren! Und man konnte dann wirklich teilweise körperlich spüren, wirklich sichtbar sehen, so: „Das war's jetzt! Das war jetzt wichtig!“. Das war sichtbar! Ich fand das schon wirklich spannend, ja.
- 49 #00:37:22-6# Interviewer: Okay! Gut. Und jetzt noch ein paar persönliche Fragen, die mich interessieren. Ich weiß nicht, ob es für die Diplomarbeit eben so wichtig ist, aber ich habe es eben sehr schwer gefunden, Literatur zu diesem Thema zu finden. Es gibt nicht sehr viel! Es hat aus den 60er und 70er Jahren einige Sachen gegeben, die ich gefunden habe. So gegenwärtig nicht so viel. Und ich finde es war auch sehr schwer eben für mich personenzentrierte Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen zu finden, die eben mit diesen Kindern arbeiten. Und ich würde Sie fragen, warum Sie glauben, dass das so ist? (Lachen)
- 50 #00:37:56-0# Befragter: (Lachen) Ja! Das beschäftigt mich sehr. Weil das im Alltag ja wirklich eine Rolle spielt. Ich habe ja, als ich da angefangen habe zu arbeiten, hatte ich ja keine psychotherapeutische Ausbildung. Ich hatte nur die DF-Ausbildung. Und habe

da einfach einmal angefangen. Ich hatte eine Mediationsausbildung und fand es spannend. Ich habe eine sehr, sagen wir einmal, eine sehr breit gefächerte oder schlaufenförmige Ausbildung und, also, ich denke, es ist frustig für Psychotherapeuten. Zum einen, weil man die Probleme nicht eigentlich wegstreift und dann ist alles wieder gut, ja. Ein Psychiater hat immer wieder versucht Therapieplätze für jemanden zu kriegen, was immer schwierig war. Einer meinte, es wäre trocken und man kann ja froh sein, dass der so offen ist. Dann sagte er: „Ich kann mein Geld leichter verdienen!“, ja. Das andere ist, dass ich glaube, wir sind schon oft sehr sprachlastig. Also, sehr inhaltsfokussiert. Inhaltsbezogen auf das, was jemand sagt, ja. Und es bleibt natürlich oft sehr an der Oberfläche, weil die Menschen mit einer geistigen Behinderung oft nicht gleich oder überhaupt nicht wirklich benennen können, was denn jetzt gerade schwierig ist. In der Tiefenpsychologie würde man das eher so als strukturelle Problematik benennen, ja. So, das ist, sozusagen, wenn das Handwerkszeug betroffen ist, ja, das sind gerade - es betrifft ja auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und die finden ja auch keine Therapeuten. Weil das woran die hängen bleiben in der Therapie nicht gut benennbar ist, ja. Und deswegen greifen Therapien oft auch zu kurz. Und man kommt dann auch mit diesen üblichen Settings von Therapien an Grenzen. Da kommt dann eine Person 50 Minuten die Woche für 25 oder 50 Stunden und das ist es dann, ja. Also, ich war sehr froh über die Rahmenbedingungen, die ich hatte, wo ich einfach sehr flexibel war in den Rahmenbedingungen. Ich konnte sagen: „Ich finde, da braucht es jetzt eine Gruppe!“ und dann konnte ich eine Gruppe machen. Und wenn ich - ich hatte einmal so eine Jungsgruppe. Die waren echt, die haben mich echt an den Rand gebracht. Jeder sagte: „Und ich bin stärker und deswegen habe ich jetzt recht!“. Dann sind wir halt einmal - da haben wir uns einen Zirkel organisiert und dann sind wir einmal in die Turnhalle. Und wenn sie fanden, das ist jetzt gerade das Thema, dann konnten die auf die Matte gehen und das ausprobieren. Dann haben wir geguckt: „Ist es denn so?“. „Findet ihr denn jetzt - wie geht es euch denn jetzt?“, ja. „Findet ihr das ist jetzt wirklich entschieden?“, ja. Und dann kommen sie: „Nein, eigentlich nicht!“, ja. Aber dazu gehört die Erfahrung. Das heißt da muss ganz viel reale Erfahrung kommen und das würde den Rahmen jeder Therapie eigentlich sprengen. Ich glaube trotzdem, dass Psychotherapie helfen würde, ja, aber sie greift oft zu kurz. Das ist der eine Problembereich. Und das andere ist, dass Therapeuten so da zögerlich sind und das vierte ist, Menschen mit geistiger Behinderung - die Fragestellungen, die da kommen, die kommen überhaupt nicht vor in der Ausbildung. Also, weder im Studium, noch in

der Psychotherapieausbildung. Das heißt die Menschen fühlen sich total unsicher, ja. Da sitzt auf einmal - ich habe, sagen wir, ich wäre jetzt Psychotherapeut und auf einmal soll ich jemanden mit Autismus behandeln. Ich hätte ja überhaupt keine Ahnung, ja. Oder jemand könnte nicht wirklich erzählen, ja, oder erzählt mir irgendwelche netten Geschichten, ja. Also die Tatsache, dass man so auf der Oberfläche herumdümelt und alle Beteiligten danach unzufrieden sind, das ist relativ wahrscheinlich, ja. Und ich denke, dass sind verschiedene Dinge, die da eine Rolle spielen. (unverständlich) das spielt auch eine Rolle. Das, also, ich habe das neulich auch noch einmal besprochen in meiner Ausbildung mit meinem Mentor. Der auch meinte, also, als ich gesagt habe, ich würde gerne einen Teil meiner ambulanten Fälle auch mit Menschen mit geistiger Behinderung machen, da sagte er, die Wahrscheinlichkeit, dass ich das durch das Gutachterverfahren kriege, ist total gering, weil nach wie vor viele Gutachter sagen, Psychotherapie ist nicht in - es gibt keine Indikation für Menschen mit geistiger Behinderung. Ich weiß, ich könnte 25 Stunden machen, die ich ohne Gutachtenantrag machen könnte, als Niedergelassene und das wäre es dann auch, ja. So, also da spielt vieles eine Rolle!

- 51 #00:43:08-4# Interviewer: Ich finde eben deswegen - ist es meiner Meinung nach wichtig, weil man überall wo man über Menschen mit geistiger Behinderung liest, immer liest, dass sie drei- bis viermal häufiger an psychischen Störungen leiden. Eben wegen dem Umfeld, auch teilweise wegen der Behinderung. Und da finde ich es sehr schade, dass es dann noch dazu so schwer ist, sozusagen, dann psychotherapeutische Hilfe zu kriegen, sozusagen.
- 52 #00:43:34-3# Befragter: Ja! Also, man kriegt es schwer und das andere ist schon auch, und jetzt bin ich einmal böse, ich sage das jetzt einfach einmal. Menschen mit einer geistigen Behinderung, die werden ja lebenslang erzogen, ja. Ich habe neulich eine Frau aus der Werkstatt, die hatte ein T-Shirt: „Ich will nicht erzogen werden!“ (Lachen). So, aber das ist ein Teil der Realität und sagen wir einmal so, ein Teil der Schwierigkeiten, die auftreten, die sind auch pädagogisch besetzt, ja. Und da geht es schlicht auch um Machtfragen. Also, das heisst wie oft wird auch eine Psychotherapie eingefordert, weil man merkt, da geht es jemanden nicht gut, das ist eine therapeutische Frage oder inwieweit werden Dinge auf einer institutionellen und Machtebene entschieden, ja. Also, ich habe gerade einen Fall von jemanden, da finde ich, mit dem habe ich jetzt ein

Jahr zu tun, das ist ein junger Mann, der möchte da weg, wo er ist. Er sagt, er möchte schon lange weg und ich habe den Eindruck, das ist ein ganz realer Wunsch. Wir sind da seit einem Jahr dran und das soll jetzt komplett unterbunden werden, weil pädagogischer - also, nur aus einem Teilbereich, also, wissen Sie, ich muss sagen, wir sind doppelgleisig vorgegangen. Auf der einen Seite habe ich das sehr ernst genommen, ihn dabei unterstützt bei seinem Wunsch und gleichzeitig haben wir geguckt, was braucht es denn, damit der Alltag überhaupt gut ist? Wo sind denn die Schwierigkeiten im Alltag und wie könnten wir die denn lösen? So, und in einem Bereich hat sich total viel entwickelt, das ist in der Werkstatt und im Wohnbereich meinte, der redet die ganze Zeit, dass er wechseln will und es ist - der kann nur so Kontakt aufnehmen. Der will nur Aufmerksamkeit und da ist jetzt Schluss. Fertig. So, und mit solchen Fragestellungen wird man dann schon auch oft konfrontiert. Also, inwieweit - das reicht auch noch in die Therapie rein und es reicht auch da rein, dass ich mich frage, wie häufig wirklich Therapie gesucht wird, gefordert. Ich finde in der Literatur findet man es, in den statistischen Erhebungen - ich habe das einmal gemacht, sozusagen, für Freiburg und die umliegenden Regionen und habe das an die Kassenärztliche Vereinigung geschickt. Sozusagen, einmal kucken, wie viele Menschen mit geistiger Behinderung gibt es eigentlich und wie viele sollten da Therapie machen und wie viel Psycho ... - ich habe es einmal bei der KV-Kammer erfahren, und versucht, also, wie findet man eigentlich jemanden, einen Therapeuten, der Therapie macht mit Menschen vielleicht? Wie viel sind denn das eigentlich? Und die haben mich dann angerufen - und wie viel bleiben denn da übrig und wie viel Therapieplätze sind das eigentlich für wie viel Menschen eigentlich? Und was sind eigentlich die Voraussetzungen? Und das ist ein Witz! Das ist einfach wirklich ein Witz! Aber wer steigt auf die Barrikaden für die Zielgruppe?

53 #00:46:48-5# Interviewer: Das ist es eben!

54 #00:46:48-5# Befragter: Ja! Also, was wir erreicht haben ist, dass, mit dieser Diagnostin, mit der ich das besprochen habe. Die ist auch in der Psychotherapeutenkammer. Und die hat das durchgesetzt, dass sich der Psychotherapeutenverband bemüht, dass auf jeden Fall, dass mindestens ein Block aufgenommen wird in die Psychotherapieausbildung, also, in die Ausbildungsinstitute. Obwohl man sich schon fragen muss, was das jetzt bringt, wenn ich irgendwie ein

Blockseminar habe, aber immerhin (Besser als nichts!), es ist besser als nichts. Also, ich denke da gibt es heftige Widerstände. Man kann einfach nur versuchen das zu benennen.

55 #00:47:36-3# Interviewer: Also, in der Ausbildung ist das überhaupt nicht theoretisch behandelt worden oder praktisch.

56 #00:47:42-1# Befragter: Als ich studiert habe in der Uni gab es, wenn man den Zweig Reha-Psychologie genommen hat, konnte man ein Seminar machen, das war ein Theorieseminar über eine Woche und mit Einrichtungsbesuch. Aber das war wirklich nur in einem Zweig und den habe ich, zum Beispiel, ich habe nicht Reha-Psychologie studiert, sondern klinische Psychologie und andere. Also, das habe ich einmal später gemacht, als ich schon gearbeitet habe. Da dachte ich mir: „Okay, da gehe ich da einmal hin“ und konnte da mitmachen. Dann habe ich ja die Personenzentrierte Spieltherapieausbildung gemacht und da ist es als inhaltlicher Baustein überhaupt nicht vorgekommen, aber ich - also wir haben ja da auch geübt und gespielt und man spielt ja auch bestimmte Kinder und außer mir hat noch eine Sozialpädagogin in einer Einrichtung gearbeitet mit ausschließlich geistig behinderten Kindern und eine hat in einer Einrichtung gearbeitet, wo ein Teil Kinder mit Lernbehinderung, was so etwas wie geistige Behinderung war - das heißt, das floss durch uns so ein bisschen ein. Genau! Und meine Ausbildung, die ich jetzt mache, da kommt das überhaupt nicht vor. Ja, da wird wahrscheinlich, es wird wahrscheinlich etwas zu Autismus, vor allen Dingen Asperger-Autismus geben, aber das ist ja im Prinzip deswegen schick, weil das auch Menschen sind, die jetzt nicht unbedingt eine geistige Behinderung haben, sondern aus anderen Gründen auffällig werden, aber das kommt nicht vor! Das ist die Realität!

57 #00:49:19-2# Interviewer: Und wie finden Sie das?

58 #00:49:19-7# Befragter: Fürchterlich! (Lachen) Total! Vor allen Dingen, also, ich merke, dass mir der Blick sehr, sehr, sehr hilfreich ist, ja! Ich finde das ist eine ganz wichtige Erfahrung und ich merke, ich möchte die überhaupt gar nicht missen. Ich finde, gerade weil es so vielgestaltig ist, glaube ich, gibt es keinen Bereich, in dem man als Psychologin arbeiten kann, der so vielgestaltig ist. Also, ich habe - also, sowohl

Schulpsychologie als auch klinische Psychologie, als auch Psychotherapie, als auch ABO. Ja, weil es geht ja auch ein Stück weit auch zu kucken, sind die Rahmenbedingungen so, dass die geeignet sind? Und es geht ja auch immer um die realen Beziehungen und ich finde man ist da so breit gefordert. Ich finde, psychologisches (unverständlich) total wichtig und total hilfreich, ja. Und ich habe jetzt, zum Beispiel, im Zentrum für Psychiatrie - ich bin in einer Akutstation. Und da sind teilweise sehr schwer beeinträchtigte Menschen und ich finde ganz vieles von dem, was ich da gelernt habe ist mir da sehr, sehr hilfreich. Also, wenn ich jetzt nur käme mit so einer Psychotherapie, die sich an Thematisieren von inneren Konflikten orientiert oder so, da käme ich da nicht weiter. Ja!

59 #00:50:44-7# Interviewer: Ja!

60 #00:50:48-3# Befragter: Ich glaube von der Psychotherapie, die grundsätzlich auch machbar und möglich ist für Menschen mit einer geistigen Behinderung, mit der können auch alle anderen. Umgekehrt gilt das nicht! Ja, wenn man nur eine Psychotherapie macht, die für einen eingeschränkten Personenkreis machbar ist - ich glaube, dass man sich da etwas abschneidet.

61 #00:51:13-4# Interviewer: Und warum, glauben Sie, ist die Personenzentrierte Spieltherapie eben genau für diese Kinder geeignet? Also, für Kinder mit geistiger Behinderung?

62 #00:51:20-9# Befragter: Das Zentrale ist die Aufgabe, andere Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Das halte ich für ganz, ganz wesentlich. Selbst wenn ich einmal etwas Verhaltens-, so einen Verhaltensplan mache. Es geht nicht darum, zu erziehen! Also, gerade bei diesen Kindern, die werden ja, oder auch Jugendliche, Erwachsene, die haben zeitlebens immer mit Leuten zu tun, die es besser können, die ihnen zeigen, wo es lang geht, die sie trösten, die sie leiten. Und da die Möglichkeit zu haben, einen Raum zu haben, indem nicht alles klar ist und vorbestimmt. Sozusagen, meine Aufgabenstellung ist zu kucken, wie kriege ich denn das eigentlich hin, ohne dass das aus dem Ruder läuft? Wie behalte ich meine Wertschätzung, wie behalte ich, sozusagen, wie kriege ich es hin kongruent zu bleiben, wenn ich denke: „Oh, das geht jetzt aber ewig lang!“, ja. Das sind meine Herausforderungen und das ist ja auch ein Stück weit

der Punkt, wo ich dann auch das Umfeld gut unterstützen kann, ja. Also, das heißt, das Orientieren und das Arbeiten an diesen zentralen Prinzipien, das halte ich für etwas ganz wesentliches. Weil Beziehungserfahrungen sind - immer wieder habe ich gemerkt, das ist etwas ganz wichtiges zum Wachsen und mit Person-werden. Und das können Menschen mit Behinderungen auch. Die können und wollen das, ja! Die wollen gerne wichtig sein für andere. Die wollen auch gerne eine Persönlichkeit werden und können das auch und die wollen auch etwas tun für andere, ja. Und ich erlebe sie oft als sehr begierig nach diesen Erfahrungen, ja. Und darum halte ich das für etwas ganz wichtiges.

63 #00:53:13-8# Interviewer: Ja! Gut, letzte Frage wäre: Aus welchem Grund haben Sie sich dazu entschlossen, mit diesen Kindern zu arbeiten? Also, oder sind Sie zu Ihnen gekommen?

64 #00:53:26-8# Befragter: Die sind zu mir gekommen (Lachen)! Ich habe - das war eher so mehr oder weniger durch Zufall. Ich habe da zu der Zeit etwas ganz anderes gemacht und dann habe ich diese Ausschreibung gesehen, da von dieser Schule und dachte, das hört sich doch irgendwie spannend an. Ich kenne mich da zwar nicht aus, aber das war so eine, bisschen eine pfiffige Ausschreibung und dachte ich, ich mache das einfach. Und es war ein interessantes Gespräch und ich hatte auch den Eindruck, ich konnte - die haben mich genommen, weil ich so war, weil ich so mit meinen ganz unterschiedlichen Erfahrungen, und nicht weil ich eben gesagt habe: „Und ich kann das schon und mache seit zehn Jahren nichts anderes!“, sondern: „Ich habe das gemacht und das gemacht und ich könnte mir das vorstellen, dass das spannend ist!“. So, und die fanden das spannend und ich fand die Rahmenbedingungen dort spannend und dann habe ich da angefangen. Mir erst einmal überlegt: „Okay, wie mache ich das jetzt? Was tue ich denn jetzt hier?“. Und dann ist es so gewachsen. Bin für mich auch inzwischen sehr, sehr froh, dass ich das gemacht habe. Ja, dass mich das gefunden hat. Weil ich merke, selbst wenn ich das irgendwann nicht mehr ausschließlich mache, ist das auf jeden Fall etwas, was für mich sehr bereichernd war. Ich habe durch diese Kinder und Jugendliche und auch Erwachsenen viel gelernt. Und ich glaube auch dafür ist dieses Verfahren sehr wichtig! Weil das, im Prinzip, sich immer wieder auf das zu besinnen, was ist mir jetzt eigentlich wichtig, was ist jetzt eigentlich mein Part? Wie kriege ich denn eine Empathie, wenn ich merke, der hat so eine andere Wahrnehmungsweise? Da bricht mir meine Empathie zusammen. Wie gehe ich denn damit jetzt um? Ja, wie kann

ich das für mich verstehen? Ja! Also, das sind ja immer wieder neue Herausforderungen. Ich merke, da habe ich viel daran gelernt! Und ich bin da, glaube ich, selbst sehr gewachsen daran. Und das ist, glaube ich, dass ich das so spannend finde. Da ist eine ganz andere Anforderung als jetzt so Dinge reden, Dinge thematisieren, sich klug auseinandersetzen. Man ist einfach als ganzer Mensch gefordert! Als ganzer Mensch und mit seinem ganzen Fachwissen. Und das finde ich einfach richtig spannend. Ja! Gut!

65 #00:56:05-1# Interviewer: Dankeschön!

T.C.:

- 1 Interviewer: Gut! Zum Therapieverlauf. Was sind die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie kommen?
- 2 #00:00:10-5# Befragter: Das kann man gar nicht so über einen - so schnell über den Kamm geschert sagen. Die Kinder, die ich in, also, die ich hier in Spieltherapie hatte mit einer geistigen Behinderung, die hatten meistens noch so ein soziales Päckchen zu tragen. Ich habe meistens ganz schwierige familiäre Verhältnisse und in der Regel waren das Hauptgründe.
- 3 #00:00:46-0# Interviewer: Okay.
- 4 #00:00:46-0# Befragter: Und hatten - also, sind in ihrem Verhalten im Unterricht so aufgefallen, dass sie schwer beschulbar waren. Und man hat immer mitgekriegt von den Sachen, die familiären Folgen, dass es, ja, dass man irgendwie dann angenommen hat, dass sie von daher große Belastungen haben. Also, kein, jetzt kein kontinuierlich versorgendes Elternhaus. Auch Eltern, die nicht so sehr kompetent waren, dass sie ihnen das geben konnten, was sie brauchten. Jetzt, irgendwie gar nicht zuhause waren, wenn sie nachhause gebracht wurden, ja. Dann Alkoholabhängigkeit hatten wir oder irgendwie solche Sachen.
- 5 #00:01:38-4# Interviewer: Okay.
- 6 #00:01:41-2# Befragter: Genau.
- 7 #00:01:42-7# Interviewer: Okay. Und müssen die Kinder irgendwelche Voraussetzungen erfüllen? Also, zum Beispiel, dass sie zumindest sprachlich soweit sind, dass sie sich ausdrücken können? Oder haben Sie da überhaupt keine Voraussetzungen?
- 8 #00:01:57-3# Befragter: Also, ich hatte bislang nur Kinder in Therapie, die sprechen konnten. Also eine, also, die war glaube ich kognitiv auch recht schwächer. Das war in

der Zeit, wo ich angefangen habe und die konnte eigentlich auch sprechen. Die hatte einen frühkindlichen Autismus. Aber im Grunde waren das irgendwie Kinder, die schon im besseren Bereich einer geistigen Behinderung - eher auf der Grenze zwischen geistiger Behinderung und Förderschule. Wir kriegen aber vermehrt Schüler, die nicht sprechen können und wo wir den Eindruck auch haben zum Teil, dass sie auch eine Unterstützung brauchen. Da fühle ich mich noch nicht so beschult. Also, wir haben eine ganze Menge Schüler, die also mit so, ich weiß auch nicht, wie die Geräte heißen? Talker? So Talker arbeiten. Und da andere Formen von unterstützter Kommunikation kommen. Und ja, ob man da kucken müsste, wie man das macht.

- 9 #00:03:10-6# Interviewer: Mit schwerer geistiger Behinderung irgendwie, also, eher nur mit leicht, leichter ...
- 10 #00:03:15-1# Befragter: Also, von dem her, was ich mit leichter geistiger Behinderung - ich glaube, naja, also, ich habe mich eben mit dem Thema Autismus mehr beschäftigt. Da könnte ich mir vorstellen, kann man etwas verzahnend irgendwie fast mehr in Richtung Entwicklungsförderung gehen. Also, wo eine Therapie mehr in Richtung Entwicklungsförderung geht. Und da finde ich Spiel, aber eher im Sinne - also das, was ich in der Ausbildung gelernt habe, was mehr in Richtung Kommunikation auch geht über Handlung. Da könnte ich mir vorstellen, eine gute Ergänzung zu dem, was Sonderpädagogen gelernt haben in ihrer Ausbildung. Was ich gerade mache ist auch mit einem Jungen Kommunikationsförderung oder Sprachförderung. Aber das mache ich ziemlich genau nach den Wünschen der Lehrerin. Das ist auch ein Junge mit - wo wir vermuten, dass er eine autistische Problematik hat. Der auch permanent begleitet wird im Unterricht und im Internat. Also, mit sehr auffälligen Verhalten. Und der anfängt sprechen zu lernen und wo ich dreimal in der Woche zehn bis fünfzehn Minuten mit ihm arbeite und eine Spielsituation habe, wo er für die Sachen, die er haben möchte zum Spielen, immer ein Kärtchen abgeben muss. Kärtchen, wo das darauf ist. Und inzwischen fängt er an Worte zu sagen. Die vom Klang her relativ ähnlich sind, aber er ist da noch sehr unbeholfen. Und das ist aber keine Therapie, sondern das ist irgendwie ein Teil des Unterrichts, den ich da, sozusagen, übernommen habe. Ich sehe bei, sowieso bei geistiger Behinderung, bei schwerer geistiger Behinderung noch einmal sehr besonders, eher das Problem, ob sie die Erfahrungen, die sie im therapeutischen Kontext gemacht haben, auf den Alltag übertragen können.

Also, solche Transferleistungen machen müssen. Oder ob es nicht wichtiger ist für mancher dieser Kinder, die Lernerfahrung direkt im Alltag zu machen. Da müsste man sich ein ganz anderes Setting überlegen. Da hat man kein therapeutisches Setting, sondern muss - naja das, was eigentlich fast wie der Götze als Filialtherapie beschrieben hat, auf den Setting übertragen und irgendwie die Bezugspersonen so beraten, dass sie dem Kind das geben können, damit es die Lernerfahrung macht, die es braucht.

- 11 #00:06:22-0# Interviewer: Genau! Das wollte ich eben auch fragen, was Sie von Filialtherapie, jetzt in Bezug auf Kinder mit geistiger Behinderung, was sie davon halten?
- 12 #00:06:30-3# Befragter: (Telefon läutet im Hintergrund) Ah, das tut mir leid! (kurze Pause wegen Telefonat)
- 13 #00:06:32-2# Befragter: Filialtherapie haben Sie mich gefragt. Also, ich kenne das Konzept nur im Groben. Was ich so kenne ist, was ich schon gemacht habe im Unterricht, auch im Internat - aber das seltener, beobachtend dabei gewesen bin in Situationen und dann eine Nachbesprechung gehabt mit Lehrern oder Erziehern und die gekuckt haben, was typisch ist für das Kind oder was wichtig ist, anders zu machen. Also, auch nicht nach – soweit, also, wenn ich mich richtig erinnere, gibt es auch ein konkretes Konzept, wie man jetzt so Nachbesprechungen macht. Aber konkret vom Prinzip her, also, die Bezugspersonen von geistig behinderten Kindern zu beraten, auf Grund von irgendetwas, was man mitkriegt direkt aus der Situation - ob das jetzt Video ist oder direkt dabei zu sein - finde ich glaube ich sehr gewinnbringend. Und zwar genau deswegen, weil für manche Kinder das eine große Herausforderung ist, oder eine Zeit braucht bis sie eine neue Vertrauensbeziehung aufgebaut haben. Und weil manchmal der Transfer nicht so gut möglich ist von einer Situation auf eine andere. Und das, glaube ich, einfacher ist für sie, das mit ihren vertrauten Bezugspersonen im direkten Alltag lernen zu können oder da die für sie wichtigen Erfahrungen zu machen. Wenn Therapie bedeutet, wichtige Lernerfahrungen zu machen.
- 14 #00:08:23-0# Interviewer: Okay. Unterscheidet sich eine Spieltherapie mit einem Kind mit geistiger Behinderung zu einer Spieltherapie mit einem Kind, das keine

Behinderung hat?

15 #00:08:34-1# Befragter: Ja!

16 #00:08:34-1# Interviewer: Wenn ja, in welcher Weise? Also ...

17 #00:08:36-5# Befragter: Also, das finde ich unterscheidet sich deutlich. Prozesse brauchen länger. Und, also, Kinder mit einer geistigen Behinderung, also, nach meiner Erfahrung, bleiben eher in für sie vertraute Situationen. Die probieren nicht so viel Neues aus wie Kinder, die keine Behinderung haben. Also, tendieren eher dazu immer wieder das gleiche zu spielen. Und was ich da auch vermehrt mache ist, dass ich Vorschläge mache für einmal etwas anderes. Indem ich sage, ich habe Lust das zu spielen oder ich hätte einmal Lust das oder mit den Sachen zu spielen, oder dass irgendwelche Spielmaterialien, was sie ständig benutzen, dass ich das einmal wegräume. Das es irgendwie gerade nicht da ist oder so, um irgendwie mehr zu ermöglichen, auch etwas anderes auszuprobieren, wenn ich den Eindruck habe, es ist mehr so ein Kreisen in immer dem gleichen, weil sie es nicht schaffen weiter zu explorieren. Ja, und ansonsten, also, was ich erinnere von den Spielprozessen, brauchen die, brauchen die einfach länger bis sich so Entwicklungen oder Veränderungen dann ergeben.

18 #00:10:15-8# Interviewer: Ist dann die Therapie auch länger als bei Kindern, die keine Behinderung haben? Also, die Dauer?

19 #00:10:21-9# Befragter: Ja. Also, bei uns sind die Therapien sowieso oft sehr lange, weil wir unsere Therapien - ich sage es einmal für mich, also, meine Therapien oft auch eine Funktion haben, eine stützende Beziehung neben den Schwierigkeiten im Alltag zu haben und mehr wie so eine längerfristige Begleitung sind, als dass man irgendwie die Möglichkeit hat, etwas zu bearbeiten. Dann ist es wieder gut! Gibt es auch. Aber oft sind die länger. Und bei Kindern mit geistiger Behinderung, ja! Also die, die ich hatte, die eher auch so viel soziale Schwierigkeiten haben, dass sie von daher sowieso auch eine langfristige Beziehungsbegleitung brauchen. Ja, das sind lange. Und glaube ich eher länger als bei Kindern, die normal entwickelt sind.

- 20 #00:11:16-2# Interviewer: Okay. Und vom Spielmaterial her, wird das irgendwie mehr eingegrenzt? Also, gibt es da weniger Möglichkeiten, Spielmöglichkeiten als jetzt bei Kindern, die keine Behinderung haben? Oder lassen Sie es ganz normal? Wie Sie es auch in einer anderen Spieltherapie machen würden?
- 21 #00:11:32-4# Befragter: Ja! Also, man muss einmal kucken, ob man anderes Spielmaterial braucht eventuell. Also, je nachdem wo sie in ihrem kognitiven Entwicklungsstand sind. Aber das, nein. Also, man kann sich eher überlegen - das ist mir gerade ein Anliegen, darum habe ich hier so viel weggeräumt - sie nicht zu, also, bestimmte Kinder nicht zu überfluten mit Reizen. Im Moment hätte ich am liebsten mein Spielmaterial draußen in Schränken und würde immer nur das reinholen mit einem Kind zusammen, was es braucht. Und, als ich angefangen habe hier zu arbeiten - und das Zimmer von Frau X ist auch noch so eingerichtet, halt mit dem Schwerpunkt, alles offen zu haben. Damit man das Spielmaterial wie eine Sprache so direkt zur Verfügung hat und sich assoziativ auch leiten lassen kann von dem, was man jetzt nehmen will. Für manche Kinder ist das, glaube ich, ungünstig, weil sie dann noch mehr springen vom einen zum anderen. Aber das ist jetzt nicht unbedingt spezifisch für Kinder mit einer geistigen Behinderung, sondern für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung. Kann aber auch dann Kindern mit einer geistigen Behinderung betreffen.
- 22 #00:12:51-2# Interviewer: Okay. Und haben Sie im Verlauf in der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung irgendwelche speziellen Probleme gehabt oder sind Sie an Grenzen gestoßen? Wo Sie sagen, da ist es überhaupt nicht mehr weiter gegangen?
- 23 #00:13:07-4# Befragter: Ja, also an, irgendwie an solche Grenzen, dass ich manchmal den Eindruck habe, ich sehe Entwicklung innerhalb der Therapie, aber es verändert sich nichts außerhalb.
- 24 #00:13:17-9# Interviewer: Okay.
- 25 #00:13:17-9# Befragter: Auch zum Teil an Grenzen, dass ich den Eindruck hatte, das was gespielt wird, ich sehe gar nicht die Verbindung. Was das für eine Funktion haben

kann. Oder habe den Eindruck, das kann ich oder irgendwie so, dass ich keine Idee dazu kriege, wie das weiterhelfen kann bei den Alltagsproblemen. Und ich dann zum Teil eher den Eindruck hatte, das Kind braucht etwas anderes oder das Therapieanliegen, was an mich herangetragen wurde, ist eher in so eine Richtung, dass ich die Behinderung weg therapieren soll. Es gab einmal so ein Beispiel, hatte einen Jungen in Therapie, der hatte auch, hat eine Alkoholembryopathie. An der Grenze auch zwischen Lernbehinderung und geistiger Behinderung. Und die Eltern haben sich getrennt irgendwie. Die war irgendwie noch relativ jung und die Mutter, also, die Mutter, die Alkoholproblematik und der Junge zum Vater gekommen. Und ist aber verrückter Weise - da gibt es doch irgendwie sogenannte Oma und Opa. Das sind die Nachbarn, aber eigentlich lebt er auch inzwischen mehr bei den Nachbarn als beim Vater. Vater hat neu geheiratet, eigene Familie und die Mutter hatte eben aber mehr oder weniger regelmäßigen Kontakt zu ihm. Und hat, also, die Alkoholproblematik, hat auch eine depressive Problematik gehabt. Und es gab Berichte des Vaters und auch der Nachbarn, dass sie einmal irgendwie so einen erweiterten Suizid machen wollte mit ihrem Sohn. Wo unklar war, ob es halt nur so Andeutungen gegeben hat von der Mutter aus oder ob sie gesagt hat: „So, jetzt springen wir!“, irgendwie oder was, also, wie nah das dran war. Und die Erzieher im Internat immer so - also, weil das ja so eine sehr eindrückliche Geschichte auch ist, so den Eindruck da könnte etwas Traumatisches vorliegen oder da ist vielleicht das, was man jetzt so sieht an seinem zum Teil überschießend aggressiven Verhalten, hat vielleicht damit etwas zu tun irgendwie. Und der auch auffällig war damit, dass er viel gehänselt wurde von irgendwie größeren Jungs in der Gruppe und sich wenig zur Wehr setzen konnte. Und dann aber so aggressive Durchbrüche hatte. Und ich habe das nicht wahrnehmen können im Kontakt und in dem, was der Junge im Spiel irgendwie ausgedrückt hat. Überhaupt nicht. Und es gab auch nicht die Möglichkeit innerhalb einer Therapiesituation, Alltagssituationen zu besprechen. Weil die waren einfach zu weit weg, das was er da an Konflikten hatte. So, dass ich das, was sie sich gewünscht hatten für ihn, besser mit Konfliktsituationen klar zu kommen, konnte ich in der Therapiesituation nicht erfüllen. Und das habe ich gelassen dann. Also, da war mir, also, da wäre so etwas wie Filialtherapie möglicherweise - aber dann muss man solche Situationen genau mitkriegen, in denen ich (unverständlich) und insgesamt, aber eher so eine Beratung der Erzieher irgendwie mehr sinnvoll, glaube ich, als eine Therapie für den Jungen in so einem Extrakontext.

- 26 #00:17:06-5# Interviewer: Dann müssen die natürlich auch dazu bereit sein. Es ist ja so, die müssen ja auch das wollen, dass ...
- 27 #00:17:14-4# Befragter: (unterbricht) Das gibt es auch, genau. Aber das ist irgendwie schon da. Also, eine Bereitschaft ist halt auch - es ist, ich finde, oftmals nicht so leicht. Also, für die Kinder mit einer geistigen Behinderung sowieso. Die schaffen das in der Regel gar nicht, also, erst im Jugendalter, überhaupt Situationen zu besprechen. Also, konkret Situationen zu besprechen, die sie im Alltag haben. Das können die noch nicht. Und aber auch mit Erwachsenen ist es nicht leicht! Da noch einmal genauer hin zu kucken und nachzuspüren. Auch für das, aber das habe ich bislang noch nicht gewagt, meine Kollegen auf Video aufzunehmen und dann das mit ihnen nach zu besprechen.
- 28 #00:18:05-5# Interviewer: Ja. Okay. Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Therapeut und dem Kind in der Spieltherapie mit geistig behinderten Kindern?
- 29 #00:18:16-6# Befragter: Wie immer, eine große. Also, da sehe ich keinen Unterschied.
- 30 #00:18:20-5# Interviewer: Keinen Unterschied?
- 31 #00:18:20-5# Befragter: Das ist, wie jedes Kind, das ich kenne, zentral, eine Vertrauensbeziehung zu haben und es gibt bei Kindern mit einer geistigen Behinderung genauso viele Variationen wie bei anderen Kindern auch.
- 32 #00:18:41-4# Interviewer: Okay. Und die Eltern. Gibt es da irgendwelche Unterschiede? Oder Bezugspersonen? Was für eine Rolle spielen die in der Therapie? Also, gibt es da einen Unterschied? Oder ist das auch ...
- 33 #00:18:52-9# Befragter: Also, es ist bei uns so, dass wir irgendwie schwerpunktmäßig mit den Bezugspersonen dann hier an der Schule arbeiten. Weil oftmals die Eltern weiter weg wohnen irgendwie, wenn die Kinder im Internat sind. Oder auch, also, wenn es ein sozial schwieriges Elternhaus ist, einfach schwieriger zu erreichen sind, nicht kommen und umgekehrt für uns sehr aufwendig ist, da hin zu fahren. Und manchmal gibt es das aber auch, dass Eltern uns in Anspruch nehmen für Beratung, die

irgendwie in Bezug auf Schwierigkeiten, die sie sehen mit ihrem Kind oder für ihr Kind. Das habe ich jetzt auch schon öfter gehabt. Also, wo ich dann gar nicht das Kind in Therapie hatte, sondern direkt die Eltern beraten habe.

34 #00:19:47-4# Interviewer: Okay. Gut, dann würde mich interessieren, was sie von differentiellen Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie halten, weil das ein viel diskutiertes Thema ist und ob Sie auch ...

35 #00:20:01-6# Befragter: (unterbricht) Können Sie mir noch einmal sagen, was Sie damit meinen?

36 #00:20:02-7# Interviewer: Wo andere Methoden mit einfließen in die Personenzentrierte Spieltherapie. Also, ob Sie das auch anwenden, dass Sie andere Methoden mit einfließen lassen.

37 #00:20:15-0# Befragter: Aus anderen Therapierichtungen meinen Sie? Ja, ich weiß nicht, ob so explizit. Also, in der Zeit, wo ich selber in Ausbildung war, nicht, also, da habe ich mich sehr bemüht irgendwie, also, vor allem auch die Methodik zu lernen. Und, aber so mit zunehmender Arbeitspraxis, irgendwie, werde ich da weniger dogmatisch, also in dem was - wenn ich da irgendwie ein Gefühl habe oder eine Idee habe, dass dieses oder jenes wichtig sein könnte, dann probiere ich das aus. Aber ich habe jetzt, wenn ich jetzt überlege, welche Methoden für Kinder mit einer geistigen Behinderung, was habe ich da gemacht? Finde ich insgesamt Spiel eine ganz gute Methodik. Also, überhaupt im Medium Spiel zu arbeiten. Es gibt irgendwie, glaube ich, also, die Veränderung ist eher - und das finde ich schon auch, die irgendwie passend innerhalb der personenzentrierten Spieltherapie, dass ich aktiver Vorschläge mache oder die irgendwie das vielleicht von den Beziehungsvariablen Kongruenz noch einmal wichtiger ist. Also, dass ich das, was ich wahrnehme bei mir an Impulsen, sehr ernst nehme und auch häufig umsetze.

38 #00:22:10-9# Interviewer: Okay. Und sind Sie da komplett nicht-direktiv jetzt nach Axline? Sind Sie dann nicht, also, sind schon in Interaktion mit dem Kind?

39 #00:22:21-2# Befragter: Genau.

- 40 #00:22:22-3# Interviewer: Okay. Würden Sie, also, glauben Sie, dass komplett nicht-direktiv bei diesen Kindern helfen würde?
- 41 #00:22:30-5# Befragter: Ich finde komplett nicht-direktiv antiquiert (Lachen). Ich, irgendwie, das ist - so habe ich gar nicht Therapie gelernt. Sondern gelernt, dass das Wichtige das Dialogische ist. Also, das was in der Interaktion passiert irgendwie. Ich glaube nur, dass ich aufpassen muss mit dem, was ich einbringe. Nicht Prozesse des Kindes zu stoppen. Aber, oder irgendwie indem, was ich einbringe, auch sehr achtsam zu sein, dem Kind nicht meine Wünsche irgendwie aufzudrücken oder so. Aber jetzt, also, Non-Direktivität ist für mich nicht mehr ein so wichtiger Anhaltspunkt, sondern eher dann Authentizität im Kontakt mit den Kindern.
- 42 #00:23:37-2# Interviewer: Okay. Und, das haben wir schon gehabt! Was ist Ihrer Meinung nach die Besonderheit in der Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung?
- 43 #00:23:47-4# Befragter: Dass Prozesse länger dauern und dass das gut ist, wenn mehr angestoßen wird. Und dass man für die Indikation genau kucken muss, ob Therapie überhaupt hilfreich ist für das, was das Anliegen ist der Bezugspersonen.
- 44 #00:24:16-9# Interviewer: Und konnte nach der Therapie, also, für den Grund der Therapie, sozusagen, eine Verbesserung festgestellt werden? Oder auch in anderen Bereichen Verbesserungen? Also, hat sich die Spieltherapie da positiv ausgewirkt?
- 45 #00:24:30-6# Befragter: Sowohl als auch! Also, ich kenne beides. Ich kenne irgendwie Prozesse, wo sich deutliche Veränderungen ergeben haben. Wobei das ja immer ein Zusammenspiel ist zwischen dem, was an Förderung im Alltag stattfindet und dem, was ich mache. Man weiß nie genau, was hat jetzt wirklich gewirkt, nicht. Und es gibt auch Prozesse, wo ich denke, das hat das Kind stabilisiert über den Zeitraum, aber dass sich danach eine Veränderung bemerken würde, nicht unbedingt. Also, es gibt beides.
- 46 #00:25:09-9# Interviewer: Okay. Gut! Und was ist Ihrer Meinung nach, also, was spielt Ihrer Meinung nach die wichtigste Rolle in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung? Also, ...

- 47 #00:25:27-5# Befragter: Das kann ich nicht beantworten. Also das, würde ich sagen, ist immer wieder anders. Also, aus Erfahrungen so kann ich nicht, kann ich das, nein. Weiß ich nicht, was die wichtigste Rolle spielt (Lachen).
- 48 #00:25:55-2# Interviewer: Okay. Das ist halt von Kind zu Kind wahrscheinlich einfach ...
- 49 #00:25:55-8# Befragter: (unterbricht) Ja, das ist so individuell, was hier oder da wichtig ist, dass ich jetzt nicht sagen kann bei geistig Behinderten spielt genau das die wichtigste Rolle. Also, dass ist ja auch, wenn ich so abprüfe irgendwie, was könnte - die Beziehung könnte eine wichtige Rolle spielen, Regelmäßigkeit. Ist das jetzt, kann ich jetzt sagen, für dich spielt genau das oder das oder das. Das ist, glaube ich, genau so unterschiedlich. Ich finde auch geistige Behinderung so unterschiedlich. Also, indem was da - wie die Kinder, manche Kinder haben mit einer geistigen Behinderung eine sehr hohe Beziehungskompetenz und emotionale Kompetenz und bei manchen Kindern, die sind zum Teil kognitiv gar nicht so schlecht, aber haben genau auf der Beziehungs- und emotionalen Ebene so Entwicklungslöcher, sozusagen. Deswegen ist das, kann ich das nicht sagen, was da die wichtigste Rolle spielt.
- 50 #00:27:00-5# Interviewer: Okay. Und warum ist Ihrer Meinung nach gerade die Personenzentrierte Spieltherapie für Kinder mit geistiger Behinderung geeignet? Also, was zeichnet sie aus?
- 51 #00:27:11-2# Befragter: Naja, was irgendwie personenzentrierte Therapeuten auszeichnet ist, dass sie sehr beschult darauf sind, individuell auf einen Menschen einzugehen. Und insofern auch geschult sind, individuell auf Kinder mit einer geistigen Behinderung einzugehen. Und sehr achtsam indem, was in der Wahrnehmung, was beim anderen passiert, was bei einem selber passiert und was in der Interaktion passiert, nicht. Das, glaube ich, ist einfach etwas sehr Wertvolles für in jeglicher Form besondere Kinder. Und das, weiß ich nicht, ob (Lachen) - kann man da nicht so sagen, ob andere Verfahren das in ähnlicher Weise bieten, nicht.
- 52 #00:27:59-0# Interviewer: Ja. Ich glaube, dass sie ja auch sehr oft halt irgendwie sehr erzogen werden teilweise, glaube ich, in anderen Therapierichtungen. Und deswegen

glaube ich, dass da personenzentrierte Spieltherapie eben noch einmal etwas anderes ist.

- 53 #00:28:16-1# Befragter: Ja, was man so liest irgendwie. Vor allem gibt es ganz viel Verhaltenstherapie, wo Verhaltenstrainings stattfinden, konkrete, nicht. Ist aber sicherlich auch nicht schlecht in jeder Situation. Wenn es darum geht, dass die Kinder bestimmte Verhaltensweisen erwerben und besser mit bestimmten Situationen zurecht kommen. Aber von daher sicher nicht in jeder Situation falsch. Einfach, also, eine komplett andere Idee, nicht. Also ja, vielleicht eine pädagogische Idee.
- 54 #00:28:55-7# Interviewer: Gut. Dann habe ich noch ein paar Fragen, die mich persönlich interessieren, abschließend. Ich weiß nicht, ob es für die Diplomarbeit wichtig ist, aber ich frage es, weil es mich persönlich interessiert. Und zwar habe ich sehr wenig Literatur zu diesem Thema gefunden und auch Schwierigkeiten gehabt eben Personenzentrierte Psychotherapeuten zu finden, die mit diesen Kindern arbeiten, spieltherapeutisch. Und ja, ich würde Sie gerne fragen, warum Sie glauben, dass das so ist?
- 55 #00:29:20-9# Befragter: Das ist, finde ich, eine interessante Frage. Also, ich glaube, dass der Bereich größer werden wird, weil ich irgendwie öfter mitkriege von Eltern, dass sie große Schwierigkeiten haben, Therapeuten zu finden für ihr Kind. Also, jetzt auch so im ambulanten Bereich. Und die mir erzählen, dass ambulante Therapeuten rückmelden, dass sie da nicht so geschult sind. Und ich glaube, dass einmal klassisch Psychotherapie, dass wo sie herkommt, eher dass es eine Behandlungsform für eher gebildete Menschen ist. Für irgendwie die, die kognitiv fit und, ich weiß nicht, relativ gebildet oder irgendwie, aber eher von der Herkunft her, dass Therapie aus so einem Bildungsbürgertum kommt. Und die irgendwie auch traditionell ist, weil die Ausbildung mehr in die Richtung geht. Also, irgendwie, vielleicht gibt es noch gar nicht die, so wie es die Sonderpädagogik gibt, als konkrete, die irgendwie Ausbildung von Lehrern für Menschen mit Behinderungen, welche Form auch immer, gibt es die Sonderpsychotherapeuten noch gar nicht so, die irgendwie mit so einer Spezialisierung in der Ausbildung. Und dass sich, glaube ich, viele Therapeuten nicht so kompetent fühlen. Und ja, also, dass deswegen also Therapeuten sich da nicht so ausgebildet fühlen. So, und deswegen irgendwie auch der Bereich auch eher bislang kleiner ist und nicht so groß. Und Literatur, da muss es ja, also, die Literatur entsteht ja nur zum Teil

von Praktikern. Auch, es gibt ja irgendwie auch ein bisschen etwas an Literatur von Praktikern, immer wieder. Aber, also so in Form von Fallbeschreibung oder Erfahrungsbeschreibung, nicht. Aber es gibt - ich kenne gar keine Fachliteratur für die Therapie mit geistig Behinderten. Zumindest im personenzentrierten Bereich, jetzt als Fachliteratur von Wissenschaftlern. Oder wissenschaftliche Untersuchungen. Und auch da, ich kann eigentlich nicht genau sagen, man kann ja nur so eine Vermutung haben, dass vielleicht vieles, was Kinder mit einer geistigen Behinderung brauchen durch die Sonderpädagogik abgedeckt wird. Und die ist, glaube ich, ziemlich gut. Ich glaube, dass Forschungsgelder eher in anderen Bereichen gegeben, vergeben werden. Aber ich kann nicht genau sagen, womit das zu tun hat. Vielleicht mehr damit, wie man im Endeffekt dann auch wieder über Therapiegelder einsparen kann. Würde man ja vielleicht bei geistig Behinderten gar nicht so viel, weil der Betreuungsaufwand ja sowieso relativ hoch ist hier. Ich habe - vielleicht ist das Interesse von den Menschen an Menschen mit geistiger Behinderung nicht so hoch? Aber das sind jetzt einfach so, wo ich - richtig kann ich es nicht sagen, außer dass ich irgendwie glaube, dass Therapeuten, die eine ambulante Praxis haben und keine Erfahrung sonst im Umgang mit geistig Behinderten haben, dass sie Sorge haben, sie machen die Arbeit nicht gut. Irgendwie denken, es müsste irgendwie sehr viel anders sein. Tja, aber das war ja mit ein Grund, wo ich gedacht habe super, dass Sie so eine Diplomarbeit darüber schreiben (Lachen).

56 #00:33:45-4# Interviewer: Eben, ja!

57 #00:33:45-4# Befragter: Das ist irgendwie ...

58 #00:33:47-8# Interviewer: (unterbricht) Es hat mich so gewundert! Weil alles, was man über Menschen mit geistiger Behinderung liest, steht überall drinnen, dass sie drei- bis viermal häufiger an psychischen Störungen leiden. Eben wegen dem sozialen Umfeld, wie ihr Leben verläuft. Und deswegen finde ich es schlimm, dass es irgendwie dann auch so wenig Hilfe da dann gibt oder sehr schwierig ist, an Hilfe zu kommen. Und ich denke mir, wenn man dann schon im Kindheitsalter anfängt vielleicht damit zu arbeiten, auch mit den Eltern zu arbeiten, dass das vielleicht in Zukunft nicht auftritt. Dann - deswegen finde ich es sehr schade, dass es sehr wenig dazu gibt und dass es einem irgendwie schwieriger gemacht wird.

- 59 #00:34:27-0# Befragter: Klar! Wenn man so anfängt herum zu träumen, dann wäre das sicherlich gut, dass es von früh an eine Unterstützung und Begleitung für die Eltern gibt. Erst mal gar nicht so für die Kinder und für die Kinder jetzt mit einer geistigen Behinderung, oft ist es ja eine mehrfache Behinderung. Und die haben eine Förderung nach der anderen, die irgendwie - das ist schon, also, was die Eltern hier berichten. Das haben wir irgendwie, Frau X und ich, häufig gemacht, so Elterngesprächskreise, nicht. Und die interessanterweise auch vermehrt von den Eltern der Schülern von uns mit einer geistigen Behinderung in Anspruch genommen werden. Und was die erzählen, was sie irgendwie in den ersten Lebensjahren für Erfahrungen gemacht haben mit Ärzten oder überhaupt irgendwie in dem Aufwachsen ihres Kindes, das ist der Hammer. Das ist echt unglaublich, was die schon alles haben bewältigen müssen. Und die Kinder irgendwie in der Regel von früh an irgendwie eine krankengymnastische Förderung, also für die motorische Entwicklung und Ergotherapie und Heilpädagogik und mehrere Sachen parallel. Und vielleicht noch Reittherapie oder so etwas. Und später und den ganzen Tag in der Schule. Also, man weiß auch gar nicht, wo man noch etwas darauf pflanzen soll. Es müsste irgendwie so - gut wäre, wenn es irgendwie so integriert wäre. Also, perfekt wäre schon, also, so etwas wie eine Psychologenstelle, so eine Einrichtung zu haben, nicht. Aber eigentlich bräuchten die Eltern von Anfang an irgendeine Form von Unterstützung und Begleitung, nicht.
- 60 #00:36:11-1# Interviewer: Genau. Und ist dieses Thema in Ihrer Ausbildung zur personenzentrierten Psychotherapeutin, ist dieses Thema „Kinder mit geistiger Behinderung“ jemals (Nein!) theoretisch oder praktisch irgendwie behandelt worden? Gar nicht?
- 61 #00:36:23-3# Befragter: Nein! Aber wir hatten einige Ausbildungskandidaten, die in dem Bereich arbeiten. Praktisch alle, die Sie jetzt interviewen irgendwie (Lachen). Und da mag es vielleicht noch ein paar andere geben. Aber nein! Im Grunde genommen müssten wir das ja jetzt machen, nicht. Ja, man tappt so ein bisschen im Trüben. Also, weil das, was Sie schildern, es gibt keine Literatur. Also für uns, also, für die, die jetzt praktisch da arbeiten irgendwie ähnlich, ja. Da Literatur zu finden und Methodiken im Tun, die so zu entwickeln, nicht.

- 62 #00:37:04-8# Interviewer: Ja! Und finden Sie das gut oder schlecht, dass das nicht wirklich angeboten wird bei der Ausbildung? Finden Sie, dass das angeboten werden müsste oder dass ja ...
- 63 #00:37:18-6# Befragter: Ich würde mich freuen, wenn es angeboten werden würde. Also jetzt, also, für meine Arbeit hier an unserer Schule steht das an. Der Bereich, der - die Abteilung für Schüler mit einer geistigen Behinderung wächst, ja. Wir breiten uns auch aus irgendwie in Richtung Schwerstmehrfachbehinderte. Und so kriegen wir Kinder mit komplexeren Behinderungen. Und der Bereich, die irgendwie Schüler mit einer Sehbehinderung, die, die Grund- und Hauptschule besuchen können, der wird kleiner. Weil die ganz gut an allgemeinen Schulen auch beschult werden können. Und dass nicht mehr selbstverständlich ist, dass Eltern sagen: „Ich gebe mein Kind in eine Sonderschule!“. Und insofern wird das so sein, dass die bei uns an der Schule, wäre das gut, wenn sich bei uns noch mehr auskennen würden in dem Bereich. Und in der Ausbildung hätte ich mehr davon profitiert.
- 64 #00:38:31-4# Interviewer: Ich glaube, dass wird dann - das würde auch diese Angst wegnehmen von den Therapeuten, dass die dann eben mehr mit diesen Kindern arbeiten würden. Glaube ich, wäre schon gut (Befragter bejaht). Ja. Und meine letzte Frage wäre eben aus welchem Grund Sie sich entschieden haben, eben mit diesen Kindern zu arbeiten? Oder ...
- 65 #00:38:50-6# Befragter: Ach, das war jetzt irgendwie nicht unbedingt so eine Entscheidung: „Ich will das machen!“, sondern ich habe die Stelle hier gekriegt und da gibt es diese, diese und diese Kinder, ja. Und, also das war jetzt nicht unbedingt eine bewusste Entscheidung für den Bereich, sondern etwas, was sich über die Stelle ergeben hat. Sozusagen da, wo ich hier angefangen habe zu arbeiten, dann habe ich angefangen eine Ausbildung in personenzentrierter Spieltherapie zu machen, nicht. Und ich hatte direkt Kinder irgendwie mit einem unterschiedlichen kognitiven Entwicklungsstand oder -vermögen. Und irgendwie, manche eine geistige Behinderung haben und andere eine Lernbehinderung haben und hier, also, eher kognitiv schwächere Kinder von - was die vielleicht in einer allgemeinen Praxis sind, weiß ich nicht so genau. Insofern hat sich das so ergeben.

- 66 #00:39:48-5# Interviewer: Gut.
- 67 #00:39:50-4# Befragter: Das war es?
- 68 #00:39:48-6# Interviewer: Haben Sie noch irgendwelche abschließenden Bemerkungen, die Sie gerne machen möchten? Das wären meine Fragen gewesen!
- 69 #00:39:57-8# Befragter: Nein. Ich bin sehr daran interessiert, Ihre Arbeit zu lesen (Lachen).
- 70 #00:00:02-7# Interviewer: Schauen wir einmal (Lachen)!

T.D.:

- 1 Interviewer: Na gut! Also, zum Verlauf, Therapieverlauf, würde ich gerne wissen, was die Hauptgründe dafür sind, dass Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie gekommen sind bzw. kommen?
- 2 #00:00:13-2# Befragter: Das ist eigentlich, das ist ein breites Spektrum, denke ich. Letztendlich auch nicht wirklich anders, würde ich jetzt einmal sagen, zu anderen Kindern, also, die keine Behinderung haben. Das fängt an bei impulsiven Verhalten über - da hatte ich neulich einen, der hat geklaut. Oder manche, die so eher auch ein bisschen in so eine depressive Richtung gehen. Also, gerade wenn die älter werden und sich verstärkt so damit auseinandersetzen oder einfach die Wahrnehmung oder mehr realisieren. Was habe ich noch? Andere, die, wie soll ich sagen? Jetzt habe ich gerade eine im Moment, die ist so sehr belastet, weil da eine Beziehung auseinander gegangen ist. Dann, also, auch mutistische Kinder, eben die wenig sprechen, also, weniger, wie sie eigentlich könnten. Also, es ist, glaube ich, letztendlich ein ähnliches Spektrum.
- 3 #00:01:26-3# Interviewer: Okay! Also, nichts Besonderes irgendwie dabei?
- 4 #00:01:29-1# Befragter: Also, das einzige Besondere, denke ich, ist schon ein Punkt, aber das betrifft im Prinzip die anderen auch. Dass es eben schon die Kinder, glaube ich, am schwersten haben und Jugendliche, die, also, sehr realisieren wie, also, ihre Defizite bewusst wahrnehmen. Und was dann häufig auch noch einmal erschwerend hinzukommt, wenn die aus einem Elternhaus kommen, die auch die Behinderung als solche schwer annehmen können und immer auch hohe oder höhere Erwartungen oder zu hohe Erwartungen einfach haben, das fördert das dann, glaube ich, manchmal schon auch, dann nachher eine Schwierigkeit damit zu haben, so mit sich selber wirklich auch klar zu kommen.
- 5 #00:02:07-2# Interviewer: Okay. Und müssen die Kinder bei Ihnen irgendwelche Voraussetzungen erfüllen, dass sie zu Ihnen in die Spieltherapie kommen können? Also, sprachlich, dass sie sich ausdrücken können oder halt nur eine leichte geistige Behinderung haben? Oder ...

- 6 #00:02:21-9# Befragter: (unterbricht) Es ist so, wir haben ja auch richtige Pflegefälle. Also, so etwas kommt natürlich nicht in Frage! Und bei allen anderen - es ist schon letztendlich, glaube ich, wichtig oder auch ausschlaggebend für den Erfolg der Therapie, dass man einen Weg findet, wie man mit den Kinder oder Jugendlichen in Kontakt kommt oder auch, wie die eine Ausdrucksform finden. Also, das kann eben die Sprache sein, aber das kann auch - manche Kinder sind auch extrem gut so im Spiel, im darstellenden Spiel da drüber. Oder, also, es muss letztendlich schon irgend so ein Medium gefunden werden. Ich habe jetzt auch einmal eine neulich gehabt, die hat überhaupt nicht gesprochen, gar nicht und hat aber auch zumindest so eine Ausdrucksstärke gehabt, dass sie so schon, wie soll ich sagen, also, dass man schon, ob ihr jetzt etwas gut gefallen hat oder nicht, also, so, wie soll ich sagen, da habe ich viel mit so Karten oder Bildkarten oder dann mit dem Talker zum Teil auch gearbeitet. Aber da wird es schon schwieriger auch! Also, das muss man dann immer von Fall zu Fall einfach kucken, was geht. Also klar, je besser die sprachlichen oder spielerischen oder - also, ich arbeite auch gerne mit kreativen Dingen, wenn da irgendetwas vorhanden ist. Umso besser geht es leichter, ja.
- 7 #00:03:38-5# Interviewer: Okay, gut. Und unterscheidet sich eine Spieltherapie mit einem Kind mit geistiger Behinderung zu einer Spieltherapie mit einem Kind, das keine Behinderung hat?
- 8 #00:03:46-0# Befragter: Also, bei uns haben ja letztendlich alle Behinderungen. Ich habe auch viele Kinder, die aus dem Förderbereich sind. Und eigentlich eher wenige, würde ich jetzt einmal sagen, die wirklich, also, die ganz normal begabt sind. Und, also, was wollte ich sagen, was sich unterscheidet? Aber das fällt mir bei den Förderkindern zum Teil schon auch auf, dass viele Prozesse einfach langsamer gehen oder mehr Wiederholungen brauchen, bis die sich, wie soll ich sagen, neu finden. Also, es ist schon ein großes Bedürfnis nach visuellen Handlungen. Das fällt mir auf. Und was sicher auch noch so etwas ist, dass ich, also, gerade bei Jugendlichen erlebe ich das manchmal, dass die schon, sage ich jetzt einmal, so in der Einsicht und in vielen Dingen, wie sie Dinge sehen und beschreiben, schon weiter sind, aber im Vollzug dann einfach. Dass, also, der Vollzug dann für die letztendlich schwierig ist. Also, das erlebe ich häufig so. So eine Diskrepanz oder, also, einfach unterschiedliche Stärken, also, eben wie sie Dinge dann häufig beschreiben oder sehen können und dann aber auch,

wie sie dann in der Lage sind letztendlich, Dinge dann umzusetzen. Also, das ist, glaube ich, noch einmal für sie schwieriger. Ja!

- 9 #00:05:12-6# Interviewer: Und haben Sie im Verlauf der Spieltherapie mit geistig behinderten Kindern irgendwelche speziellen Probleme gehabt oder sind Sie an Grenzen gestoßen? Also, wo Sie sagen, da ist gar nichts mehr weiter gegangen?
- 10 #00:05:25-7# Befragter: Also, ich habe jetzt gerade ein Kind, zum Beispiel, das einfach wenig spricht. Und das in bestimmten Situationen, also, wenn es mit anderen Kindern zusammen spielt, merkt man schon, es ist theoretisch schon mehr Sprache einfach auch da oder auch verwendet er stärker. Und dann hat er einmal zwischen drinnen eine Phase gehabt, wo ich gedacht habe: „Nein! Es ist gelogen!“. Eben, durch meine ganzen Variablen, also, in meinem Beziehungsverhalten, was ich da, also, dass da einfach Angst, dass ich, dass ich (unverständlich) ... dass da Vertrauen wächst und die Angst keine Rolle spielt und so etwas. Und dann, irgendwann einmal, hat er auch einmal stärker angefangen zu sprechen. Und es ist jetzt aber wieder sehr zurück gegangen und da merke ich schon, also, irgendwann - aber das könnte mir vielleicht mit einem anderen Kind auch passieren. Da gehen mir dann die Möglichkeiten einfach aus. Weil alles, was ich so einmal, wie Malen oder über Spiele oder alle Angebote, die ich so mache oder über - die stoßen da an ihre Grenzen. Der kommt gerne, findet es toll, spielt, aber jetzt bezogen auf das, was ich so im Kopf habe, wo ich gerne hin möchte. Also, das ist so ein Punkt. Und der andere Punkt war, würde ich sagen, bei diesem einen Mädchen, die überhaupt keine Sprache gehabt hat, wo ich schon gemerkt habe, also, da wäre es dann nötig gewesen - wir hatten dann so Bilder von allen Leuten, also, von ihrer ganzen Familie. Da waren Tiere und alles mögliche, also, da. Und dann hatten wir ein Bild, wo - da hat sie auch viel Spaß gehabt, wo dann eine aus dem Internat darauf war, dann alle von der Schule darauf waren und dann - also, bei ihr war jetzt, ich weiß nicht, ob ich das sagen soll? Ich weiß nicht? Interessiert Sie das jetzt konkret?
- 11 #00:07:01-5# Interviewer: Ja, ja!
- 12 #00:07:01-5# Befragter: Ach so! Da war konkret das einfach, dass sie immer wieder so ein Verweigerungsverhalten gehabt hat oder Bauchschmerzen gekriegt hat und es zum Teil nicht richtig klar war, was so die Ursachen dafür sind und so. Und im Prinzip war

bei ihr eigentlich die Möglichkeit nur die, sie dann zu befragen. Halt, dann hat man einmal schon die Person vielleicht einmal einkreisen können, um wen es sich da handelt oder was da eventuell für Konflikte waren. Das ging dann noch. Aber dann wirklich zu finden, was da theoretisch alles hätte diesen, was da vielleicht für ein Konflikt hätte sein können oder was sie da belastet oder was da wirklich so - also, das Liebste wäre mir ja gewesen, wenn sie dann irgendwelche Karten oder irgendwelche Symbole oder auf dem Talker Sachen gefunden hätte, dass sie das von sich auch sagen kann. Und das habe ich gemerkt, das war echt, das wäre ein weiter Weg gewesen. Das mit der Person, das gelang mit den Karten schon ansatzweise, aber, genau, sie wurde dann besser. Also, es hat sich auch so dann gelegt. Aber da habe ich gemerkt, weiß ich jetzt nicht genau wie weit ich da gekommen wäre. Ja.

- 13 #00:07:56-7# Interviewer: Okay. Und welche Rolle spielt, Ihrer Meinung nach, die Beziehung zwischen Therapeut und dem Kind in der Spieltherapie bei geistig behinderten Kindern?
- 14 #00:08:15-0# Befragter: Weiß nicht ob - Sie meinen jetzt speziell, ob ich da einen Unterschied sehe zu anderen?
- 15 #00:08:20-2# Interviewer: Ja, Sie können auch sagen, dass da gar kein Unterschied ist, das ...
- 16 #00:08:21-4# Befragter: (unterbricht) Ja. Ich denke gerade, welche Rolle das spielt? Weiß jetzt gar nicht, ob ich da etwas sagen soll? Also, oder kann jetzt - wie die sich jetzt unterscheidet. Ich glaube, dass letztendlich - also, fällt mir jetzt kein Unterschied ein!
- 17 #00:08:51-5# Interviewer: Also (in der Rolle), im Prinzip genauso wichtig wie ...
- 18 #00:08:55-8# Befragter: (unterbricht) Ja, ja, ja! Auf jeden Fall wichtig! Also, wichtig. Ich halte die für ein ganz zentrales, also, ein ganz zentrales Merkmal. Oder auch, wenn es einem gelingt, wirklich eine gute Beziehung aufzubauen, denke ich, dann hat man einfach schon viel gewonnen und das ist jetzt bei geistig Behinderten auch nicht anders, würde ich sagen. Oder wenn es Schwierigkeiten gibt, dann könnte es die, denke ich, bei

Kindern, die keine Behinderung haben, genauso geben.

- 19 #00:09:17-0# Interviewer: Okay. Gut. Und welche Rolle nehmen die Bezugspersonen bzw. die Eltern in der Therapie ein? Also, arbeiten Sie auch mit denen und unterscheidet sich das irgendwie sonst zu einer Therapie mit einem Kind, das nicht behindert ist?
- 20 #00:09:33-3# Befragter: Also, das ist hier einfach generell so ein bisschen ein Manko, was ich sehr bedauere, dass die Elternarbeit schon vielfach zu kurz kommt einfach. Also, ich meine, in freier Praxis, aber halt da ist das ja ein regelmäßiger Bestandteil einfach. Und dann ist das hier, dass die Eltern oft nicht richtig greifbar sind oder zu weit weg wohnen oder, ich weiß es auch nicht ganz genau, kommt die schon etwas kurz. Also, wo wir schon intensiver arbeiten ist dann mit den Erziehern, wenn sie im Internat sind. Also, da kann ich leider gar nicht so viel sagen, aber, also, ich empfinde es als eine - für mich, ich möchte das auch verändern, weil ich das einfach als ein großes Manko sehe.
- 21 #00:10:11-2# Interviewer: Also, Sie finden es wichtig, dass die Eltern auch mehr mit einbezogen werden?
- 22 #00:10:14-0# Befragter: Mehr mit einbezogen sind! Die haben einfach vielfach an vielen Punkten auch so einige Schwierigkeiten, also, wieder, wie soll ich sagen, eigene Themen, die sie auch einbringen, die sich dann zum Teil einfach auch in dem wieder finden, wie die Kindern, einfach wie die sind. Und ich habe aber eher - also, zu Beginn habe ich immer wieder und zwischen drinnen auch einmal kurz, aber so eine regelmäßige Elternarbeit habe ich leider nicht hier. Aber das bedauere ich!
- 23 #00:10:39-2# Interviewer: Okay. Also, jetzt für die Gründe für die Therapie, hat man da eine Verbesserung feststellen können nach der Spieltherapie? Oder auch in anderen Bereichen? Also, hat es da irgendwelche positiven Auswirkungen gegeben wegen der Spieltherapie, die besonders aufgefallen sind, oder ...
- 24 #00:10:57-4# Befragter: (unterbricht) Also, ich mache jetzt nicht nur Spieltherapie. Ich habe auch viele Gespräche oder auch - oder wo ich mit vielleicht so Symbolen oder so

etwas arbeite. Also, so rein Spieltherapie auch, also, ich - ja auf jeden Fall! Also, es gibt einzelne auch - also, obwohl es auch wieder eher selten ist, wo jetzt zum Beispiel das eine Kind, was da gestohlen gehabt hat, also, da war das in relativ kurzer Zeit war das eigentlich dann erledigt! Und dann gibt es aber auch Kinder, die, oder Jugendliche, die einfach sehr, schon lange auch bleiben einfach, wo Prozesse auch sehr lange gehen und sehr - aber ich spüre da schon Verbesserungen. Also, jetzt gerade bei dem Kind, das macht mir jetzt echt Sorgen. Mit diesem einen Kind, nicht sprechenden oder wenig sprechenden Kind. Da bin ich mir nicht sicher, ob ich wirklich die bin, die ihn da unterstützen kann. Ja. Und ja, also, ich habe (unverständlich) einfach ein besserer, ein besseres, wie soll ich sagen, ein besserer, also, die insgesamt besser drauf waren oder dieses Thema gebessert hat, der Grund sich erledigt hatte. Es ist hier bei uns halt in der Schule auch relativ schwierig dann genau den eigenen Anteil - also, wenn es so einen Erfolg gibt, einfach festzumachen, womit das jetzt zusammenhängt, weil es hier einfach sehr engagierte Pädagogen auch gibt und dann im Internat möglicherweise auch. Oder wenn sie im Internat sind, einfach durch das, was sie dort erleben oder mit den Erziehern, ja, auch dazu beitragen kann und dann jetzt diesen ganz speziellen Teil, den ich dazu beigetragen habe. Also, manchmal kann man vielleicht ausmachen, aber es ist nicht so einfach.

25 #00:12:35-0# Interviewer: Okay. Also, hauptsächlich weil hier viel zusammen gearbeitet wird (Ja!), kann man nicht wirklich sagen: „Okay! Das war jetzt der Grund dafür, dass (Ja!) es ihm besser geht!“.

26 #00:12:43-2# Befragter: Ja!

27 #00:12:43-2# Interviewer: Okay, gut. Genau, dann wollte ich fragen, wie Sie zu differentiellen Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie bzw. Spieltherapie stehen? Also, ob Sie auch andere Methoden mit einfließen lassen, jetzt speziell in der Spieltherapie?

28 #00:12:59-0# Befragter: Ja! Also, es hat sich schon zunehmend auch - wobei ich in letzter Zeit viel so hypnotherapeutische Sachen mache. Das sind einfach so sehr motivierende, sagen wir, also, es sind Intervention, die sehr motivierend sind, sehr, also, wo es einfach auch nicht darum geht irgendwelche Defizite zu beseitigen, sondern

irgendwie Lust zu machen, etwas auszuprobieren, etwas Neues zu lernen. Und ja, so etwas mache ich schon häufiger oder auch zum Teil aus der Gestalttherapie - das heißt häufig dieses Angebot einfach auch zu machen. Also, so egal in welche Richtung das geht, dass die dann, also, jetzt nicht nur die Bestimmung quasi alleine bei dem Kind liegt. Das mache ich (unverständlich), weil das dann manchmal schon so ist, dass das sehr rituell sein kann, dass das Kind jedes Mal das gleiche spielt (Lachen) und dabei glücklich ist und so. Aber durch das - ja, und ich benutze insgesamt viel aus den hypnotherapeutischen Methoden. Da finde ich viel, was mir zusagt und wo die Kinder auch darauf ansprechen, ja.

- 29 #00:14:00-1# Interviewer: Okay. Und was, würden Sie sagen, ist das Personenzentrierte, was Sie halt noch in der Spieltherapie behalten? Also, ...
- 30 #00:14:07-6# Befragter: Also, mir ist immer noch das ganz Zentrale einfach so mit, also, dass sie schon irgendwie das Tempo bestimmen, dass ich die Beziehung aufbaue und respektiere, auch dass, eben das Tempo, und interessiert bin einfach, wie soll ich sagen, sie noch ein bisschen vertiefend kennenzulernen. Also, jetzt nicht nur indem, was sie zeigen, sondern einfach auch was so darunter ist. Das ist so ein großes Anliegen von mir. Und sie da auch, also, dieser respektvolle Umgang einfach oder wenn dann irgendetwas ansteht, zum Beispiel, dass man dann Kontakt mit dem Jugendamt aufnimmt oder irgendetwas. Also, sie da einfach immer in allem auch mit einzubeziehen auf jeden Fall. Also, dass sie da selbst mitsprechen können. Ja, und dass ich schon versuche diese inneren Reflexionen - eben nicht, weil ich jetzt einfach denke: „Okay, die müssten jetzt einmal das und das lernen und deshalb biete ich ihnen das an!“, sondern schon ganz nahe bei denen auch bin, was ist jetzt für die angesagt oder was passt da einfach jetzt, dass sie sich da in die Richtung weiterentwickeln, wo ich das möchte. Also, so würde ich das ...
- 31 #00:15:17-8# Interviewer: Okay. Was für eine Rolle nimmt die Nicht-Direktivität jetzt in der Spieltherapie bei Ihnen ein? Also, ...
- 32 #00:15:27-1# Befragter: (unterbricht) Ich würde nichts machen, wenn die Kinder - also, ich frage sie immer nach dem Angebot und versuche es zu erklären. Und es gibt ganz, ganz wenige Kinder, wo ich dann vielleicht darauf insistiere, aber in der Regel ist das

für mich ganz wichtig, dass das sie selber entscheiden können. Mache ich das oder mache ich das nicht oder mache ich das das nächste Mal. Oder, also, es gibt nur ganz selten - also, ich habe eben so ein Kind auch gehabt, gut, das war jetzt nicht geistig behindert, aber was für mich schon sehr auch zu sehen, inwieweit da Misshandlungen zuhause sind. Wo ich dann schon auch bestimmte Sachen einfach auch, also, insistiere, einfach aus meiner Verantwortung heraus irgendwie, um zu wissen - aber, genau, also, in der Regel bestimmen die Kinder das. Also, mache ich das Angebot und zeige ihnen das und dann bestimmen sie das. Also, sagen mir halt, ob sie es machen wollen oder nicht. Dann geht es einmal so und einmal so aus (Lachen).

- 33 #00:16:29-3# Interviewer: Also, im Prinzip halt Vorschläge schon machen, aber das Kind kann dann entscheiden von selber, ob es das machen möchte oder nicht und macht es dann im Prinzip, wenn es möchte (Befragte bejaht). Okay.
- 34 #00:16:42-4# Befragter: Und wenn es ...
- 35 #00:16:44-5# Interviewer: (unterbricht) Wird nicht gelenkt oder ...
- 36 #00:16:45-3# Befragter: Ja! Also, ganz selten, nur wenn es aus irgendwelchem Grund für mich wirklich ganz dringlich ist. Sonst nicht!
- 37 #00:16:52-8# Interviewer: Okay. Also, finden Sie das im Prinzip in Ordnung auch, in die Personenzentrierte Spieltherapie, andere Methoden mit einfließen zu lassen? Also ...
- 38 #00:17:02-6# Befragter: (unterbricht) Also, ich brauche es jetzt auch jetzt für das - also, ich glaube dass es das einfach lebendiger macht und ich denke vielleicht auch, dass es die Kinder manchmal auch vielleicht noch - auch noch einmal eingeschränkter sind, in ihren Ausdrucksmöglichkeiten, in dem Moment, wo ich ihnen irgendwelche anderen Sachen anbieten kann. Halt glaube ich auch, dass das einfach für sie auch hilfreich ist. Also, habe ich überhaupt, sehe ich überhaupt kein, also, dass sich das irgendwie widersprechen würde, gar nicht.
- 39 #00:17:29-1# Interviewer: Okay, gut. Haben Sie schon einmal von Filialtherapie gehört? (Befragter verneint) Okay, das ist im Prinzip so, dass die Bezugspersonen bzw.

die Eltern, denen wird irgendwie beigebracht diese personenzentrierte Haltung und wie man personenzentriert mit dem Kind umgeht. Es gibt auch Therapeuten, die denen vorschlagen, dass irgendwie Heilpädagogen diese geschenkte Stunde machen mit den Kindern, wo sie eben so wie in einer Spieltherapie, in einer personenzentrierten, mit den Kindern arbeiten oder die Zeit halt verbringen. Und ich wollte prinzipiell fragen, was Sie davon halten, ob Sie das gut finden würden, wenn jetzt Eltern, zum Beispiel, diese Haltung beigebracht bekommen, damit sie auch zuhause im Prinzip ein bisschen etwas von der Therapiestunde mitnehmen, also, nicht ständig, aber, zum Beispiel, zu - eben wie diese eine geschenkte Stunde in der Woche oder - was Sie davon prinzipiell davon halten würden?

- 40 #00:18:27-8# Befragter: Also, was mir spontan einfällt ist, wo es sicher auch noch einmal besonders sinnvoll ist, bei Erwachsenen, die ihre Kinder auch nicht so gut einschätzen können oder eher überfordern. Also, da war ich zum Teil einfach so - auch einfach mit ihnen schon im Gespräch zu schauen, einfach was - dass sie auch passende Spielsachen finden einfach oder so etwas. Also, die - oder sie dazu beraten, was da jetzt irgendwie auch geeignet wäre. Generell finde ich so etwas gut. Ich könnte mir so etwas auch in einer Beratungsstelle - also, bei uns finde ich den Rahmen jetzt irgendwie nicht, leider nicht vorhanden, aber generell, glaube ich, ist das gut. Und einfach auch - also, was ich aber auch noch dann verstärkt machen würde, also, jetzt nicht nur so modellhaft, sondern sie auch selber, also, einfach dieses Ressourcenorientierte, aber auch in diesen Interaktionen zu schauen, wo sind einfach gelungene Interaktionen. Also, dass die Eltern auch wissen, okay, da ist das so, wenn ich so in die Richtung gehe einfach, dann ist es gut. Also, jetzt nicht so lehrreich, sondern dass sie selber - also, auch sogar verstärkt wahrscheinlich ein Augenmerk da darauf lenken, wo sind einfach gelungene Interaktionen schon da, wo man ausbauen kann, ja.
- 41 #00:19:40-6# Interviewer: Okay. Und was ist Ihrer Meinung nach die Besonderheit in der Spieltherapie mit geistig behinderten Kindern?
- 42 #00:20:00-7# Befragter: Also, was bei geistig behinderten Kindern häufig auch schon ist und das ist sicher häufig der Grund, weshalb sie herkommen ist, dass sie einfach von ihrem Profil, sage ich jetzt einmal, von ihrem - sie zum Teil, also, dass da große Diskrepanzen sind. Also, es kann einfach sein, dass sie, zum Beispiel, jemanden richtig

an die Wand treten können und einmal dabei halt ganz - oder nicht wirklich realisieren oder erst einmal realisieren, dass jetzt einmal schon - einfach was so die Entwicklung der Vernunft angeht oder so etwas. Also, dass da häufig große Diskrepanzen da sind oder was sie wahrnehmen können. Und ich glaube, dass das zunehmend auch manchmal, jetzt eben durch diese ganze Förderung, die sie erhalten, dass ist einfach keine - nicht sehr häufig oder eher dann Probleme (unverständlich), wenn es kein homogenes Profil ist, also, alles ungefähr auf dem gleichen Entwicklungsstand ist, sondern sehr variabel da. Da ist man, glaube ich, noch einmal stärker gefordert. Das macht es, also, das wahrzunehmen und da daran zu arbeiten. Und zum Teil ist es einfach nur, dass man sich einfach auch einen anderen Entwicklungsstand - da steht vielleicht jetzt ein 12 bis 13 jähriges Kind vor einem und man muss sich dann aber einfach eher einstellen auf jemanden, der 7 ist oder so etwas, aber der - ich meine, wenn es ein homogenes Profil ist, macht es ja auch überhaupt kein Problem. Es ist dann nur schwierig, wenn einfach das so, die einzelnen Entwicklungs-, wie soll ich sagen, - bereiche sehr auseinander klaffen. Dann wird es schwieriger. Ich weiß jetzt nicht, ob Sie noch irgendetwas speziell nachfragen wollen? Also, das langsame Tempo, denke ich, da muss man sich darauf einstellen. Obwohl ich das auch bei Kindern wahrnehme, die einfach aus sehr desolaten Umständen kommen. Also, da ist es ähnlich vergleichbar. Das braucht noch ganz viel Zeit und Nachreifung. Das hängt so von, so von dem Kind und die Jugendlichen einfach ab. Es gibt welche, die sind so toll. Sofort, die kommen einmal her und spielen sofort jetzt mit Kasperle oder irgendetwas ihr Konflikt, also, oder sagen, was ich da spielen soll und die sind sofort zu Ende. Also, da bin ich - und dann gibt es auch andere, wo ich denke, das ist schon schwierig und zäh, aber ich, ich bin jetzt einfach gespannt, weil ich durch meine praktische Tätigkeit jetzt wirklich wieder verstärkt auch mit Kinder und Jugendlichen zu tun kriegen werde, die jetzt auch so vollkommen, sage ich jetzt einmal, in einem normal begabten Umfeld sind. Und ich habe das früher schon einmal gemacht und da habe ich schon gemerkt, das sind einfach viel - das Tempo deutlich anders. Die Demonstration auf auch irgendwie das entscheidende Thema oder um was es geht, ist schon deutlich höher. Durch das kann ich das, glaube ich, weil ich das schon eher gewohnt bin einfach so mit, sage ich jetzt einmal, schwächeren Kindern zu arbeiten, ist jetzt der Unterschied zu geistig behinderten für mich jetzt häufig gar nicht so groß, eigentlich.

- 43 #00:23:10-3# Interviewer: Okay. Also, im Prinzip ist es genauso unterschiedlich wie bei normalen Kindern jetzt auch, sozusagen. Nur, dass das, eben das Tempo einfach langsamer ist?
- 44 #00:23:19-6# Befragter: Das Tempo, würde ich sagen, ist langsamer, ja.
- 45 #00:23:20-9# Interviewer: Also, das ist das Entscheidende, sozusagen? Also, das ...
- 46 #00:23:23-5# Befragter: (unterbricht) Und diese Diskrepanz einfach zu dem, dass, ich weiß nicht, ob ich das jetzt richtig erklären kann? Also, dass eine Gefahr einfach besteht, dass man zum Teil Kinder überschätzt. Unterschätzt kann auch sein. Also, die zeigen sich einfach, dass sie einfach von der sozialen, emotionalen Entwicklung vielleicht noch sehr weit zurück sind. Von der verbalen Entwicklung sehr weit oder vom vielleicht schon jetzt körperlich schon total Jugendliche sind, aber jetzt von, ja sage ich jetzt einmal, von der Verstandesentwicklung noch ein kleines Kind. Und das ist, glaube ich jetzt, was schon die besondere Herausforderung mit geistig Behinderten ist. Dass man so in dem, ich denke, in dem Ausmaß - also, dass das so auseinander klafft, das nicht findet bei normal Begabten.
- 47 #00:24:22-9# Interviewer: Okay. Was ist Ihrer Meinung nach das, also, warum ist gerade die Personenzentrierte Spieltherapie, Ihrer Meinung nach, geeignet für diese Kinder? Also, wenn wir jetzt nur auf das Personenzentrierte schauen. Warum, glauben Sie, ist das speziell geeignet?
- 48 #00:24:39-8# Befragter: Also, ich glaube, dass das wirklich sehr geeignet ist, aus folgendem Grund: Weil das sind ja in der Regel alles Kinder, aber wir haben ja hier ganz viele an der Schule, die ja eigentlich erst einmal so, wie sie sind, nicht genügen, sondern die von vorne bis hinten gefördert werden. Die immer da besser werden müssen, dort und hier noch etwas lernen. Dass man eigentlich immer erst, wie soll ich sagen, also, erst mit ihnen zufrieden sind, wenn sie nicht so sind, wie sie sind, sondern besser oder vielleicht viel besser, wie sie gar nicht werden können. Und da habe ich schon häufig das Gefühl, dass das für die hier wie - also, einfach nur einmal hier zu sein und einfach einmal zu kucken: „Ja, was will ich? Was bin ich?“. Also, das ist für

die eine ganz große Entlastung schon einmal so. Und, also gut, also gerade so in Kontrast eben zu dem, was sie sonst erleben.

- 49 #00:25:24-8# Interviewer: Ich glaube, es wird auch sehr viel für sie bestimmt und (Ja, ja!) sie werden ständig erzogen (Ja!). Und hier ist es dann halt, dass sie einmal Raum für sich haben und (Ja, genau!) so genommen werden, wie sie sind (Ja!) und nicht verbessert (Ja!) werden, sozusagen.
- 50 #00:25:40-6# Befragter: Und das ist mir auch ein wichtiges Anliegen, dass sie selber so - gerade auch bei Jugendlichen, selber irgendwie eine Meinung dazu bilden und - aber, ich glaube, dass ich manchmal eher die Tendenz habe vielleicht, diese dann zu überschätzen. Also, es ist mir einfach so wichtig, weil ich denke, die werden so viel - jeder denkt immer, was da jetzt noch gut für sie wäre. Und das ist ja auch in viele Punkten richtig, aber einfach und nicht immer und ...
- 51 #00:26:06-1# Interviewer: Gut. Und was spielt Ihrer Meinung nach die wichtigste Rolle in der Personenzentrierten Spieltherapie bei diesen Kindern? Also, gibt es da irgendetwas, wo Sie sagen, das ist ganz wichtig in der Spieltherapie mit diesen Kindern?
- 52 #00:26:27-7# Befragter: (Lachen) Was soll ich sagen?
- 53 #00:26:31-0# Interviewer: Auch so individuell wie, sozusagen, wie bei Kindern, die normal begabt sind?
- 54 #00:26:58-2# Befragter: Hm! Das kann ich jetzt, also, was jetzt darüber hinaus geht, was wir bisher gesagt haben, fällt mir jetzt nichts ein.
- 55 #00:27:12-6# Interviewer: Okay, gut. Gut, jetzt habe ich nur noch ein paar Fragen, die mich persönlich interessieren. Ich weiß nicht, ob es irgendwie für die Diplomarbeit so wichtig (Ja!) ist, aber mich interessiert es sehr und zwar habe ich irrsinnige Schwierigkeiten gehabt zu diesem Thema Literatur zu finden und auch personenzentrierte, eben Psychotherapeuten, die mit diesen Kindern arbeiten. Und ich würde gerne von Ihnen wissen, warum Sie glauben, dass das so ist! Also, dass dann

nicht so viel Angebot da ist?

56 #00:27:41-5# Befragter: Also, in meiner Ausbildung hat das überhaupt keine Rolle gespielt auch. Ich wäre damit auch nicht konfrontiert worden, wenn ich nicht in der Schule arbeiten würde. Und ich denke, Sie sind wahrscheinlich auch am ehesten in Institutionen fündig geworden, die sich (Ja!) halt auch speziell damit auseinandersetzen. Eben, weil das Klientel da ist. Ja, also, ich weiß, dass das ein großes, also, dass das - aber das betrifft jetzt nicht nur geistig behinderte Kinder. Ich habe neulich erst in dem, also, in diesem Journal da von unserem Berufsverband gelesen, es gibt noch so ein paar, sage ich jetzt einmal, Gruppierungen, wo es auch bei niedergelassenen Ärzten, also, Psychotherapeuten fast, die da auch kaum Platz finden. Zum Teil wird es halt dann abgedeckt, schon einfach auch institutionell. Und ich glaube einfach auch, dass das die, wie soll ich sagen, also, es macht vielleicht auch nicht so viel aus letztendlich. Es gibt gar nicht so viele und dann ist es schon auch so, ja, das Interesse ist vielleicht auch nicht so groß, könnte ich mir denken. Ist vielleicht nicht so spannend. Und ich glaube auch, dass der Respekt einfach groß ist. Ich denke, wenn man keinen Umgang mit geistig Behinderten hat, ist auch die Vorstellung relativ, wie soll ich sagen, diffus. Aber es ist überhaupt eigentlich keine da. Und ich denke, ich würde jetzt auch, wenn ich niedergelassener Therapeut bin und mich jetzt in einem bestimmten Feld, also, überhaupt gar nicht auskennen, würde ich da, glaube ich, auch eher vorsichtig sein einfach. Und ich denke ein üblicher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat damit keine Berührung und insofern kann ich das nachvollziehen, dass die dann auch, ja, da jetzt einfach mit Respekt, mit Vorsicht heran gehen.

57 #00:29:31-1# Interviewer: Okay. Also, in der Ausbildung ist das auch ...

58 #00:29:34-6# Befragter: (unterbricht) Überhaupt keine Rolle, keine, gar keine! Da waren einmal Jugendliche einmal so und, aber gut, ich war insgesamt mit meiner Ausbildung einfach auch nicht so zufrieden! Aber das hat keine Rolle - und ich musste da sehr suchen, so, wo ich speziell auch überhaupt Therapie mit geistig Behinderten auch. Dann macht ja die VT macht da einiges und das sind für mich zum Teil so Rabiathmethoden, da ... ups, Schluck (Lachen)! Das ist jetzt nicht - gibt es sicher auch Fälle, wo auch so etwas leicht notwendig sein kann, aber das ist wirklich, man muss da wirklich kucken. Gibt nicht viel!

- 59 #00:30:05-6# Interviewer: Würden Sie denken, dass es gut wäre, wenn das auch in der Ausbildung behandelt werden würde? Also, dieses Thema?
- 60 #00:30:11-5# Befragter: Also, ich weiß, dass es, dass solche Kinder und Jugendliche auf dem freien Markt kaum Therapieplätze finden jetzt, das ist mir schon klar. Aber das ist die Frage, ob das halt nicht nur so ein, wie soll ich sagen, so eine einmalige Fortbildung, also, wenn man da einmal jetzt einen Tag oder eineinhalb davon hört, ob das jetzt wirklich ausreicht. Was das bringen würde. Ich glaube es ist schon - oder für mich einfach auch hilfreich, dass ich einfach die Kinder und Jugendlichen hier kenne. Und ich mache ja auch so Videoarbeit, also, ich habe einfach auch in anderen Bereichen mit ihnen zu tun und kann sie einfach besser dadurch, glaube ich, einschätzen.
- 61 #00:30:47-1# Interviewer: Ja! Die Frage hat sich deswegen für mich gestellt, weil alle Bücher, die ich bis jetzt gelesen habe, über Menschen mit geistiger Behinderung - es steht immer drinnen, dass sie drei- bis viermal häufiger an psychischen Störungen leiden (Ja!). Eben, wegen ihrem sozialen Umfeld und mit ihrem Leben halt und ...
- 62 #00:31:02-2# Befragter: Nicht einfach die Möglichkeit vielleicht einfach haben, Dinge zu lösen und zu kompensieren. Ja, das müsste man vielleicht schon noch einmal sagen.
- 63 #00:31:10-5# Interviewer: Und das ist eben, genau deswegen finde ich es schade, dass es dann so wenig Angebote für sie gibt (Ja, ja!). Und auch gerade für Kinder, weil ich mir denke, wenn man schon früher eingreift vielleicht und auch mit den Eltern mehr zusammen arbeitet, dass sich das, dass man das ein bisschen abdämpfen kann, im Prinzip (Ja!) für später. Und deswegen hat sich für mich die Frage gestellt, weil man liest halt immer, die haben halt so viele Probleme und das und psychische Störungen und all das mögliche und ich denke mir dann - und dann gibt es aber nicht wirklich so viele Ansprechpartner.
- 64 #00:31:39-7# Befragter: Nein, das stimmt. Also, besonders, wenn sie aus der Schule heraus kommen. Ich denke in der Schule ist das noch vielleicht eher, aber danach. Und die haben einfach noch einmal bestimmte Herausforderungen. Das kriege ich jetzt schon auch mit. Also, gerade, wenn sie so in die Pubertät kommen und so ein Bedürfnis

einfach auch haben nach - also, wo es um die Ablösung eigentlich geht. Das ist ein riesen Konflikt gerade, wenn die auch noch irgendwelchen Pflegebedarf haben einfach. Einerseits diese notwendige Nähe dann zu den Eltern über diese Pflege und gleichzeitig diese Ablösungsbedürfnisse und aber auch wenig Möglichkeiten, also, jetzt - ich habe hier eine, die ist geistig behindert und körperlich behindert. Also, jetzt geistig eigentlich gar nicht, also, die ist eine sehr fitte. Aber für die jetzt einfach im Freizeitbereich jetzt irgendwelche Angebote zu finden, die für sie passend sind, wo sie die Möglichkeit hat, wie jeder andere Jugendliche auch so heraus zu gehen, andere Jungs, Mädchen kennenzulernen und da ist einfach an Strukturen her, ist das schon noch extrem schwer. Und es ist gerade, wenn die so Jugendliche werden ganz groß. Also, da könnte man - also, Therapie, sage ich jetzt einmal, ist ein Zugang, und aber dann auch, ich weiß jetzt nicht wie diese Onglosionsbewegung, ob da mehr in die Gänge kommt. Also, das ist wirklich, für die Orte zu finden, wo sie jetzt ihre Freizeit einfach auch jetzt losgelöst von den Eltern, altersgemäß verbringen können, ist ganz schwierig. Wirklich schwierig, das ist ...

65 #00:32:59-3# Interviewer: Ja! Finde ich eben auch. Und, also, im Prinzip hätten Sie es sich nicht selber ausgesucht, weil die nächste Frage wäre eben gewesen, was der Grund dafür war, dass Sie sich dazu entschlossen haben, mit diesen Kindern zu arbeiten, aber im Prinzip ...

66 #00:33:13-2# Befragter: Hat sich das auch ergeben. Ja, hat es sich ergeben.

67 #00:33:15-8# Interviewer: Okay. Also, speziell mit diesen Kindern hatten Sie nicht vor zu arbeiten, sozusagen?

68 #00:33:22-4# Befragter: Also, im Vorfeld nicht, nein!

69 #00:33:24-9# Interviewer: Okay. Gut, das war es dann eigentlich (Ja? Okay.). Wenn Sie noch irgendwelche Kommentare haben, können Sie es jetzt noch sagen. Irgendetwas, was Ihnen noch einfällt.

70 #00:33:38-0# Befragter: Nein, das ist jetzt gut.

71 #00:33:38-7# Interviewer: Okay!

T.E.:

- 1 Interviewer: Gut. Also, zum Therapieverlauf hätte ich die Frage, was die Hauptgründe dafür sind, dass die Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie kommen oder gekommen sind bis jetzt?
- 2 #00:00:14-0# Befragter: Also, hauptsächlich Aggressionen. Sowohl Fremd- als auch Selbstaggressionen. Und Ängste. Wobei ich denke, es gibt wahrscheinlich auch ganz, ganz viele Depressionen. Aber die werden entweder nicht erkannt, weil das halt dann eher sehr schüchterne Kinder sind, die nicht auffallen und deswegen kommt es ein bisschen unter den Tisch. Und die, die so nach außen gehen und halt aggressiv sind, die sind für die Gruppe oder für die Familien mehr eine Belastung und da sucht man auch schneller. Aber so hauptsächlich Ängste und Aggressionen.
- 3 #00:00:52-7# Interviewer: Ängste und Aggressionen? (Interviewer bejaht) Okay. Und müssen die Kinder irgendwelche Voraussetzungen erfüllen (Nein!), das heißt irgendwie - also, ist es egal was für ein Grad der Behinderung sie haben oder sprachlich, wenn sie auch nicht so fortgeschritten sind? Ist es egal?
- 4 #00:01:08-4# Befragter: Das ist ganz egal. Also, das Einzige, dass ein Problem sein könnte ist, wenn man einfach da mit dem Rollstuhl hinunter muss, ja. Das sind drei Stufen.
- 5 #00:01:17-5# Interviewer: Okay, aber sonst ...
- 6 #00:01:17-7# Befragter: (unterbricht) Aber das war bis jetzt auch nie wirklich so ein Problem.
- 7 #00:01:21-3# Interviewer: Also, gar keine Voraussetzungen?
- 8 #00:01:23-0# Befragter: Genau! Also, ich arbeite auch mit non-verbalen Kindern, weil ich eben von den basalen Förderklassen da Erfahrung habe.

- 9 #00:01:29-7# Interviewer: Okay. Und unterscheidet sich eine Spieltherapie mit einem Kind mit geistiger Behinderung zu einer Spieltherapie mit einem Kind ohne Behinderung? Wenn ja oder nein, auf welche Weise (Lachen)?
- 10 #00:01:43-0# Befragter: Das ist ein bisschen komplex (Lachen), die Frage. Naja, ich denke mir, es geht - erstens geht es darum, in welchem Grad der intellektuellen Behinderung ist das Kind, ja. Also, wenn das eine Lernbehinderung ist, ist das anders als wirklich eine sehr schwere intellektuelle Behinderung. Da unterscheidet es sich natürlich auch mit den Materialien. Das heißt, man muss vom Materialangebot wahrscheinlich viel breiter gefächert sein, weil einfach sehr viel - also, ich habe auch dann immer wieder Sinnesmaterialien mit und zum Spüren und Fühlen und so, um so an die Emotionen besser heran zu kommen. Ja, alleine deshalb unterscheidet es sich auf jeden Fall, weil, also, bei den Kindern mit intellektueller Behinderung sind, zum Beispiel, viel weniger so Regelspiele oder so. Diese, weiß ich nicht, „Verrücktes Labyrinth“ oder „Abalone“ oder so, wo man viel denken muss, die sehr komplex sind, das ist eher weniger. Es unterscheidet sich nicht im Zugang! Das heißt, so die Art des Zugangs ist - da ist es egal jetzt für mich, ob das Kind intellektuell behindert ist oder nicht. Weil da geht es einfach um das Kind und was es mitbringt, ja. Es unterscheidet sich manchmal in der Ausdrucksweise. Eben, wenn irgendwie so die verbale Sprache nicht so gegeben ist. Dass man halt ein bisschen anders - auf etwas anderes zurückgreifen muss beim Spiegeln oder so. Ja! Also, so in manchen Bereichen schon, aber hauptsächlich in dem was ich zur Verfügung stellen muss, um diesen Ausdruck zu gewährleisten. Aber für mich eigentlich nicht im Zugang oder in der Grundhaltung.
- 11 #00:03:41-1# Interviewer: Und wie - ist der Ablauf auch eigentlich gleich? Und von der Länge her auch, von der Zeit her auch gleich?
- 12 #00:03:46-8# Befragter: Das kommt auf das Kind an! Aber das ist auch bei Erwachsenen mit intellektueller Behinderung und - oder bei älteren Menschen, dass man einfach schauen muss, ist es gescheit 50 Minuten zu machen, ja. Also, bei sehr überaktiven Kindern ist es gut einfach kürzer einzusteigen und wenn es geht, dann einfach zu verlängern. Oder vielleicht bei ganz, ganz schüchternen habe ich am Anfang schon zwei, drei Mal mit irgendwie Bezugspersonen gemeinsam gearbeitet. Bis die Sicherheit da ist. Das muss man ganz individuell machen. Aber ich habe auch bei

Kindern ohne Behinderung - ist es auch so, ja. Also, da kommt es wirklich auf das Kind an. Und meistens, nach zwei, drei Mal, wenn die Sicherheit da ist, dass irgendwie ihnen nichts passiert. Bei den - was schon mehr ist bei Kindern mit intellektueller Behinderung ist, dass was sie schon erlebt haben an so traumatischen Krankheitserfahrungen, ja. Und deswegen, also, irgendwie so dieses: „Ja, da muss ich dort hin und da passiert etwas!“, das ist ein bisschen mehr noch angstbesetzt oft, kommt mir vor.

- 13 #00:04:56-5# Interviewer: Okay. Und reduzieren Sie da das Spielmaterial auch? Oder würden Sie sagen, dass Sie da ...
- 14 #00:05:04-4# Befragter: (unterbricht) Naja, bei Kindern mit Wahrnehmungsproblemen kann es sein, dass ich manchmal etwas reduziere. Weil es einfach zu viel wird einfach, um das aufzunehmen, ja. Grundsätzlich nicht, aber manchmal bei Kindern mit Wahrnehmungsproblemen schon, weil es nichts bringt, wenn die dann einfach nur die ganze Zeit herum fetzen und ja. Da muss man einfach dann wirklich gezielt schauen, „Okay, was brauchen die jetzt?“, ja.
- 15 #00:05:36-2# Interviewer: Okay, gut. Und haben Sie im Verlauf der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung irgendwelche speziellen Probleme, besondere Probleme gehabt? Also, sind die irgendwie aufgetreten oder haben Sie ... sind Sie an irgendwelche Grenzen gestoßen? Wo Sie sagen bei anderen Kindern, also ohne Behinderung, wäre das - war das noch nicht so der Fall?
- 16 #00:06:01-6# Befragter: Also, jetzt in Bezug auf die Behinderung nicht. Aber ich arbeite einfach seit 20 Jahren mit Menschen mit intellektueller Behinderung (Lachen). Das ist irgendwie normal, ja. Die Probleme sind eher so von Settings, von den Rahmenbedingungen her. Dass irgendwie, weiß ich nicht, Erzieher wissen wollen ganz genau, was da passiert oder mir sagen wollen, was da zu geschehen hat, weil einfach das Verhalten nicht mehr in der Gruppe tolerabel ist. Oder, eben so Sachen wie Verschwiegenheit, ja. Wie bringt man - wie bespricht man mit wem, der irgendwie nicht seine verbale Sprache hat, was ich jetzt weitersagen darf oder was das Kind will, das ich weitersage und was nicht. Und das sind eher die Probleme dann, ja.

- 17 #00:06:53-4# Interviewer: Also, eher die Rahmenbedingungen?
- 18 #00:06:54-6# Befragter: Die Rahmenbedingungen, ja!
- 19 #00:06:57-0# Interviewer: Okay.
- 20 #00:06:58-2# Befragter: Oder wie weit ist die Therapie gewährleistet von der Finanzierung her oder wie geht das, dass das Kind hergebracht wird, wenn im (unverständlich) gerade alle im Krankenstand sind, ja. Also, eher solche Sachen. Und die wirken sich dann auch auf das Kind aus, weil es kriegt es ja mit, ja. Und dann wird es ein bisschen schwieriger.
- 21 #00:07:19-8# Interviewer: Ja, okay.
- 22 #00:07:21-1# Befragter: Aber so von der Behinderung selber ...
- 23 #00:07:25-0# Interviewer: Und von der Therapie her auch nicht, irgendwie ...
- 24 #00:07:26-4# Befragter: Auch nicht, nein. Also, ich sehe auch den Verlauf nicht so viel anders wie mit einem anderen Kind, ja. Ich denke es geht darum irgendwie da einfach so die Aktualisierungstendenz ein bisschen heraus zu holen, ja. Und ob das Kind jetzt eine Behinderung hat oder nicht, ja, es sind wirklich so Rahmenbedingungen eher für mich.
- 25 #00:07:50-9# Interviewer: Okay. Und das wirkt sich natürlich auch auf das Kind aus.
- 26 #00:07:53-6# Befragter: Das wirkt sich auf das Kind aus, ja. Es ist halt bei Menschen mit ganz, ganz schwerer intellektueller Behinderung, wo man wirklich einfach so prätherapeutisch ein bisschen etwas tut. Und da unterscheidet es sich dann in der Intervention schon, ja. Weil es dann einfach nicht mehr so dieses personenzentrierte Agieren ist, sondern ein bisschen mehr mit einem Ablauf oder nach einem Schema, das man so ein bisschen im Kopf hat. Aber sonst ...
- 27 #00:08:22-2# Interviewer: Okay.

- 28 #00:08:24-4# Befragter: Und es dauert länger! Das ist vielleicht schon ein Unterschied mehr.
- 29 #00:08:27-3# Interviewer: Ja, also die Therapie generell?
- 30 #00:08:28-1# Befragter: Die Therapien im Generellen dauern länger.
- 31 #00:08:31-7# Interviewer: Und warum ist das so, würden Sie sagen, dass die Therapien länger dauern?
- 32 #00:08:37-0# Befragter: Einerseits weil die Kinder viel mehr eben traumatische Sachen erlebt haben. Viel mehr da ist, aufzuarbeiten. Weil es in ganz kleinen Schritten geht. Also, so vom Gefühl her sind das eher so längere Sachen. Weil es auch bei Menschen mit Behinderungen ja oft wirklich um Bezugspersonen geht, ja. Und wenn da irgendetwas da ist, eine Verbindung, ist es auch irgendwie auch schwieriger, das dann sein zu lassen. Es dauert - der Abschied dauert einfach dann auch ein bisschen länger.
- 33 #00:09:11-5# Interviewer: Okay. Und welche Rolle spielt, Ihrer Meinung nach, die Beziehung in der Therapie? Also, die Beziehung zwischen Klient und Therapeut?
- 34 #00:09:21-5# Befragter: Ja, ganz eine wichtige!
- 35 #00:09:24-3# Interviewer: Also, eigentlich, nehme ich an, gleich wie ...
- 36 #00:09:26-7# Befragter: (unterbricht) Wenn die Beziehung nicht geht oder nicht stimmt, kann man die Therapie eh vergessen, ja.
- 37 #00:09:31-9# Interviewer: Okay. Und die Bezugspersonen bzw. die Eltern, was spielen die für eine Rolle? Also, unterscheidet sich das zu einer anderen Therapie, also, mit einem Kind ohne Behinderung, oder ist das ...
- 38 #00:09:43-4# Befragter: Naja, meistens - ich meine, es ist ein Klischee, ja, das eigentlich nicht sehr gut ist, aber es stimmt leider meistens - ist, dass die Eltern einfach

dadurch, was sie schon erlebt haben mit dem Kind, sehr oft irrsinnige Ängste haben einerseits, das ganz schwer loslassen können, einfach selber irrsinnig viel mitbringen. Und die Elternarbeit einfach viel intensiver, noch intensiver ist, ja. Also, da ist es dann oft schwierig zu sagen: „Okay, das ist jetzt aber die Therapie mit dem Kind!“ und die Eltern müssen wir halt irgendwie anders - schauen, dass man für die etwas findet, ja. Da ist oft ganz viel an Belastung und an Trauerarbeit noch da und dann, ja, Gekränktheit und ja.

39 #00:10:38-4# Interviewer: Ja, okay.

40 #00:10:40-4# Befragter: Eher solche Sachen.

41 #00:10:40-4# Interviewer: Okay. Und, jetzt in Bezug auf die Hauptgründe, also, was Sie gesagt haben, hauptsächlich die Aggressionen und so, haben Sie da feststellen können, dass es nach der Therapie eine Verbesserung gegeben hat in dem? Oder auch in anderen Bereichen irgendwelche Verbesserungen gegeben hat? Was Sie gehört haben jetzt von Bezugspersonen auch?

42 #00:11:01-1# Befragter: Ja, das kommt auf - das kommt auch auf das Kind an. Meistens gibt es ganz schnell, gerade so bei Aggressionen oder so, Verbesserungen. Oft kommt es auch einmal zu einer Verstärkung des Symptoms, aber das ist bei allen Kindern irgendwie auch so, ja. Und dann ist irgendwie auch wichtig so diesen Sprung zu bekommen, da nicht aufhören zu müssen. Weil wenn das Symptom weg ist, dann ist es meistens so: „Ja, jetzt geht es eh wieder und jetzt können wir wieder zur Tagesordnung übergehen“. Aber dann kommen oft erst so ganz, ganz viele Sachen so eben hinten nach noch, wieso es überhaupt zu dem Symptom gekommen ist. Es ist ja oft nur so die Spitze und da ist ja ganz viel passiert vorher. Und manchmal ist es auch gut, wenn man mit den Erziehern oder so wirklich redet und schaut, dass man in der Gruppe irgendetwas verändert. Also, so die Position des Kindes in der Gruppe ein bisschen irgendwie ändert und schaut, dass es halt Aufgaben kriegt und solche Sachen, ja. Also, einfach wirklich die Pädagogik auch ein bisschen da hinein zu bringen.

43 #00:12:08-0# Interviewer: Ja, okay. Auch, also, in Zusammenarbeit mit den Erziehern!?

- 44 #00:12:10-7# Befragter: Genau! Und da ist halt wieder die Frage: „Okay, wo ist die Schweigepflicht?“, ja. Wie viel braucht das Kind auch, damit sich etwas ändert? Dass man halt Transparenz hat. Aber wo muss man wirklich diesen geschützten Rahmen auch schützen, ja.
- 45 #00:12:27-9# Interviewer: Okay. Und haben Sie jemals andere Methoden in die Personenzentrierte Spieltherapie mit einfließen lassen? Das heißt, jetzt nicht nur nach Axline, wie es halt so steht, sondern auch einmal andere Sachen mit einfließen lassen, die jetzt nicht 100 prozentig personenzentriert sind?
- 46 #00:12:48-8# Befragter: Also, wenn ich daran denke so etwas zu tun, dann ist es immer ein Zeichen, dass da irgendetwas ist (Lachen). Also, wenn ich - es muss jetzt gar nicht bei behinderten Kindern sein, ja. Wenn ich irgendwie das Gefühl habe, ich komme da jetzt nicht weiter und ich schau mir jetzt irgendwelche verhaltenstherapeutischen Interventionen an, dann weiß ich genau, so, jetzt muss ich in Supervision gehen, weil da hat es etwas anderes, ja.
- 47 #00:13:10-2# Interviewer: Okay!
- 48 #00:13:10-2# Befragter: Da stimmt es mit der Beziehung nicht oder da ist irgendetwas bei mir, wo ich nicht so offen sein kann. Oder irgendetwas ist da. Deswegen habe ich (Lachen) es dann immer sein lassen und eher geschaut, was der Grund ist dafür, ja.
- 49 #00:13:25-8# Interviewer: Okay. Also, haben Sie es nicht wirklich angewandt oder ...
- 50 #00:13:27-4# Befragter: Nein!
- 51 #00:13:28-6# Interviewer: Eher den Grund dafür gesucht (Genau!), warum Sie sich das überlegt haben. Okay, also, und was halten Sie generell von differentiellen Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie?
- 52 #00:13:38-8# Befragter: Es muss passen. Also, wenn es zur Person passt, ja, dann - und wenn es stimmig ist, dann ja, ist es okay, ja. Ich meine, was ich mir eher noch vorstellen könnte, wäre so ein bisschen in Richtung, weiß ich nicht, Hypnose oder so, ja.

Oder, na, wie heißt das jetzt? Jetzt fällt mir der Name nicht ein! Dieses, wie heißt es denn, dieses Tagträumen? Nicht Hypnose, sondern das andere? (Lachen) Weiß ich nicht, fällt mir nicht ein, aber so mit Bildern zu arbeiten oder mit Entspannungsmethoden auch so, ja. Das könnte ich mir bei manchen Kindern vorstellen, das einzubauen. Aber die wollten dann irgendwie nicht. Also, ich denke mir, es muss wirklich passen und stimmig sein, dann kann man es auch so rüber bringen, dass es etwas bringt. Für mich passt es nicht!

53 #00:14:46-7# Interviewer: Okay. Also, Sie würden das nicht ...

54 #00:14:48-4# Befragter: (unterbricht) Das wäre nicht kongruent, ja. Das würde irgendwie aufgesetzt sein und dann würde es nichts bringen.

55 #00:14:55-6# Interviewer: Okay, okay. Und welche Rolle kommt der Nicht-Direktivität in der Therapie zu? Also, sind Sie da komplett nicht-direktiv in der Therapie mit diesen Kindern oder ...

56 #00:15:06-3# Befragter: So wie mit anderen auch. Also, es gibt Regeln und Grenzen. Das heißt, es darf, also, darf nichts mutwillig kaputt gemacht werden und es dürfen keine Personen verletzt werden und, weiß nicht, die Kinder dürfen nicht auf die Straße rennen und so etwas, ja. Aber innerhalb der Regeln ist es einfach das Kind, das entscheidet. Und die suchen sich das eh. Ich denke mir, dass ist immer so ein Begleiten, ja. Manchmal wenn, weiß ich nicht, also, das war auch ein nicht-behindertes Kind, der hat ein Jahr lang nur „Uno“ gespielt, sonst gar nichts gemacht, ja. Da versuche ich irgendwie so ein bisschen abzuwandeln und ein bisschen zu schauen, ob man nicht irgendwie etwas ausbauen könnte. Aber, also grundsätzlich, grundsätzlich eher wirklich so zu schauen, was steckt dahinter, was will das Kind ausdrücken. Vielleicht, dass ich manchmal mit den Materialien in Richtung Direktivität gehe, dass ich halt manches nach vor räume oder so, ja. Halt am Schreibtisch stelle oder ...

57 #00:16:13-7# Interviewer: Aber die Entscheidung bleibt trotzdem noch beim Kind?

58 #00:16:15-1# Befragter: Die Entscheidung bleibt beim Kind, aber dass ich so ein bisschen so subtil versuche da zu schauen, ob er das nicht - ob es das Kind nicht das

nehmen will, ja. Was vielleicht gerade passen könnte.

- 59 #00:16:28-2# Interviewer: Okay. Und Sie spielen schon mit den Kindern zusammen oder ist es eher, dass Sie eher beobachten, zuschauen?
- 60 #00:16:37-1# Befragter: Na, es kommt auf das Kind an. (Telefon vibriert. Ich frage nach, ob es meines ist. Therapeutin verneint, dass es ihres sei; Lachen) Es kommt auf das Kind an. Also, bei manchen ist es gut einfach daneben zu sitzen und zu kommentieren. Manche sagen: „Ja, du bist der und du spielst jetzt mit!“.
- 61 #00:16:55-4# Interviewer: Da sagt man auch nicht: „Nein!“.
- 62 #00:16:55-4# Befragter: Das ist eh klar, ja. Also, es kommt wirklich darauf an, was das Kind braucht oder will oder so.
- 63 #00:17:05-2# Interviewer: Okay. Gut.
- 64 #00:17:10-2# Befragter: Und auch auf das Entwicklungsalter vom Kind auch.
- 65 #00:17:12-1# Interviewer: Ja! Also, bei den älteren ist es dann eher, dass man ...
- 66 #00:17:18-6# Befragter: Die wollen eher mehr so, weiß ich nicht, dann wirklich so einfache Regelspiele oder so.
- 67 #00:17:22-7# Interviewer: Okay. Gut. Und was halten Sie allgemein von Filialtherapie, jetzt im Bezug auf Kinder mit geistiger Behinderung?
- 68 #00:17:32-0# Befragter: Ich denke, dass es gut ist, wenn die Eltern wirklich schaffen das erst zu lösen, was sie da mitnehmen in Bezug auf die Behinderung. Und das ist, glaube ich, das Hauptproblem. Weil, also, mein Schwager und meine Schwägerin haben selber einen Sohn mit Down-Syndrom. Der ist mittlerweile 19. Und die arbeiten ihr ganzes Leben schon an diesem Thema und es kommt immer noch und bricht immer noch heraus, ja. Und da, denke ich mir, könnte es schwierig werden bei der Filialtherapie. Weil man dann, denke ich, sehr viel irgendwie unbewusst auf das Kind drüber stülpt. Noch mehr als bei einem nicht-behinderten Kind. Und weil da viel mehr

noch an Selbstvorwürfen sind und an Zweifel und an Schuldzuweisungen und so. So wirklich im Bezug auf die Behinderung. Auch wenn es dann begleitet wird und wenn das besprochen wird, aber da, ja, ich glaube da ist vorher schon sehr viel Arbeit nötig.

69 #00:18:40-2# Interviewer: Also, schon vorher damit man ...

70 #00:18:42-2# Befragter: (unterbricht) Bevor man irgendwie damit anfangt, ja.

71 #00:18:44-1# Interviewer: Und wie ist das mit anderen Bezugspersonen? Sagen wir einmal jetzt, die Erzieher in einem Heim oder ...

72 #00:18:48-8# Befragter: Naja, das ist spannend, weil das hätte ich mir überlegt einmal so ein Projekt zu machen, ja. Das mit den Bezugsbetreuern so in Richtung Filialtherapie, weil ich mir gedacht habe, das muss für die Klienten irgendwie gut sein. Dass die wirklich auch einen Ort und einen Zeitpunkt und einen Platz kriegen. Ja, das wäre spannend! Es sind nur die Heime - sind ein bisschen vorsichtig. Ja, man müsste einfach wieder mehr Druck dahinter machen, aber so grundsätzlich, glaube ich, wäre es spannend, ja. Das müsste man sich einmal anschauen.

73 #00:19:31-2# Interviewer: Ja, ich denke mir, dass ist irgendwie eine gute Idee, weil auch wenn jetzt die Kinder in Therapie kommen, in Spieltherapie und dann irgendwie nachhause kommen, oder wo immer sie auch leben und dann ist es wieder komplett anders (Genau!). Ich denke mir, da ist es ganz gut, wenn man dort das auch (Genau!) ein bisschen weiterführen kann. Dass das ganz gut ist für das Kind.

74 #00:19:49-1# Befragter: Aber, ich glaube die Institutionen scheuen sich jetzt vor diesem Einführungsding, ja. Weil die Mitarbeiter ja ein bisschen geschult werden müssen. Und das muss ja bezahlt werden. Und die Bezugsbetreuerstunden werden grundsätzlich sowieso überall gekürzt. Und das ist, glaube ich, eher das, wo es ein bisschen hapert.

75 #00:20:11-1# Interviewer: Okay. Also, eher was das Finanzielle angeht das Problem? (Befragter bejaht) Okay. Gut. Was sind, Ihrer Meinung nach, die Besonderheiten in der Spieltherapie mit Kindern mit geistiger Behinderung? Also, gibt es ...

- 76 #00:20:26-7# Befragter: (unterbricht) Das so ganz viele Entwicklungsalter einfach da sind. Also, es kommen Kinder mit einem Entwicklungsalter von, weiß ich nicht, zwei Jahren und dann hinauf, je nach Grad der Behinderung. Und dass man da sich sehr einstellen muss und da schauen muss, okay, wo steht jetzt das Kind wirklich, ja. Also, dass ich nicht von einem achtjährigen Kind unbedingt so schließen kann darauf, dass das jetzt irgendwie in dem Alter irgendwie sich entwickelt hat. Vor allem von den Emotionen her. Kann man bei einem anderen auch nicht so. Bei einem Kind mit intellektueller Behinderung braucht es noch mehr zu schauen, wo steht es jetzt wirklich, ja. Und das ist eines der Besonderheiten für mich. Dass die Spannbreite noch viel größer ist.
- 77 #00:21:14-6# Interviewer: Ja, okay.
- 78 #00:21:17-8# Befragter: Und auch mit Körperbehinderungen, das natürlich auch, ja. Da umzugehen und da zu schauen, wie geht man mit den Handicaps um. Aber das gehört wieder so eher mehr zum Setting.
- 79 #00:21:32-0# Interviewer: Okay. Und was spielt, Ihrer Meinung nach, die wichtigste Rolle in der Personenzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit geistiger Behinderung?
- 80 #00:21:39-9# Befragter: (Lachen) Da gehört die Frage: Was ist wichtiger? Die Empathie oder die Kongruenz (Lachen)? Na, ich glaube, was einmal das Hauptding ist, ist diese Art von Beziehung, die aufgebaut werden kann. Das ist für Kinder mit intellektueller Behinderung ganz, ganz selten ist, dass sie wirklich eine Beziehung bekommen, wo sie völlig akzeptiert werden, egal mit welcher Beeinträchtigung oder so wie sie da auftauchen. Und dieses Akzeptiert-Werden alleine ist, glaube ich, schon so heilsam, dass das einfach ganz, ganz viel in Gang setzt, ja. Dieses „Ja, es ist okay, wie du bist und es ist okay, was du mitnimmst und ich bin jetzt völlig da, diese Stunde für dich oder die Zeit, die wir haben!“. Alleine das bringt schon so viel und es bringt so viel an Sicherheit und das setzt irgendwie ganz viel in Gang, ja. Also, dieses völlige Akzeptieren des Kindes mit allem, was es mitbringt.

- 81 #00:22:49-1# Interviewer: Danke ich mir eben auch, weil die werden, glaube ich, hauptsächlich nur gefördert, gefördert, gefördert und das wird halt an dem gearbeitet, was sie nicht können.
- 82 #00:22:58-2# Befragter: Und eher so mehr wirklich an den Ressourcen. Auch auf die Ressourcen zu schauen, ja.
- 83 #00:23:04-1# Interviewer: Ja. Auf das schauen, was sie können.
- 84 #00:23:05-6# Befragter: Genau!
- 85 #00:23:06-6# Interviewer: Ja. Okay! Und was ist, Ihrer Meinung nach, oder was zeichnet die Personenzentrierte Spieltherapie bei diesen Kindern aus. Also, was würden Sie sagen, warum ist es für diese Kinder besonders geeignet?
- 86 #00:23:21-6# Befragter: Jetzt das Personenzentrierte oder überhaupt?
- 87 #00:23:24-0# Interviewer: Ja, das Personenzentrierte! Also, die Spieltherapie!
- 88 #00:23:26-8# Befragter: Weil ich denke, also, so wie, weiß ich nicht, Verhaltenstherapeuten gibt es ja relativ viele auch, die mit so Kindern arbeiten. Und das ist für mich eher Richtung Pädagogik, ja. Weil da gibt es halt ein Programm und das wird durchgezogen. Aber so dieses einmal Sein zu dürfen und zu dürfen, was halt jetzt gerade da ist und Sache ist und wichtig ist. Das, glaube ich, gibt es sonst einfach nicht. Und das ist das, was es auszeichnet, ja. Und was ja immer wieder eine Debatte ist, ist wo hört die Pädagogik auf und wo fängt die Therapie an? Und gerade bei Kinder, die mit irgendwie körperlichen oder intellektuellen Behinderungen, ja - egal, auch wenn sie sagen, sie möchten da irgendetwas essen oder so, ja, inwieweit muss ich jetzt schauen, dass ich irgendwelche Fördermaßnahmen einsetzte oder wie weit darf ich ihnen beim Essen helfen und es ist mir wurscht, ob sie das eh alleine könnten. Das spielt auch schon mehr hinein, als bei anderen Kindern. Und so dieser Pädagogik-Psychotherapie-Konflikt. Aber grundsätzlich, glaube ich, ist es wirklich dieses Raum-Geben. Raum-Geben und annehmen alles, was kommt und jetzt nicht nur unbedingt zu schauen, ein Symptom weg zu therapieren. Sondern einfach da zu sein, ja. Es kommt eh

das, was kommt, ja. Und das ist sonst eher, glaube ich, so ein bisschen - also, das unterstelle ich jetzt, ja, dass es eher so darum geht, die Symptome weg zu therapieren, ja.

- 89 #00:25:03-7# Interviewer: Obwohl, eine Behinderung weg therapieren ist ...
- 90 #00:25:07-6# Befragter: (unterbricht) Nein, aber Aggression (Die Aggression, ja!) weg therapieren und nicht jetzt zu schauen, was grundsätzlich irgendwie da ist, ja. Und bei den Systemikern, ja, ist die Frage, weil gerade diese Kinder doch immer sehr eingebunden sind in Systemen, in Gruppen und Gemeinschaften und so. Und ich schon das Gefühl habe, ja die brauchen einfach für sich alleine auch etwas. Dieses so "Ich alleine!", diesen Ausnahmezustand fast ein bisschen, ja.
- 91 #00:25:35-2# Interviewer: Also, würden Sie ja dann auch lernen selbstständiger ein bisschen zu sein zumindest, weil ich glaube, dass sie auch sehr abhängig sind (Befragter bejaht) oder gemacht werden, weil sie halt immer umsorgt werden. Dass sie da einmal das lernen, dass man auch alleine ... ja. Gut. Und ja, im Prinzip waren das die Fragen für die Diplomarbeit. Ich habe noch ein paar, die mich persönlich interessieren. Obwohl, bis jetzt hat sich festgestellt, dass das auch für meine Diplomarbeit auch wichtig ist (Lachen). Für mich war es eben sehr schwer Literatur zu diesem Thema zu finden und eben auch Personenzentrierte PsychotherapeutInnen zu finden, die eben spieltherapeutisch mit diesen Kindern arbeiten. Und ich würde gerne von Ihnen wissen warum Sie glauben, dass das so ist (Lachen)?
- 92 #00:26:22-5# Befragter: Weil es erstens wenig Leute gibt, die überhaupt therapeutisch mit Menschen mit Behinderung arbeiten. Wobei ich denke, es fängt langsam an eh sich auch zu verändern. Mittlerweile ist es so, dass auch viele Institutionen keine Therapie mehr wollen für die Klienten, weil sie sagen, das dauert zu lange und es bringt zu wenig und es kostet zu viel. Aber das ist so wie ich es so ein bisschen in der SOP mitgekriegt habe, von denen, die so in Ausbildung sind und Praktika machen. Also, es liegt, glaube ich, nicht nur an den Therapeuten. Dann gibt es viel zu wenig Weiterbildungsmöglichkeiten bis gar keine. Und ich denke, wenn man nicht wirklich so hinein rutscht irgendwie über eine andere Schiene, kommt man auch nicht auf die Idee, ja. Also, ich kann mir schwer vorstellen, wenn ich irgendwie 20 Jahre nur mit

erwachsenen Klienten gearbeitet habe, dass ich dann plötzlich sage: „Ja, und jetzt möchte ich nur mehr mit Menschen oder auch mit Menschen mit intellektueller Behinderung arbeiten!“. Weil das braucht einfach Zeit, da hinein zu wachsen. Und da, ja, ich glaube, dass das oft bei vielen nicht gegeben ist, ja. Das sind irgendwie so ganz viele Facetten. Es gab jetzt von „Alpha Nova“ in Graz dieses große Symposium im Mai über Psychotherapie, wie hat das geheißen? „Alle auf die Couch“. Über Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Behinderung, aber sonst hat es schon lange nichts mehr gegeben. Es gibt irgendwie zu dem Thema nicht so viel und es sind immer die selben dort, die referieren. Ja, es kommt immer die Marlies Pörtner (Lachen). Es dreht sich so ein bisschen im Kreis alles.

- 93 #00:28:15-6# Interviewer: Und es geht hauptsächlich um Erwachsene, finde ich auch. Also, finde ich. Also, für Kinder speziell, finde ich, gibt es ...
- 94 #00:28:20-3# Befragter: (unterbricht) Das stimmt auch, ja!
- 95 #00:28:21-4# Interviewer: Also, da gibt es sehr wenig dazu.
- 96 #00:28:23-7# Befragter: Es gibt auch - also, ich habe gerade wirklich überlegt, es gibt, nein, es gibt nur Psychotherapien - ah, der Müller-Hohagen hat „Psychotherapie mit behinderten Kindern“. Aber über die Spieltherapie gibt es auch nichts, glaube ich.
- 97 #00:28:40-3# Interviewer: Es gibt aus den 60er und 70er Jahren - habe ich ein paar Sachen gefunden, aber sonst ist da, eben, es ist sehr mangelhaft, was man da findet und eben mich wundert es deswegen, weil wenn man die ganzen Bücher über geistige Behinderung liest, steht immer drinnen, dass eben die Erwachsenen hauptsächlich drei bis vier Mal häufiger an psychischen Störungen leiden. Und ich denke mir, wenn man da schon in der Kindheit ansetzen würde, dann mit den Eltern arbeiten würde, dass man das vielleicht verringern könnte, meiner Meinung nach. Deswegen finde ich es sehr schade, dass man sehr wenig dazu findet.
- 98 #00:29:16-2# Befragter: Naja, ich glaube bei Kindern ist es wirklich hauptsächlich diese ganzen Wahrnehmungstherapien und so im Vordergrund, ja. Und Physiotherapie und Logotherapie und so. Weil da einfach irgendwie so der Druck auch ist bei den

Eltern und Erzieher, ja die müssen jetzt irgendwie so physiotherapeutisch gut eingestellt werden und so. Und, also, Psychotherapie geht da ein bisschen unter, das glaube ich auch, ja.

99 #00:29:43-1# Interviewer: Weil es ist für die Kinder ja auch eigentlich, wie soll ich sagen, auch sehr belastend, glaube ich. Weil gerade in den ersten Jahren haben sie eben sehr viel zu bewältigen. Also, eben mit diesen ganzen Förderungen und so, denke ich mir ...

100 #00:29:56-5# Befragter: (unterbricht) Und die Eltern nehmen es auch selten an. Also, ich habe ganz lange als Frühförderin gearbeitet in Niederösterreich und wir haben immer wieder angeboten, so einfach Elterntreffen, ja. Wir haben es dann schon gar nicht mehr Gesprächsrunden genannt, sondern einfach nur Treffen zum Austausch. Und es ist irgendwie die Hemmschwelle riesengroß, ja. Also, es ist ganz, ganz schwierig. Was so ein bisschen geht ist das mit den Geschwisterkindern. Obwohl das in Deutschland auch da in Bremen viel besser läuft. In Bremen ist ja diese eine Institution. Haben Sie die gehört?

101 #00:30:37-6# Interviewer: Nein.

102 #00:30:36-5# Befragter: Vom „Lazarus Hilfswerk“, glaube ich. Die nur personenzentriert arbeiten. So nach diesem Senckel-Buch und ganz groß mit Werkstätten und Wohnheimen und so. Da könnte man schauen, ob die vielleicht auch mit Kindern so ein bisschen irgendwie in die Richtung tun. Aber sonst, es geht auch unter. Weil bei uns - gut okay, in den Sonderschulen sind halt vielleicht noch Psychagoginnen, die so arbeiten. Außerhalb der Schulen sind die ganzen anderen Arzttermine. In basalen Förderklassen, zum Beispiel, mit schwerst-behinderten Kindern ist gar nichts, ja. Die sind auch sehr strikt dagegen und blocken das auch ab, weil einfach dieses Körperliche so im Vordergrund ist, glaube ich, ja. Aber es stimmt, es ist schade!

103 #00:31:33-1# Interviewer: Eben! Deswegen hat es mich ja interessiert, weil ich dann auch gesehen habe, dass es so wenig dazu gibt. Da habe ich mir dann gedacht, ich schreibe einmal darüber (Lachen).

- 104 #00:31:40-3# Befragter: Na, weiterbildungsmäßig, glaube ich, sind wir sogar jetzt - na, ich glaube die APG hat hin und wieder etwas, aber die ladet die Senckel hin und wieder ein. Aber sonst gibt es ja nicht wirklich etwas, ja.
- 105 #00:31:52-9# Interviewer: Eben, also, über Erwachsene habe ich (Ja!) eigentlich ziemlich viel gefunden, aber bei Kindern, also, spieltherapeutisch eigentlich sehr wenig eigentlich, ja. Ja, und dann würde mich noch interessieren, ob das in Ihrer Ausbildung - in Ihrer personenzentrierten Ausbildung jemals thematisiert worden ist, das Thema? Also, Spieltherapie bei diesen Kindern? (Befragter verneint) Gar nicht?
- 106 #00:32:14-9# Befragter: Na, also, die XY war zwar schon immer in dem Bereich. Das heißt, ich habe bei ihr dann Supervision und so gemacht in der Ausbildung, wie ich in den Schulen noch gearbeitet habe. Und deswegen war es so intern Thema, ja. Beziehungsweise war halt dann bei der Senckel, wenn sie da war oder beim Prouty damals noch, da wurde zweimal etwas angeboten, aber definitiv Thema nie. Also, wir haben letztes Jahr angefangen Prä-Therapie als Thema zu machen. Aber ich weiß auch bei der Kinderpsychotherapieausbildung (Nichts!) ist es nicht. Bei den Weiterbildungen ist es drinnen, aber da ist im Moment auch ein bisschen Flaute nach der Nachfrage. Aber sonst ist gar nichts. Und bei den Institutionen, also, es ist wirklich eigenartig, dass die jetzt anfangen immer mehr, ja, das Geld hineinzustecken in - die Lehrer müssen ja so physiotherapeutisch mehr wissen und so, ja. Es ist - deswegen wäre das Blindeninstitut auch spannend. Die haben eine Arbeitsgruppe, die mit den Kindern jetzt am Nachmittag personenzentriert arbeitet. Dass sie da irgendwie versuchen den personenzentrierten Umgang und auch zum Teil prä-therapeutisch etwas zu machen und zu schauen, was verändert sich da, ja. Das ist ur spannend! Aber das ist auch die Frage, ob das jetzt weiter finanziert wird, ja. Also, da haben wir Weiterbildungen gemacht und Supervisionen gemacht auch und eben geschaut so, wie könnten wir, weiß ich nicht, Förderpläne anders schreiben. Wie könnten wir Ziele anders definieren, ja. Wo ist bei den Kindern - wo zeigt sich bei behinderten Kindern in welche Richtung die Aktualisierungstendenz geht, ja. So in ganz kleinen Schritten und da auf das einzugehen und nicht das, was ich mir einbilde, was der nächste Schritt sein muss und so. Und das ist spannend, weil da verschränkt sich Pädagogik und Spieltherapie so ein bisschen. Vielleicht wäre es gar nicht unspannend mit den Leuten dort auch einmal zu reden, ja. Da so irgendetwas so hinein zu nehmen. Aber ja, es ist die Frage, ob das

weiter finanziert wird. Also, im Moment ist wirklich so ... genau so wie bei den alten Menschen ist das selbe, ja, wo ganz, ganz viel Potenzial wäre, personenzentriert, aber es werden die Weiterbildungen nicht bezahlt, ja.

107 #00:34:55-4# Interviewer: Und Interesse ist aber schon da? Ist da ...

108 #00:34:59-3# Befragter: Es ist, naja, es gibt jetzt von der Literatur her, gibt es ganz viel personenzentrierte - und gerade mit alten Menschen. Und eine Kollegin von mir ist Leiterin von „Alzheimer Österreich“ und tut viel, aber es ist kein Geld da für Weiterbildungen. Wenn Weiterbildungen, dann, weiß ich nicht, Erste Hilfe und Wundversorgung und die Kubitusprophylaxe. Aber nicht so!

109 #00:35:22-1# Interviewer: Ja, okay. Und wie finden Sie das? (Schade!) Also, dass es so wenig gibt?

110 #00:35:24-6# Befragter: Na, irrsinnig Schade einfach. Es wäre auch zum arbeiten, glaube ich, wäre es schöner und einfacher und es wären viel mehr Ressourcen dann da, ja. Aber es ist offenbar, ist jetzt so ein bisschen ein Umdenken da, was die Wertigkeit und die - für die Finanzierung angeht und so.

111 #00:35:49-4# Interviewer: Ja! So, die letzte Frage wäre, aus welchem Grund Sie sich dazu entschieden haben mit Kindern mit geistiger Behinderung zu arbeiten (Lachen)?

112 #00:35:57-0# Befragter: Das weiß ich nicht mehr (Lachen)! Na, ich glaube, weil ich da wirklich so hinein gerutscht bin, ja. Also, weil nach dem Studium habe ich halt den Job da gekriegt und das war dann irgendwie, ja, es hat so seine Dynamik. Es war kein bewusster Entschluss, ja. Ich habe nicht gesagt: „Und so, und ab heute will ich das!“. Aber, das hat sich dann so ergeben. Ich habe irgendwie gemerkt, ja da habe ich einen guten Zugang. Und auch mit ganz, ganz basalen Kindern. Also, es hat irgendwie so gepasst. Und deswegen ist wahrscheinlich für mich jetzt da der Unterschied nicht so augenscheinlich, weil es so normal ist, ja. Muss man halt auf andere Sachen ein bisschen im Setting achten, aber es ist irgendwie nicht so anders. Was anders ist, ist eher Frühförderung und solche Sachen, ja, wo man wirklich ins Haus geht und so.

- 113 #00:36:55-1# Interviewer: Also, würden Sie dann auch, zum Beispiel, wenn ein Kind jetzt nicht hier her kommen könnte, würden Sie das auch zuhause machen mit dem Kind?
- 114 #00:37:01-9# Befragter: Das muss ich anschauen, ja. Aber dann wahrscheinlich wirklich ganz in einem anderen Setting, weil dann wirklich mehr mit Einbeziehung der Eltern und es ist wahrscheinlich eher so wie im Setting von Frühförderung und so. Da ist dann die Frage, wie man das dann nennt. Also, ja, das müsste man ein bisschen anders aufziehen.
- 115 #00:37:29-2# Interviewer: Gut. Das wäre es von meiner Seite aus. Wenn Sie noch irgendwelche abschließenden Bemerkungen machen wollen ...
- 116 #00:37:36-3# Befragter: Nein, eigentlich ist, glaube ich, eh alles gesagt. (Lachen)

T.F.:

- 1 Interviewer: Gut. Was sind die Hauptgründe dafür, dass Kinder mit geistiger Behinderung zu Ihnen in die Spieltherapie gekommen sind bzw., also, noch immer kommen?
- 2 #00:00:10-8# Befragter: Ja, weil sie halt einfach große Verhaltensprobleme haben, diverser Natur. Das ist alles Mögliche. Angefangen von, weiß ich nicht, Einnässen, Ängste, Schlafstörungen, ja. Schreianfälle, Tobsuchtsanfälle. Ja, depressive Verstimmungen. Also, eigentlich alle Symptombereiche.
- 3 #00:00:41-8# Interviewer: Okay, okay. Gut! Und müssen die Kinder irgendwelche Voraussetzungen bei Ihnen erfüllen? Das heißt, zum Beispiel, sprachlich fähig sein oder geht das auch non-verbal? Oder gibt es da irgendwelche speziellen Voraussetzungen?
- 4 #00:00:56-9# Befragter: Nein! Gibt es eigentlich überhaupt nicht, weil non-verbal, dann wird halt mit Prä-Therapie gearbeitet.
- 5 #00:01:03-5# Interviewer: Okay, das heißt ...
- 6 #00:01:04-3# Befragter: Ja ...
- 7 #00:01:05-7# Interviewer: (unterbricht) Ist auch egal, was für einen Grad der Behinderung es hat oder ...
- 8 #00:01:09-5# Befragter: Ja, ich meine, man muss halt schauen, ob es möglich ist eine Beziehung auf irgendeiner Art und Weise herzustellen. Wenn das nicht geht, dann geht es halt nicht, ja.
- 9 #00:01:18-7# Interviewer: Okay, gut. Und unterscheidet sich eine Spieltherapie mit einem geistig behinderten Kind zu einer Therapie mit einem Kind, das keine Behinderung hat?

- 10 #00:01:29-1# Befragter: Schon! Weil einerseits ist der Zeitfaktor, dass das oft nicht geht. Also, so fix vorgegeben, 50 Minuten. Es kann sein, dass es kürzer manchmal ist, weil das Kind einfach nicht länger, zum Beispiel, belastbar ist. Dann dass man oft, sozusagen, Spielzeug dem Kind erst irgendwie aufbereiten muss, erklären muss, was gibt es alles in dem Zimmer. Weil das Kind oft selber nicht noch dieses Explorationsverhalten hat und von selber, sozusagen, alles erforscht. Und dann mache ich es oft wirklich so, dass ich am Anfang irgendwie halt auch zeige, was gibt es in diesem Zimmer, was für Möglichkeiten zum spielen.
- 11 #00:02:19-8# Interviewer: Und würden Sie sagen, dass Sie auch reduzieren das Spielmaterial oder können Sie es ganz gleich behalten?
- 12 #00:02:24-8# Befragter: Nein! Also, schon reduzieren. Jetzt nicht, dass ich nur bestimmte Materialien nehme, sondern eher dass es halt einen Überblick gibt darüber.
- 13 #00:02:35-3# Interviewer: Okay, gut. Und eben von der Therapie haben Sie gemeint, dass es teilweise auch kürzer, also (Ja! Ja!), verkürzen die Zeit, weil es dann wahrscheinlich sonst ...
- 14 #00:02:42-9# Befragter: Nicht mehr geht, ja!
- 15 #00:02:42-4# Interviewer: Nicht mehr geht?
- 16 #00:02:46-5# Befragter: Ja!
- 17 #00:02:46-5# Interviewer: Okay, gut. Und sonst noch irgendwelche Unterschiede, die sonst noch ...
- 18 #00:02:49-9# Befragter: Naja, ein wesentlicher Unterschied ist, dass die Kinder halt auch immer gebracht werden und dass man halt abhängig davon ist auch, dass die Betreuungspersonen sie bringen. Was man sonst bei Kindern oft nicht so hat, weil sie von selber einfach herfahren können und ...

- 19 #00:03:06-7# Interviewer: Ja, ja. Okay, gut. Und haben Sie im Verlauf der Spieltherapie bei geistig behinderten Kindern irgendwelche besonderen Probleme gehabt bzw. sind Sie auf irgendwelche besonderen Grenzen gestoßen?
- 20 #00:03:19-0# Befragter: Also, da würde ich sagen, gibt es keinen Unterschied für mich (Keinen Unterschied?) im Vergleich zu normal, also, normal geistigen Kindern, ja.
- 21 #00:03:30-9# Interviewer: Okay, gut. Und welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Therapeut und Klient?
- 22 #00:03:35-9# Befragter: Ja, die wichtigste überhaupt, würde ich einmal sagen, ja. Also, wenn es gelungen ist, einmal eine Beziehung herzustellen, dann geht es eh schon. Das Schwierige ist eher, dass der Beziehungsaufbau halt oft dauert.
- 23 #00:03:46-6# Interviewer: Dauert länger?
- 24 #00:03:46-6# Befragter: Dauert länger, ja!
- 25 #00:03:48-5# Interviewer: Okay. Und die Eltern bzw. die Bezugsperson. Was spielen die für eine Rolle in der Therapie? Gibt es da einen Unterschied zu einer Therapie mit einem Kind ohne Behinderung?
- 26 #00:03:58-2# Befragter: Ich denke gerade nach. Also, was sicher gleich ist, ist dass Kinder ja immer geschickt werden und nicht von selber kommen, weil sie eh an irgendetwas leiden. Aber das ist gleich, würde ich einmal sagen. Vielleicht, dass die Eltern ein bisschen noch überbefüorgender sind. Also, das ist schon ein Unterschied. Und das Problem ist, dass, also, noch weniger Autonomie diesen Kindern zugestanden wird von Seiten der Eltern und auch der anderen Betreuungspersonen. Und auch selbst, wenn das Kind zum Beispiel sagt, also, oder auf irgendeiner Weise kommuniziert, dass die Therapie ihm taugt, trotzdem die Eltern die sind, die oft bestimmen, ob die Therapie noch weiter gehen soll oder nicht. Und mehr als wie sonst bei Kindern. Obwohl das generell bei Kindern ein Problem ist.

- 27 #00:04:53-0# Interviewer: Ja! Und sind die Eltern auch ein bisschen mehr involviert oder ... also, werden die ...
- 28 #00:05:00-1# Befragter: Naja, in dem System, wo ich arbeite nicht (Nicht?). Ja! Also, da ist es eher so, dass die Eltern halt von Zeit zu Zeit kommen, aber auch sehr selten, weil ich ja viele Kinder betreue, die in einem Internat sind. Also, wo ich dann eher, sozusagen, mit den Sozialpädagogen Kontakt halte. Und da gibt es sicher auch eine intensivere Zusammenarbeit wie bei Kindern, die keine geistige Behinderung haben.
- 29 #00:05:27-5# Interviewer: Also, auch mit den Betreuern?
- 30 #00:05:28-9# Befragter: Ja, ja!
- 31 #00:05:30-0# Interviewer: Okay. Und konnte auch eine Verbesserung in Bezug auf den Grund für die Therapie, also, ist egal, was für ein Grund das jetzt war, festgestellt werden? Das heißt, hat sich auch in anderen Bereichen irgendetwas verbessert nach der Spieltherapie oder ...
- 32 #00:05:46-1# Befragter: Auf jeden Fall! Ja, ja! Also, das ist, also, ich finde ja fast, dass die Therapie wirksamer fast ist, als wie sonst bei Kindern. Weil die einfach gerade auf unsere personenzentrierten Variablen besonders ansprechen, weil sie die halt oft auf Grund eben ihrer Behinderung nicht so bekommen von Seiten der Umwelt.
- 33 #00:06:06-0# Interviewer: Dieses Raum geben und so (Ja, ja!), denke ich mir gerade.
- 34 #00:06:09-0# Befragter: Ja! Und auch das Autonomie zugestehen und diese Wertschätzung einfach.
- 35 #00:06:14-5# Interviewer: Ja! Okay. Und haben Sie jemals andere Methoden in die Personenzentrierte Spieltherapie mit einfließen lassen?
- 36 #00:06:23-5# Befragter: Bei geistig Behinderten nicht!
- 37 #00:06:25-5# Interviewer: Nicht?

- 38 #00:06:25-5# Befragter: Nein, nein, nein! Also, ja, prä-therapeutische Elemente, aber die gehören ja auch zum Personenzentrierten dazu, nicht.
- 39 #00:06:31-2# Interviewer: Ja, genau! Also, keine verhaltenstherapeutischen (Nein, nein!) oder ... okay, nichts (Gar nichts!). Und was halten Sie generell von differenziellen Vorgehensweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie?
- 40 #00:06:41-9# Befragter: Ja, also, dafür bin ich sonst offen, muss ich sagen, weil ich sehr viel, also, ich habe eine zweite Ausbildung auch, muss ich sagen. Katathymes Bildererleben. Und ich schon oft sehr viel, was weiß ich, Märchenarbeit oder solche Sachen einbeziehe. Aber nicht bei geistig Behinderten. Das geht nicht.
- 41 #00:07:07-8# Interviewer: Okay, gut. Das ist interessant, weil meistens hört man das Gegenteil, eigentlich.
- 42 #00:07:12-7# Befragter: Ja?
- 43 #00:07:12-7# Interviewer: Ja! Das schon, ja. Also, generell würden Sie sagen, ist das in Ordnung, so lange es passt?
- 44 #00:07:19-1# Befragter: Ja, ja, natürlich ja!
- 45 #00:07:22-8# Interviewer: Okay. Und was halten Sie von Filialtherapie, jetzt in Bezug auf Kinder mit geistiger Behinderung?
- 46 #00:07:27-5# Befragter: Ja, wäre sicher wünschenswert, denke ich mir! Aber findet in der Realität leider nicht statt.
- 47 #00:07:33-3# Interviewer: Nicht statt, ja! Okay. Warum, glauben Sie, findet das nicht statt?
- 48 #00:07:37-4# Befragter: Ja, in meinem Bereich wäre es nicht möglich, sage ich jetzt einmal, weil die Eltern zu weit weg sind. Aber generell ... Entschuldigung, darf ich nur kurz?

- 49 #00:07:47-2# Interviewer: Ja, ja sicher! (Befragter musste etwas mit Praktikanten besprechen. Kurze Pause.)
- 50 #00:00:00-0# Befragter: Ja, weil ich glaube, dass die Eltern irgendwie so die Einstellung auch haben, die Kinder gehören quasi repariert. Und alles auf die geistige Behinderung schieben und nicht so sehr ihren Anteil einfach sehen. Und daher auch nicht bereit sind, irgendwie selber viel zu tun.
- 51 #00:00:22-7# Interviewer: Okay. Das ist sicher eine Schwierigkeit! Und was ist mit den BetreuerInnen? Also, würden Sie da sagen, würde es da einen Sinn machen oder wäre das eine Idee, zum Beispiel, das mit denen?
- 52 #00:00:35-4# Befragter: Das wäre sicher wünschenswert und eine gute Idee.
- 53 #00:00:39-2# Interviewer: Und glauben Sie, wäre das auch möglich da so etwas zu machen?
- 54 #00:00:41-9# Befragter: Naja, zum Teil, sage ich jetzt einmal, findet das eh statt. Also, für die schwerst-behinderten Klassen, da gibt es jetzt eh so ein Projekt im Haus, wo also personenzentriert, also, sozusagen, versucht wird, dass der Ansatz ihnen nahe gebracht wird und die machen, also, Supervision mit personenzentrierten Therapeuten. Die haben alle Einführungen gekriegt in Prä-Therapie und solche Sachen. Und die arbeiten auch so! Also, aber es gilt wirklich nur für den schwerst-behinderten Bereich. Also, im ASO-Bereich, wo auch geistig Behinderte sind, leider Gottes, hat das irgendwie nicht so um sich noch gegriffen!
- 55 #00:01:26-3# Interviewer: Okay, gut. Ja, und die Nicht-Direktivität, was für eine Rolle spielt die jetzt bei Ihnen in der Spieltherapie bei diesen Kindern?
- 56 #00:01:37-2# Befragter: Eine große! Eine große, weil gerade diese Kinder gewohnt sind, dass sie einfach immer nur Befehle kriegen, ja. Und das ist für sie total befreiend einfach einmal so tun zu können, wie sie möchten. Das ist etwas, was sie überhaupt nicht gewohnt sind. Und ich glaube, dass ist ein wichtiger Wirkfaktor in der Therapie.

- 57 #00:01:57-8# Interviewer: Ja, und jetzt muss ich kurz nachdenken, was ich fragen wollte. Ach ja, und spielen Sie mit den Kindern mit oder ...
- 58 #00:02:07-0# Befragter: (unterbricht) Ich spiele mit!
- 59 #00:02:06-3# Interviewer: Sie spielen mit! Also, das ist jetzt nicht so (Nein!) á la Axline (Nein!), nicht? Okay, gut. Ich nehme an, dass die meisten Kinder das sowieso wollen.
- 60 #00:02:16-6# Befragter: Ja, einfordern und ich denke mir, das ist ein altes Konzept. Also, so wird heute nicht mehr Spieltherapie gemacht.
- 61 #00:02:22-8# Interviewer: Ja, ja. Okay. Was spielt, Ihrer Meinung nach, die wichtigste Rolle in der Personenzentrierten Spieltherapie bei diesen Kindern?
- 62 #00:02:32-3# Befragter: Ich glaube bei diesen Kindern Wertschätzung!
- 63 #00:02:35-0# Interviewer: Wertschätzung?
- 64 #00:02:35-4# Befragter: Ja, weil, also, dass sie irgendwie Akzeptanz so, wie sie sind einfach, erfahren. Das haben sie sehr wenig!
- 65 #00:02:43-6# Interviewer: Ja, eben!
- 66 #00:02:44-8# Befragter: Und das ist, glaube ich, schon ein wesentlicher Unterschied zu sonst der Arbeit mit, also, geistig normalen Kindern, weil da habe ich immer das Gefühl, da geht es mehr um die Kongruenz.
- 67 #00:02:56-6# Interviewer: Okay, okay! Jetzt bei denen mehr um die Wertschätzung, (Befragter bejaht) weil sie das irgendwie von der Umwelt (Ja, nicht bekommen!) nicht so bekommen. Deswegen habe ich eben die Frage gestellt, eben wegen Filialtherapie. Ich denke mir eben, dass sie diese wertschätzende, diesen Raum einfach haben hier in der Spieltherapie und wenn sie dann Heim gehen (Nicht mehr haben!) überhaupt nicht mehr (Nein!). Deswegen stellt sich das für mich, ob das nicht ...

- 68 #00:03:18-7# Befragter: (unterbricht) Ja, auch ein wichtiger Grund ist, ja!
- 69 #00:03:20-6# Interviewer: Ja, damit das nicht irgendwie dann abgeschnitten wird und dann nach Hause.
- 70 #00:03:24-8# Befragter: Ja, muss aber dazu sagen, dass ich relativ schlechte Erfahrungen habe mit der Einbeziehung von Eltern. Insofern, weil ich habe immer wieder versucht, zum Beispiel, Elterngruppen anzubieten für die Eltern behinderter Kinder und, also, das haben ganz, ganz wenige in Anspruch genommen mit der Begründung, sie wollen sich nicht das Leid von anderen, zum Beispiel, anhören. Und sie haben eh genug selber, also, quasi auf den Schultern und das interessiert sie nicht von anderen das Leid.
- 71 #00:03:57-9# Interviewer: Weil sie, sozusagen, schon selber (Ja!) ...
- 72 #00:03:59-8# Befragter: Entschuldigung ... ja? (Mitarbeiter von Befragten kommt herein. Kurze Pause.)
- 73 #00:00:03-5# Interviewer: Gut. Also, Sie meinen eben die Wertschätzung ist das wichtigste in der Spieltherapie (Befragter bejaht). Und warum ist, Ihrer Meinung nach, die Personenzentrierte Spieltherapie gerade geeignet für diese Kinder? Also, was zeichnet sie aus für diese Kinder?
- 74 #00:00:15-8# Befragter: Ja, einfach wie man Beziehungen aufbaut und dass die Beziehungsarbeit einfach im Mittelpunkt steht. Also, ich halte gar nichts, zum Beispiel, von Verhaltenstherapie. Also, die lehne ich irgendwie total ab und ich finde es bringt auch nichts für diese Kinder. Also, da geht es wirklich, man erreicht sie nur auf der Beziehungsebene.
- 75 #00:00:37-9# Interviewer: Okay. Und das zeichnet sie dann auch aus? (Befragter bejaht) Okay. Gut. Das waren einmal die wichtigsten Fragen, also, für die Diplomarbeit. Obwohl jetzt die Fragen, die sind eigentlich welche, die mich persönlich sehr interessieren würden, aber es hat sich eben auch herausgestellt, dass die auch sehr wichtig für die Diplomarbeit sind, meiner Meinung nach. Es war eben für mich sehr

schwer Literatur zu finden und auch Personenzentrierte PsychotherapeutInnen, die eben mit diesen Kindern arbeiten. Überhaupt in freier Praxis (Befragter stimmt zu). Und da würde es mich interessieren, warum Sie glauben, dass das so ist.

76 #00:01:13-5# Befragter: Naja, weil die Leute, denke ich mir, alle Angst davor haben. Ganz ehrlich gesagt! Also, ...

77 #00:01:19-5# Interviewer: (unterbricht) Also, die TherapeutInnen?

78 #00:01:19-7# Befragter: Die TherapeutInnen haben Angst davor und können sich nicht vorstellen, irgendwie sich in die Welt dieser Kinder einzufühlen. Das ist ihnen irgendwie so fremd und ja. Und ich teile auch diese Erfahrung. Zum Beispiel ist es so, auch hier in der Institution, dass ich, also, wie ich in Karenz einmal gegangen bin, wie ich ins (unverständlich) gegangen bin, es ganz schwierig war für mich einen Ersatz zu finden, ja. Obwohl die Leute alle suchen, Stellen, und trotzdem war es unvorstellbar mit geistig behinderten und auch blinden Kindern zu arbeiten.

79 #00:01:58-2# Interviewer: Die Frage stellt sich deswegen, weil wenn man die ganzen Bücher über geistige Behinderung liest, steht da immer drinnen, dass sie drei- bis viermal häufiger an psychischen Störungen (Ja, ja!) eben leiden.

80 #00:02:08-2# Befragter: (unterbricht) Ja! Und sehr viel mehr Bedarf einfach auch da wäre!

81 #00:02:11-6# Interviewer: Ja, natürlich! Und da finde ich es sehr traurig, dass es so viel, also, so wenig gibt dazu (Ja, ja!). Also, generell, auch in der Literatur, wenn man nachlesen möchte über Personenzentrierte jetzt einmal im speziellen. Ich finde über Erwachsene gibt es schon mehr, aber für die Kinder gibt es da eigentlich in dem Bereich sehr wenig (Kaum etwas!). Und ich denke mir gerade, wenn man in der Kindheit irgendwie ansetzen würde, dass man das dann vielleicht ein bisschen abdämpfen könnte! (Befragter bejaht) Und deswegen ...

82 #00:02:37-3# Befragter: (unterbricht) Ja, das wäre sehr wünschenswert, ja. Aber leider Gottes! Und ich weiß auch, ich habe ja, zum Beispiel, einmal ein Seminar eben auf der

Uni über das Thema angeboten und habe auch da den StudentInnen, die da waren, allen gesagt, also, wenn sie irgendwie, sozusagen, eine Lücke suchen, wo sie einen Job auch kriegen später, dann wäre es der Bereich, meiner Ansicht nach. Aber, also, irgendwie großartig gibt es trotzdem kein Interesse, ist mein Gefühl.

83 #00:03:06-9# Interviewer: Ja, ja. Eben, und in freier Praxis sowieso, finde ich, kaum (Befragter bejaht). Also, ich war auch ...

84 #00:03:13-2# Befragter: (unterbricht) Wobei halt ich dazu sagen muss, in freier Praxis ist es insofern noch einmal schwieriger, weil ich habe zum Beispiel in der freien Praxis habe ich momentan zwei Kinder. Das scheitert wirklich an dem Bringen von den Kindern, zum Großteil, ja. Also, ich habe, die eine kommt zum Beispiel maximal einmal im Monat, obwohl sie wöchentlich kommen sollte. Aber die lebt einfach in einer Wohngemeinschaft und die Betreuer nehmen sich dafür keine Zeit. Und es gibt immer andere Gründe, warum es nicht möglich ist, sie zu bringen. Also, ich frage mich auch langsam, ob es nicht notwendig wäre, ambulant da etwas aufzubauen. Also, nicht ambulant, sondern einfach in die Familien zu gehen. Weil es ist schon auch eine wichtige Erfahrung, die ich gemacht habe in der Frühförderung. Nämlich, die habe ich für blinde Kinder aufgebaut und da waren auch sehr viele geistig behinderte Kinder dabei. Und es ist völlig anders, wenn man in die Familie geht und dort mit dem Kind etwas macht, ja. Also, ich glaube gerade in dem Bereich, also, wäre das ganz, ganz wichtig.

85 #00:04:21-6# Interviewer: Okay.

86 #00:04:24-0# Befragter: Und außerdem ist es für die Kinder viel leichter im vertrauten Terrain, sozusagen, irgendwie zu spielen und dort irgendwie eine Beziehung aufzubauen als wie, wenn alles auch fremd ist, wo sie hin müssen. Und das bringt sie oft auch sehr durcheinander einfach. Schon die Fahrt dort hin und die neue Umgebung und so weiter.

87 #00:04:44-0# Interviewer: Ja, okay. Gut. Ja, und in Ihrer Ausbildung zur Personenzentrierten Psychotherapeutin, haben Sie da überhaupt irgendetwas zu diesem Thema ...

- 88 #00:04:56-4# Befragter: (unterbricht) Überhaupt nie!
- 89 #00:04:56-8# Interviewer: Also, überhaupt ...
- 90 #00:04:57-6# Befragter: Nein, kam nicht vor (Theoretisch und praktisch gar nicht?). Kam nicht vor. Das einzige was, aber da war ich fertig schon lange und Lehrtherapeutin, da habe ich dann den Garry Prouty kennengelernt und bei ihm, sozusagen, die Prä-Therapie irgendwie gelernt. Und sonst, ja, muss ich sagen, ich mache hin und wieder biete ich ein Seminar in der Ausbildung an, aber es scheitert daran, dass auch da eigentlich kaum Interesse dafür da ist.
- 91 #00:05:28-2# Interviewer: Okay. Also, eher dass, ich glaube es liegt vielleicht eben genau an dem, dass das überhaupt auch in der Ausbildung überhaupt nicht thematisiert wird?! Weil, ich denke mir, wenn das vielleicht thematisiert werden würde ...
- 92 #00:05:42-5# Befragter: Nein! Weil ich bin ja Lehrtherapeutin, ja. Und es ist, ich biete, zum Beispiel, für Prä-Therapie Seminare an und es ist so, dass man froh sein muss, wenn ein Seminar irgendwie zustande kommt, ja. Weil sich so wenige interessieren.
- 93 #00:05:56-2# Interviewer: Okay! Also, auch generell für die Prä-Therapie?
- 94 #00:05:57-0# Befragter: Ja, ja! (Also, auch nicht?) Ja, ja!
- 95 #00:06:02-6# Interviewer: Okay, finde ich schade!
- 96 #00:06:04-1# Befragter: Ja, schon!
- 97 #00:06:04-8# Interviewer: Ja! Ja, und würde, also, Sie denken dann im Prinzip, auch wenn man es anbieten würde, würde das nicht so, also, so sehr besucht werden.
- 98 #00:06:15-3# Befragter: Ja, ich meine, ich mache immer wieder Versuche, aber es ist wirklich. Ich meine, natürlich muss ich sagen, wir sind ein kleiner Verein. Es würde vielleicht anders ausschauen, ja, wenn viel mehr Leute in der Ausbildung wären. Aber wir haben jetzt so, ich glaube 30 oder so, in der Ausbildung und ja, da muss man froh

sein, wenn vier, fünf sich finden, die irgendwie so ein Seminar machen.

- 99 #00:06:39-6# Interviewer: Okay. Und die letzte Frage wäre, aus welchem Grund Sie sich dazu entschlossen haben, mit diesen Kindern zu arbeiten oder war es kein bewusster Entschluss?
- 100 #00:06:51-2# Befragter: Nein, ein bewusster Entschluss sicher nicht! Glaube ich, wahrscheinlich eher unbewusst, ja (Lachen). Aber ich, also, was ich wirklich merke ist, dass es unheimlich bereichernd ist. Und dass ich wirklich finde, dass man oft viel schönere prozesshafte Verläufe viel schneller sieht sogar als bei anderen Kindern, die nicht geistig behindert sind.
- 101 #00:07:21-3# Interviewer: Ja, ja, ja! Okay! Haben Sie sonst irgendwelche Kommentare? Irgendetwas, was Sie gerne sagen möchten? (Lachen)
- 102 #00:07:29-8# Befragter: Ja, ich würde mir halt wünschen, dass es irgendwie ein breiteres therapeutisches Angebot gäbe für diese Kinder! Das wäre, glaube ich, ganz, ganz, ganz wichtig!
- 103 #00:07:40-0# Interviewer: Ja, da gibt es nämlich wirklich sehr wenig (Befragter bejaht).