

**Analyse des Therapeutenverhaltens
in der
Spieltherapie für Erwachsene**

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der
Universität Hamburg

vorgelegt von
Stephan Fritsch
aus Hamburg

Hamburg im Jahre 2000

1.Prüfer: Prof. Dr. Stefan Schmidtchen

2. Prüfer: Prof. Dr. Gerhard Vagt

Tag der letzten mündlichen Prüfung: 31. Mai 2000 in Hamburg

II

Für Peggy

GLIEDERUNG

0	Vorwort	7
1	Einleitung	8
2	Theoretische Grundlagen	10
2.1	Generelle heilungsfördernde Aspekte des Spiels	10
2.1.1	Definition und Hauptmerkmale des Spiels	10
2.1.2	Funktionen des Spiels als therapeutisches Medium	12
2.2	Gesprächspsychotherapie	13
2.2.1	Klientenzentriertes Konzept	13
2.2.2	Therapeutenverhalten in der Gesprächspsychotherapie	16
2.2.3	Wirkung von Gesprächspsychotherapie	20
2.2.4	Allgemeine Psychotherapie	22
2.3	Klientenzentrierte Spieltherapie	25
2.3.1	Entwicklung und Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie	25
2.3.2	Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Spieltherapie	29
2.4	Klientenzentrierte Spieltherapie für Erwachsene	39
2.4.1	Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene	39
2.4.2	Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene	43
2.5	Erste Ergebnisse einer Spieltherapie für Erwachsene	45
2.5.1	Beschreibung des Spielverhaltens und der dabei auftretenden Prozesse bei den Erwachsenen Klienten	45
2.5.2	Effekte der Spieltherapie für Erwachsene	50
2.5.3	Zusammenhänge zwischen dem Spielverhalten der Erwachsenen Klienten und den Therapieeffekten	53
3	Fragestellung und Methodik der empirischen Untersuchung	56
3.1	Fragestellung	56
3.2	Methodik	57
3.2.1	Beschreibung der Stichprobe	58
3.2.2	Organisation der Therapien	59
3.2.3	Aufgaben des therapeutischen Teams	60
3.2.4	Supervision der Therapeuten	61
3.2.5	Beobachtungsbogen zur Analyse des Therapeuten- und Klientenverhaltens	66

3.2.6	Analyse der Raterübereinstimmung bei der Nutzung des Beobachtungsbogens	73
4	Ergebnisse	77
4.1	Ausprägung der Therapeutenmerkmale für den Gesamtzeitraum der Spieltherapie für Erwachsene	77
4.2	Ausprägung der Therapeutenmerkmale im Verlauf Spieltherapie für Erwachsene	85
4.3	Analyse der faktoriellen Struktur der Therapeutenmerkmale in der Spieltherapie für Erwachsene	92
4.3.1	Interkorrelationen der Therapeutenmerkmale	93
4.3.2	Faktorenstruktur der Therapeutenmerkmale	96
4.4	Analyse der Zusammenhänge zwischen den Therapeuten- und Klientenmerkmalen in der Spieltherapie für Erwachsene	99
4.4.1	Ausprägung der Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum der Spieltherapie	100
4.4.2	Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen	102
4.5	Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Merkmal „Schwierigkeit der Therapiesituation“ und den Klientenmerkmalen in der Spieltherapie für Erwachsene	109
5	Zusammenfassung und Fazit	113
6	Literaturverzeichnis	118
7	Anhang, Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	122

0 VORWORT

Die Weiterführung des Projektes *Spieltherapie für Erwachsene* von Frau Dr. Jutta Wulf durch mich im Jahre 1995 war nach meiner Einstellung als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Arbeitsbereich Kinderpsychotherapie und Kinderpsychodiagnostik des Fachbereiches Psychologie der Universität Hamburg fast *selbstverständlich* und vollzog sich gewissermaßen *automatisch*. Frau Dr. Wulf hatte 1992 mit Professor Schmidtchen das Projekt ins Leben gerufen und in ihrer Dissertation das Klientenerleben und dessen Zusammenhänge mit der Effektivität der Spieltherapie für Erwachsene beschrieben. Ein wichtiger Teil, der noch ausstand, war eine Analyse des Therapeutenverhaltens und dessen Effekte auf das Klientenverhalten. Diesen Teil wollte ich übernehmen.

Meine eigene anfängliche Skepsis - „Was soll denn eine Therapiemethode für Kinder bei Erwachsenen bewirken?“; „Können denn erwachsene Klienten noch *richtig* spielen?“ - verflog sehr schnell durch das Wahrnehmen und Erleben der in der Spieltherapie bei den erwachsenen Klienten ablaufenden Prozesse. Aus dem Gefühl der Skepsis entstand ein persönliches Gefühl der Begeisterung. Ich bin zu der ganz persönlichen Überzeugung gekommen, daß das freie intrinsisch motivierte Spiel ein - für wohl viele - Klienten geeignetes therapeutisches Medium darstellen kann, um wichtige heilungs- und entwicklungsfördernde Erfahrungen zu machen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Professor Stefan Schmidtchen für die intensive Betreuung meiner Arbeit bedanken. Das große Ausmaß an Zeit und Energie, das er für mich in den thematischen Diskussionen und Auseinandersetzungen aufgebracht hat, hat entscheidend dazu beigetragen, die Arbeit realisieren zu können. Frau Dr. Jutta Wulf danke ich für die zahlreichen Gespräche und Anregungen sowie die fachliche Beratung. Frau Dr. Kathrin Hänel und Herrn Alexander Jacobs möchte ich für die Hilfen in der methodischen Arbeit danken.

Ein ganz großes Dankeschön geht an meine Freundin Peggy Seehafer für die persönliche Unterstützung. Danke auch an Ute Zander, Stefan Merke, Christian Schmidt und Eva-Maria Fritsch für die Durchsicht des Manuskripts. Insbesondere Stefan Merke möchte ich hiermit noch einmal für die fruchtbaren Auseinandersetzungen und Diskussionen danken. Abschließend möchte ich mich bei allen Projektteilnehmern bedanken. Insbesondere dafür, daß sie mich bei ihren in den Therapiekontakten gemachten persönlichen Erfahrung haben teilnehmen lassen.

1 EINLEITUNG

Die Spieltherapie für Erwachsene ist die Anwendung der klientenzentrierten Spieltherapie für Kinder (SCHMIDTCHEN, 1996 a) auf erwachsene Klienten. Dieses Konzept ist eine Weiterentwicklung der um 1950 entstandenen Konzeptionen zur klientenzentrierten Spieltherapie von ROGERS (DORFMAN, 1983) und zur Nicht-direktiven Spieltherapie von AXLINE (1997).

In dem Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie nach SCHMIDTCHEN (ebd.) sind die nicht-direktiven Elemente von AXLINE (1997), verhaltenstherapeutische Elemente (PETERMANN, 1994) und kognitiv-emotionale Elemente (DIEKSTRA & DASSEN, 1982) integriert worden. SCHMIDTCHENS Konzept ist bezüglich seiner heilungsfördernden Merkmale und Effekte auf das Klientenverhalten und -erleben hinreichend beschrieben und evaluiert worden (SCHMIDTCHEN, HENNIES & ACKE, 1993; SCHMIDTCHEN, HENNIES & ACKE, 1995; SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996).

Die Möglichkeiten der Nutzung der Spieltherapie als Verfahren zur Persönlichkeitsförderung und Behandlung von erwachsenen Klienten, wurden erstmals in dem Projekt *Spieltherapie mit Erwachsenen* 1992 von Prof. Dr. STEFAN SCHMIDTCHEN und Dr. JUTTA WULF am Psychologischen Institut II der Universität Hamburg untersucht. In der Zeit von Januar 1993 bis August 1994 wurden 12 Spieltherapie mit Erwachsenen Klienten durchgeführt. WULF (1998) analysiert in ihrer Dissertation *Aspekte des Spielgeschehens und Klientenerlebens* auf der Grundlage dieser Stichprobe.

Im Frühjahr 1995 wurde das Projekt von mir mit dem Ziel weitergeführt, das Verhalten der Therapeuten zu beschreiben und mögliche Zusammenhänge mit dem Klientenverhalten aufzuzeigen. Zu diesem Zwecke wurde die Stichprobe erhöht: insgesamt kamen zu den in die Datenverarbeitung von WULF eingegangenen 12 Therapien zehn weitere hinzu. In die erneute Analyse der Daten gehen nun insgesamt 21 Therapien ein¹.

Als Therapeuten arbeiteten geschulte Studenten und erfahrene Praktiker aus dem Arbeitsbereich Kinderpsychotherapie und Kinderpsychodiagnostik am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg. Als Klienten wurden freiwillige Frauen und Männer im Alter von 23 bis 40 Jahren ausgewählt, die sich zur Teilnahme an diesem Pilotprojekt gemeldet haben. Im wesentlichen handelte es sich dabei um Psychologiestudenten (insgesamt 90%). Wegen des geringen Ausbildungsstandes der überwiegend studentischen Therapeuten, wurden keine Klienten mit einer akuten Symptomatik ausgewählt, sondern mit nur leichten psychischen Störungen der ICD-10 Kategorie F 48 (sonstige

¹ Eine Therapie von WULF mit fünf Kontakten kam aufgrund der gesetzten Grenze von mindestens sechs Kontakten nicht mehr in den Datenpool.

neurotische Störungen), F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen), F 41 (sonstige Angststörungen), F 39 (nicht näher bezeichnete affektive Störung) und F 69 (nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung). Dies bedeutet, daß nicht die Beseitigung und Behandlung von psychischen Störungen das primäre Ziel der therapeutischen Arbeit gewesen ist, sondern die *Förderung der Selbstentwicklung*. Während des Projektes wurden die Anfängertherapeuten als *Spielbegleiter* und die Klienten als *Spieler* bezeichnet. Im Verlauf der Arbeit werde ich jedoch die übliche Nomenklatur *Therapeut* und *Klient* verwenden, um den Kontext der Arbeit deutlich hervorzuheben. Für eine bessere Verständlichkeit und Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine geschlechtsneutrale (d.h. die Verwendung der Endsilbe „-Innen“) bzw. weibliche Schreibform verzichtet und die männliche Schreibform beibehalten.

Die Arbeit hat folgenden Aufbau. Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen aufgezeigt, die für das spätere Verständnis der Ergebnisse des Therapieprojektes und deren Diskussion wichtig sind. Zu diesem Zweck werden die wichtigsten allgemeinen und therapiewirksamen Merkmale des Spiels vorgestellt. Nach einer anschließenden Beschreibung von grundlegenden Verhaltensaspekten des Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie und in der Spieltherapie für Kinder wird das Konzept einer Spieltherapie für Erwachsene skizziert. Abschließend werden aus der Dissertation von WULF (1998) erste Ergebnisse der Spieltherapie für Erwachsene vorgestellt.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die Fragestellung und die Methodik der Untersuchung vorgestellt, und im dritten Teil werden die Ergebnisse referiert und diskutiert. Als erstes werden die Ausprägungen der einzelnen Merkmale des Therapeutenverhaltens über den Gesamtzeitraum der Spieltherapie und für den Therapieverlauf veranschaulicht, und als zweites werden mit Hilfe statistischer Prüfverfahren Strukturen und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Therapeutenmerkmalen untersucht. Abschließend werden die Korrelationen zwischen den Therapeuten- und Klientenmerkmalen sowie zwischen dem Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* und den Klientenmerkmalen mitgeteilt.

Nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse wird in einem Ausblick aufgezeigt, welche Schlußfolgerungen aus den Analysen bezüglich weiterer Forschungen zu ziehen sind.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 Generelle heilungsfördernde Aspekte des Spiels

Dem Spiel als „Urphänomen“ und „Grunderscheinung des Lebens“ (RÖHRS, 1980) werden per se heilungsfördernde Eigenschaften zugesprochen. Diese Eigenschaften werden im folgenden Kapitel dargestellt, um deren Stellenwert in der später beschriebenen *Spieltherapie für Kinder* (Kap. 3) und *Spieltherapie für Erwachsene* (Kap. 4) besser zu verstehen.

2.1.1 Definition und Hauptmerkmale des Spiels

Bei dem Versuch, das Spiel zu definieren, seine Merkmale zu beschreiben, haben bereits andere Autoren feststellen können, daß dies nicht so einfach ist (SCHEUERL, 1986). Soll sich die Darstellung des Spiels auf das Kinderspiel beschränken? Oder gehören die Spiele der Erwachsenen, wie zum Beispiel die Brettspiele und die sportlichen Wettkampfs Spiele dazu? Das Spiel läßt sich schwer als Sache oder Gegenstand beschreiben - sondern eher als ein *Prozeß*, eine *Situation* oder als ein *Phänomen*.

Als Definition des Spiels möchte ich HUIZINGA (1956) zitieren. Seine Definition erschien bereits 1938 in dem Buch *Homo Ludens* und ist wohl die am meisten zitierte Definition des Spiels in der Literatur. Phänomenologische Definitionen des Spiels von anderen Autoren unterscheiden sich in der Regel nur gering von HUIZINGAs Definition¹.

„Der Form nach betrachtet kann man das Spiel also zusammenfassend eine freie Handlung nennen, die als *nicht so gemeint* und außerhalb des gewöhnlichen Lebens stehend empfunden wird und trotzdem den Spieler völlig in Beschlag nehmen kann, an die kein materielles Interesse geknüpft ist und mit der kein Nutzen erworben wird, die sich innerhalb einer eigens bestimmten Zeit und eines eigens bestimmten Raumes vollzieht, die nach bestimmten Regeln ordnungsgemäß verläuft und Gemeinschaftsverbände ins Leben ruft, die ihrerseits sich gern mit einem Geheimnis umgeben oder durch Verkleidung als anders von der gewöhnlichen Welt abhebt“ (HUIZINGA, 1956, S. 23).

Als erstes wesentliches Merkmal wird bei vielen Beschreibungen zum Spiel der Aspekt der *freien Betätigung* hervorgehoben (CAILLOIS, 1960; HUIZINGA, 1956; SCHEUERL, 1968). Ein Spieler, - egal ob Kind, Jugendlicher oder Erwachsener - kann nicht zu einem Spiel gezwungen werden. Damit würde das Spiel seinen typischen Charakter ver-

¹ So beschreibt SCHEUERL (1968) das Spiel zusammenfassend als „das Urphänomen einer Bewegung, die durch die Ganzheit der (von ihm beschriebenen; Erg. d. Verf.) sechs Hauptmomente gekennzeichnet ist: durch Freiheit, innerer Unendlichkeit, Scheinhaftigkeit, Ambivalenz, Geschlossenheit und Gegenwärtigkeit“ - SCHEUERL (1968).

lieren. Es würde sofort seine Anziehung auf den Spieler und seine lustvollen Aspekte, wie Spaß, Freude und Ausgelassenheit, verlieren.

Auf der anderen Seite hat jedes Spiel seine eigenen festgelegten Grenzen. Dies sind Grenzen bezüglich der Nutzung von Zeit und Raum, aber Grenzen, die sich in Form von Spielregeln auf das jeweilige Spiel beziehen. Viele Grenzen werden von den Spielern auch vor jedem Spiel beschlossen oder vor und während des Spieles implizit vorausgesetzt. Durch die Nutzung von Grenzen ist das Spiel auch eine *geregelt* Betätigung. Übliche alltägliche Regeln und Gesetze werden aufgehoben und für den Moment des Spieles neuen, oft konventionellen Regeln untergeordnet.

Die Ebenen, auf denen die Spieler das Spiel wahrnehmen und erleben, werden unterschiedlich beschrieben. Für CAILLOIS (1960, S. 16) ist das Spiel „eine *fiktive* Betätigung, die von einem spezifischen Bewußtsein einer zweiten Wirklichkeit oder einer in bezug auf das gewöhnliche Leben freien Unwirklichkeit begleitet wird“. Er weist darauf hin, daß sich die Spielmerkmale der *Regeln* und *Fiktion* eigentlich gegenseitig ausschließen. Spiele bedürfen entweder einer Regeln oder sie sind fiktiv. Er geht davon aus, daß „die Fiktion, also das Gefühl des *als ob* die Regel ersetzt und genau die gleiche Funktion erfüllt.“: MOGLER (1996, S. 179) hingegen verwirft die Sichtweise, Spiele seien unreal, fiktiv oder quasi-real. Er versteht das Spiel als die „*wirkliche Wirklichkeit*“ des Kindes. Spiel ist psychisch ganzheitlich und real! Es gibt nur Unterschiede zwischen den Spielinhalten und Spielebenen. „Einmal ist kindliches Spiel *Gestaltung* der Wirklichkeit, und zum anderen ist es *Darstellung* der Wirklichkeit gerade so, wie das Kind sie gegenwärtig erlebt, erfährt, fühlt und interpretiert“(MOGEL, ebd.). Genauso ist Spiel nach MOGEL aber auch die „*Aneignung der Wirklichkeit*“.

Das Spiel dient dem Menschen zur Lösung wichtiger, entscheidender Probleme. Er entwickelt im Spiel Handlungsmuster, die es ihm ermöglichen, seine inneren und äußeren Umwelten zu bewältigen. Das Spiel erlaubt Kindern und Erwachsenen, Problemlösungsversuche zu unternehmen. Dies geschieht losgelöst und distanziert von der Realität. Deshalb können im Spiel Fehler und Irrtümer begangen werden.

Im Spiel kann das Kind oder der Erwachsene seine inneren, vitalen Kräfte zur Geltung bringen. Diese Kräfte dienen der Erhaltung und Entfaltung des Individuums. Versteht man das Spiel also aus einer klientenzentrierten Perspektive (vgl. Kap. 2.2.1), so kann es als „ein machtvoller *Ausdruck der Aktualisierungstendenz*, der angeborenen, gerichteten Fähigkeit des Menschen zu immer größerer Verwirklichung seiner Möglichkeiten“ angesehen werden (SCHMID, 1994, S. 307).

Betrachtet man die Formen des Spiels in der Kindesentwicklung, so zeigt sich, daß das *Funktionsspiel* in der frühen Kindheit zur Übung und Entwicklung von sensomotorischen Kompetenzen führt. In den darauffolgenden *Symbolspielen* wird die erfahrene Wirklichkeit symbolisch rekonstruiert und in den anschließenden *Rollenspielen* verbin-

den sich jeweils drei zeitliche Dimensionen der Persönlichkeitsentwicklung: Erlebnisverarbeitung (Vergangenheitsbezug), Erlebnisgestaltung (aktuelle Gegenwartsgestaltung) und bedürfnis- sowie motivationsgesteuerte Zielorientierung des Erlebens (Antizipation, Zukunftsbezug) (MOGEL, 1996, S. 183).

2.1.2 Funktionen des Spiels als therapeutisches Medium

Für die *heilungsfördernde Wirkung* der Spieltherapie werden von SCHMIDTCHEN (1996 a, S. 9) insbesondere folgende spezifischen Merkmale beschrieben: „a) *Freiheit* und *Eigenverantwortlichkeit* der Spielwahl, der Spielgestaltung und der Spannungsregulation; b) *Spontaneität* und *intrinsische Motiviertheit*² von Spielhandlungen, in deren Verlauf Schemata zur Bedürfnisbefriedigung und Problemlösung entwickelt und ausgebaut werden können. *Anregende Spielstimmung*, die durch Gefühlsoffenheit, geistiges Interesse und erhöhte Akzeptanz unangenehmer Gefühle gekennzeichnet ist; c) *Bevorzugung von Phantasiespielen* zur Reproduktion innerer und äußerer Problemsituationen“.

Das Spiel in der Spieltherapie hat die zentrale Funktion der *Informationsübertragung und Erlebnisgestaltung*. Das Spiel dient der Kommunikation mit der Umwelt sowie der *Selbstkommunikation* (SCHMIDTCHEN, 1996 a, S. 7). In den Spielhandlungen werden der Organismus, das psychische Bezugssystem und die Umwelt miteinander verknüpft. In der „*Lebensform Spiel*“ ist es einem Kind oder Erwachsenen möglich, eine „universelle Verwirklichung seiner selbstaktualisierten und selbstentfalteten Gegenstandsbezüge³ zu einem faktischen Ereignis der erlebten Wirklichkeit“ vorzunehmen (MOGEL, 1996, S. 187). Im Spiel kann das Kind oder der Erwachsene alle möglichen Realitätsebenen durchleben und erleben, und kann mühelos zwischen allen Ebenen wechseln. Hierdurch wird es dem Kind oder Erwachsenen ermöglicht, alle Handlungen auszuüben und alle Emotionen zu erleben.

Unter anderem können durch die von MOGEL (ebd.) beschriebenen Merkmale des Spiels auch frühere beeinträchtigende Erfahrungen reaktiviert werden.

Diese früheren Erfahrungen können vom Spieler gemäß der gegenwärtigen (neuen) subjektiven Maßstäbe nachträglich umorganisiert und in die neuen Welt- und Selbstkonzepte integriert werden (SCHMIDTCHEN, 1996 a, S. 16 ff). Das Spiel kann somit auch als Prozeß der aktiven *Neubildung* innerer Strukturen verstanden werden. Im Rahmen dieser Neubildung können folgende Phasen durchlaufen werden: die *Abstraktion* der Erfahrung, die *Wiederholung* der Erfahrung, die *Variation* der Erfahrung und die *Über-treibung* der Erfahrung. Letztere kann auch als die *karthartische Phase* beschrieben werden.

² *intrinsisch motiviert* = innerlich motiviert. Siehe SUTTON-SMITH (1978, S. 44 f.). Fußnote vom Verf..

³ Der Gegenstandsbezug umfaßt alle Relationen des Individuums zu den verschiedensten Bereichen seiner Realität. Sie enthalten Ding- und auch Personenbezüge. Vgl. OERTER (1993, S. 21).

Da das Spielverhalten hier jedoch nicht mit einem realitätsbezogenen Verhalten gleichzusetzen ist, ist immer ein *Erfahrungstransfer* von der Spiel- zur Realitätsebene erforderlich (SCHMIDTCHEN, ebd.). Ziel für das Kind oder den Erwachsenen in der Spieltherapie sollte es sein, neue Konzepte bzw. *Schemata*⁴ zu entwerfen und auszuprobieren (oder alte zu überarbeiten) und diese bezüglich ihres Nutzens zu überprüfen. Letzteres geschieht durch anwendungsorientierte Gespräche und/oder im Rahmen einer Kindertherapie durch realitätsbezogene Rollenspiele oder Berichte im Rahmen der die Spieltherapie begleitenden Familientherapie.

2.2 Gesprächspsychotherapie

In diesem Kapitel wird die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach ROGERS (1983 a) dargestellt. Es werden Aspekte zum klientenzentrierten Konzept beschrieben, die auch für die später dargestellte *Spieltherapie für Kinder* (Kap. 2.3) und *Spieltherapie für Erwachsene* (Kap. 2.4) die konzeptuelle Grundlage bieten. Anschließend werden die Merkmale des Therapeutenverhaltens aufgezeigt. Das Unterkapitel 2.2.3 stellt die Wirkung der Gesprächspsychotherapie allein und im Vergleich mit anderen Therapieformen dar und das Unterkapitel 2.2.4 stellt einen Ansatz zu einer allgemeinen Psychotherapie vor.

2.2.1 Klientenzentriertes Konzept

Der klientenzentrierte Ansatz findet seine Wurzeln in der Arbeit von CARL ROGERS (1972, 1983 a, b) und seinen Mitarbeitern. Er bezieht sich nicht nur auf Therapie im engeren Sinne, sondern auch auf Beratung allgemeinerer Art, auf das Menschenbild in einer phänomenologischen Weise und kennzeichnet insgesamt auch philosophische Aspekte. Bevor ROGERS mit der Bildung seiner Theorie zum klientenzentrierten Konzept begann, hat er viele Jahre lang Erfahrungen im psychosozialen Bereich, u.a. als Erziehungsberater und Leiter einer Klinik für Kindertherapie und als Studenten- und Familienberater, gemacht.

⁴ Unter Schemata sind grundlegende Organisationsmuster psychischer Prozesse zu verstehen, die in zielgerichteter Weise die Handlungen eines Individuums steuern (vgl. SCHMIDTCHEN, 1996, S. 7 f). Sie sind die Abbildung aller Organisationsprozesse von zielgerichteten Handlungen; also emotionaler, kognitiver und aktionaler Prozesse. Schemata beinhalten energetisierende und durchorganisierte Wahrnehmungs-, Informationsverarbeitungs- und Entscheidungsprozesse. In bestimmten Spieltätigkeiten - (insbesondere denen des Konstruktions- und Phantasiespiels) können die Schemata trainiert, korrigiert oder erweitert werden.

Definition des klientenzentrierten Konzeptes

ROGERS (1983 b) hat folgende Definition des klientenzentrierten Konzeptes formuliert: „Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert. Sie geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung zu einer Einzelperson (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann. Voraussetzung ist, daß diese Person ihr eigenes reales Sein, ihre emotionale Zuwendung und ein höchst sensibles, nicht urteilendes Verstehen in sich erfährt, zugleich aber dem Klienten mitteilt. Das einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes besteht darin, daß sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozeß der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt; daß seine Hypothesen sich auf Material stützen, das aus therapeutischen und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen gewonnen wurde, insbesondere auf Tonband- und Filmaufzeichnungen von Interviews, und daß diese Hypothesen der Überprüfung durch geeignete Untersuchungsmittel grundsätzlich offenstehen. Es hat sich gezeigt, daß dieser therapeutische Ansatz auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehung anwendbar ist, in denen das gesunde psychologische Wachstum des Individuums angestrebt wird“ (S. 17).

Entwicklungs- und Störungsmodell

Die Beschreibungen zum Entwicklungs- und Störungsmodell des klientenzentrierten Konzeptes habe ich, wenn nicht anders angegeben, dem Buch *Gesprächspsychotherapie* von BIERMANN-RATJEN, ECKERT und SCHWARTZ (1995) entnommen:

"Das Selbstgefühl entwickelt sich in Interaktionen, die in der Form von Episoden gespeichert werden und mit zunehmender Erfahrung generalisiert werden"(BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 81). Als bestehendes Entwicklungsprinzip wirkt die Aktualisierungstendenz. Es wird von einer zentralen Tendenz des Organismus ausgegangen, sich durch stets neu gemachten Erfahrungen zu aktualisieren, sich weiterzuentwickeln (ROGERS, 1983 a). Die Selbstverwirklichung des Organismus ist das ideale Ziel. Erfahrungen sind die Teile des Erlebens, welche durch bestimmte Umstände bewußt werden können. Den Prozeß der Bewußtwerdung nennt man auch Symbolisierungsprozeß. Erfahrungen werden vom Organismus im Hinblick darauf bewertet, inwieweit sie dem Organismus als Ganzem nützlich sind oder schaden. Ein Teil der Aktualisierungstendenz, die Selbstaktualisierungstendenz, dient dem Organismus, „sich selbst zu erfahren und aus einem Teil des Erfahrens des eigenen Seins und Handelns Selbsterfahrungen zu machen" (BIERMANN-RATJEN ET AL., ebd.).

Die Bewußtwerdung von Erfahrung ist stets mit Affekten, Gedanken, Erinnerungen und Körperempfindungen verbunden. Gelingt es dem Individuum, seinen Erfahrungen einen fühlbaren Sinn (»felt sense«) zuzuschreiben, erfährt es einen Zustand der Entspannung. Erfahrungen, die das Individuum selbst betreffen, können als Selbsterfahrungen repräsentiert werden. Sind bestimmte Bedingungen erfüllt (s.u.), werden sie - durch die Selbstaktualisierungstendenz gesteuert - als weiterer Teil ins Selbst integriert. Diese Entwicklung geht aus den Interaktionen hervor, die das Individuum mit der Umwelt macht, genauer: aus den Erfahrungen, in Interaktion mit der Umwelt zu stehen. Die erfolgreiche Integration von Erfahrungen unterliegt, wie oben erwähnt, bestimmten Bedingungen. Einerseits sollen sie der Aufrechterhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem dienen (»Aktualisierungstendenz«), andererseits sollen sie der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Selbstkonzeptes förderlich sein (»Selbstbehauptungstendenz«). Für das Selbstkonzept bedrohliche Erfahrungen können hierfür zum Beispiel zwar bewußt, aber nicht als Selbsterfahrungen, wahrgenommen werden (»Abwehr«). Der Selbstbehauptungstendenz steht das Bedürfnis nach Anerkennung (»need for positive regard«) als entgegengesetzter Pol gegenüber. Dies bedeutet, daß Erfahrungen von Anderen als wichtig anerkannt werden müssen, um dann ins Selbstkonzept integriert werden zu können. Die Entscheidungen, welche Erfahrungen mit dem »positiv regard« vereinbar sind, werden zum Beispiel durch frühkindliche Erfahrungen geprägt. Diese Erfahrungen sind oft an einen affektiven Austausch mit den Bezugspersonen (Erleben innerer Zustände mit anderen, »gepaarte Aufmerksamkeit«) gebunden. Hierbei lernt das Individuum, welche seiner Affekte verstanden und akzeptiert werden.

Erfahrungen werden aber nicht nur nach der Anerkennung durch andere beurteilt. Demgegenüber steht das Bedürfnis des Individuums nach eigener Anerkennung (Selbstachtung, »positive self regard«). „Das Individuum möchte sich selbst in seinen Erfahrungen verstehen und akzeptieren (...) können und auch seine Erfahrungen als seine eigenen ansehen können“(BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 86). Dies führt dazu, daß gemachte Erfahrungen stets zweierlei Bewertungen unterliegen: der organismischen (affektiven) Bewertung und der sozialen Bewertung (Beachtung/Anerkennung durch andere).

Der Affekt ist stets mit einer physischen und psychischen Anspannung verbunden. Gelingt es dem Individuum, seine Erfahrungen als Selbsterfahrungen zu integrieren, stellt sich der Zustand der Entspannung ein. Kollidieren bei Erfahrungen die Selbstaktualisierungstendenz mit der Selbstbehauptungstendenz, erlebt das Individuum den Zustand der Inkongruenz.

Klientenzentriertes Therapiekonzept

Das klientenzentrierte Therapiekonzept nach ROGERS (1983 a, b) geht davon aus, daß die Therapeut-Klient-Beziehung die notwendigen und hinreichenden Bedingungen (s.u.) schafft, um Veränderungen und Entwicklungen im Klienten zu fördern. Das vom Therapeuten aktiv gestaltete Beziehungsklima ermöglicht die vom Klienten gesteuerten Veränderungsprozesse. Das wiederum bedeutet, daß der Therapeut keine ausgewählten Interventionsmaßnahmen zur Verhaltensbeeinflussung einsetzt.

Um einen therapeutischen Prozeß möglich zu machen, müssen insgesamt fünf notwendige Bedingungen gegeben sein:

1. „Der Klient hat zumindest ein vages Gefühl von Inkongruenz, das ihn beängstigt.
2. Der Therapeut ist in der Beziehung zum Klienten kongruent (...), das heißt, sein Selbstbild und seine Art zu kommunizieren stimmen mit seinem unmittelbaren Erleben überein.
3. Der Therapeut bringt dem Klienten Wertschätzung oder emotionale oder akzeptierendes Verständnis entgegen.
4. Der Therapeut fühlt sich mit präzisiertem Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten ein, in die von diesem wahrgenommene Welt internaler und externaler Realität.
5. Der Klient nimmt die Echtheit, das Wohlwollen und das Verständnis des Therapeuten bis zu einem gewissen Grad wahr. Seine Wahrnehmung dieser Qualitäten beruht nur zum Teil auf den verbalen Äußerungen des Therapeuten, häufig aber in tieferer Weise auf andersartigen Mitteilungen“ (ROGERS, 1983 b, S. 44).

2.2.2 Therapeutenverhalten in der Gesprächspsychotherapie

Als hinreichende Bedingungen für Veränderungsprozesse beschreibt ROGERS (1983 a) die Therapeutenmerkmale *Echtheit*, *Unbedingte Wertschätzung* und *Empathie*. Bei der Beschreibung und Diskussion dieser Merkmale ist es wichtig, die „vier Abstraktionsebenen“ von HÖGER zu betrachten.

Die Abstraktionsebenen nach HÖGER sind folgende:

- „I. Die Ebene der *therapeutischen Beziehung* allgemein, im Unterschied zu anderen Beziehungsformen (...).
- II. Die Ebene zusammenfassender Merkmale, wie sie in der klientenzentrierten therapeutischen Beziehung beispielsweise durch die Merkmale *bedingungsfreie*

Wertschätzung, empathisches Verstehen und *Kongruenz* für das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten gegeben sind.

- III. Die Ebene einer zusammenfassenden Klassifikation von einzelnen Verhaltensformen, wie zum Beispiel Selbstexploration seitens des Klienten oder Ansprechen von Gefühlen des Klienten durch den Therapeuten (VEE⁵).
- IV. Die Ebene der konkreten Verhaltensweisen von Therapeut und Klient, in einem bestimmten beobachteten bzw. dokumentierten therapeutischen Gespräch“ (HÖGER, 1989, S. 199 f; zit. in BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 60).

Noch zu oft wird bei der Betrachtung des klientenzentrierten Konzeptes der Fehler begangen, die oben erwähnten Therapeutenmerkmale auf einer niederen Ebene (III. oder IV.) zu beschreiben und so das konkrete Verhalten von klientenzentrierten Therapeuten auf die Ausübung von *Echtheit, unbedingte Wertschätzung* und *Empathie* zu reduzieren.

Die drei Therapeutenmerkmale *Empathie, Unbedingte Wertschätzung* und *Echtheit*, welche auch als „Basismerkmale“ (TSCHULIN, 1992) auf der 2. Abstraktionsebene eingestuft werden, sollen im folgenden beschrieben werden.

Empathie

Einführendes Verstehen, also *Empathie*⁶, setzt beim Therapeuten die Fähigkeit voraus, sich in den Klienten hineinzusetzen. Das bedeutet, der Therapeut muß die Erlebnisse und Gefühle des Klienten, insbesondere deren Bedeutung, erfassen. Dies erfordert ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des Klienten (ROGERS, 1983b). Der Therapeut teilt dem Klienten den für ihn noch teilweise unbewußten Sinn seiner verbalen und nonverbalen Äußerungen mit. Dadurch lernt sich der Klient besser kennen und kann mehr von seinem Erleben bewußt zulassen. „Die Erfahrung, von jemandem verstanden zu werden, ist in sich selbst ein machtvoller, die Entwicklung fördernder Faktor. Schon die bloße Absicht, den Klienten zu verstehen, kann einiges ausrichten“ (ROGERS, 1983 b, S. 24).

Der Therapeut spiegelt dem Klienten die Inhalte wieder, die er von dessen Erleben durch sein Einfühlen erfaßt hat. Das verbale Wiedergeben dieser Inhalte haben TAUSCH, EPPEL, FITTKAU UND MINSEL (1969, zit. in BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 16) als „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ bezeichnet. Nach BINDER (1994) können wir davon ausgehen, daß alle Personen über Empathie verfügen bzw. die Disposition dazu besitzen. Jene kann aber entwicklungsbedingte Defizite aufweisen und verzerrte,

⁵ VEE = „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (TAUSCH, EPPEL, FITTKAU & MINSEL, 1969).

⁶ Für das Merkmal *Einführendes Verstehen* gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Bezeichnungen und Definitionen; u.a. Spiegeln, Reflektieren oder Reflektieren von Gefühlen, Aktives Zuhören, Verstehende Empathie und Aktivierende Empathie (ALTERHOFF, 1994).

gestörte Formen annehmen, die sich negativ besonders auf die Entwicklung und die Aufrechterhaltung sozialer Bindungen auswirken. Eine Therapieform weist dann eine theoretisch optimale kurative Potenz auf, wenn sie das empathische Verstehen und seine Kommunikation unter Berücksichtigung *störungsspezifischer Empathieaspekte* in das Zentrum des therapeutischen Prozesses rückt (BINDER, 1994, S. 11 ff, 35).

Unbedingte Wertschätzung

Als ein weiteres Merkmal der notwendigen förderlichen Bedingungen in der Gesprächspsychotherapie wird die *Unbedingte Wertschätzung* des Therapeuten dem Klienten gegenüber beschrieben. Das Merkmal charakterisiert die Achtung, Anteilnahme und Wärme des Therapeuten in Bezug auf die Person, die Affekte und das Erleben des Klienten. Wichtig ist es nach TAUSCH UND TAUSCH (1979, S. 66), daß der Therapeut dem Klienten diese Wertschätzung erfahrbar macht. Die Zuwendung, welche der Therapeut dem Klienten zugutekommen läßt, zeichnet sich dadurch aus, daß sie die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten nicht bewertet⁷. „Der Therapeut kann das, was der Klient von seinem Erleben mitteilt, akzeptieren und zwar in der Form, daß er spüren kann, daß er den Klienten akzeptiert, daß er sich ihm positiv zugewandt fühlt“ (BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 21). Dies soll nicht bedeuten, daß der Therapeut jede Äußerung und Verhaltensweise gutheißt, sondern die Person, die Wahrnehmungen und das Erleben des Klienten vollkommen akzeptiert und nicht nur unter bestimmten Bedingungen. Der Therapeut steht nach ROGERS (1983 b, S. 27) einigen Gefühlen des Klienten nicht bejahend und anderen ablehnend gegenüber. Er „begegnet ihm mit einer warmen, entgegenkommenden, nicht besitzergreifenden Wertschätzung ohne Einschränkungen und Urteile“.

Die Intensität an *Unbedingter Wertschätzung* bietet durch ihre Beziehung zu dem Merkmal *Empathie* eine Möglichkeit der Kontrolle für den Therapeuten, wie groß das Ausmaß seiner *Empathie* im Kontakt mit dem Klienten ist. Es kann daraus jedoch nicht direkt geschlossen werden, wie effektiv die Therapie für den Klienten ist: „Man kann nicht sagen: Je höher das Ausmaß an Wertschätzung, um so effektiver die Therapie. Wertschätzung ist ein Indikator für therapeutisch wirksame Empathie (und Kongruenz) und kommt nur im Rahmen empathischer Äußerungen zum Tragen“ (BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 25).

⁷ „Für viele Therapeuten ist es einfacher, die negativen Gefühle ihrer Klienten zu akzeptieren als die positiven und freundlichen Gefühle, weil sie diesen gegenüber oft mißtrauisch sind und argwöhnen, es handle sich dabei um Abwehrmechanismen“ ROGERS, 1983 b, S. 28).

Echtheit

Für das Therapeutenmerkmal *Echtheit*⁸ gilt, daß der Therapeut in der Beziehung zu seinem Klienten er selbst ist. Dem Therapeuten sind sein Erleben und seine Empfindungen stets bewußt und verfügbar. Wenn die Situation in der Therapie angemessen ist, kann der Therapeut sein Erleben dem Klienten mitteilen. Sein Verhalten ist authentisch, er verbirgt sich nicht hinter einer Fassade, Maske oder dergleichen. Durch dieses Verhalten zeigt sich der Therapeut dem Klienten gegenüber als reale Person. Der Therapeut erhält für den Klienten eine Art Transparenz. Die Therapeut-Klient-Beziehung wird durch dieses Geschehen eine reale Begegnung von Person zu Person. Gefühle, wie zum Beispiel das Gefühl der Langeweile, die sich immer wieder in den Vordergrund schieben, werden geäußert (ROGERS, 1983 b, S. 31). Wichtig ist, daß der Therapeut darauf achtet, nur sein Empfinden mitzuteilen. Erklärungen, Tatsachen oder Urteile über den Klienten werden nicht mitgeteilt.

Unechte Therapeuten zeichnen sich nach TAUSCH UND TAUSCH (1979, S. 84) dadurch aus, daß ihre Äußerungen, ihr Verhalten, ihre Maßnahmen, Gestik und Mimik dem Klienten gegenüber sich von ihrem Erleben, Empfinden und Denken unterscheiden. Nur wenn der Therapeut im Kontakt mit dem Klienten kongruent sein kann, kann er unbedingt wertschätzend mit ihm sein (BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 26 f).

Oft wird die Frage diskutiert, ob die drei oben beschriebenen Therapeutenmerkmale neben ihrer Funktion als *notwendige Bedingungen*, auch dem Rang als *hinreichende Bedingungen* gerecht werden. So gehen zum Beispiel TAUSCH UND TAUSCH (1979, S. 98) - und darauf aufbauend ALTERHOFF (1994, S. 78) - von der Annahme aus, daß die drei Merkmale auch als *hinreichende Bedingungen* für den Therapieprozeß genannt werden können. Andere Autoren (z.B. TSCHULIN, 1992, S. 99 ff) hingegen plädieren für ein eher *differentielles* Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie. Die drei Merkmale *Empathie*, *Echtheit* und *Wertschätzung* werden als sogenannte „Basisvariablen“ bezeichnet. Ein „differentielles Vorgehen“ des Therapeuten entwickelt sich unter anderem aus der Therapeut-Klient-Beziehung und dem Störungsbild des Klienten.

Ich meine, die unterschiedlichen Standpunkte der Autoren entstehen aus der Betrachtung der Therapeutenmerkmale *Unbedingte Wertschätzung*, *Empathie* und *Echtheit* in Bezug auf die verschiedenen Abstraktionsebenen (s. HÖGER, 1989, zit. nach BIERMANN-RATJEN ET AL., 1995, S. 59). Bezieht man sich auf die zweite Abstraktionsebene, das heißt auf die Ebene der zusammenfassenden Merkmale, so lassen sich die oben genannten Therapeutenmerkmale als notwendige und hinreichende Merkmale für

⁸Folgende Bezeichnungen und Definitionen sind u.a. in der Literatur für das Merkmal *Echtheit* zu finden: Kongruenz, Selbstkongruenz, Inneres Übereinstimmen, Real-Sein, Authentizität, Aufrichtigkeit, Offenheit und Wahrhaftigkeit (ALTERHOFF, 1994, S. 103).

den Therapieprozeß beschreiben. Dagegen wird man zum Beispiel bei der Beschreibung des Therapeutenverhaltens auf der Ebene mit den zusammenfassenden Klassifikationen von einzelnen Verhaltensformen mehr Kategorien beziehungsweise Merkmale darstellen müssen.

So werden neben den oben genannten von ROGERS geprägten Grund- bzw. Basisvariablen noch weitere Variablen beschrieben. Diese Variablen bestimmen und gestalten zu einem großen Teil das therapeutische Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Zu ihnen gehören nach SACHSE (1992, S. 40-43) unter anderem: *Aktives Bemühen, Suchen und Nachdenken des Therapeuten; Ausmaß innerer Anteilnahme des Therapeuten; Konkretheit des Therapeuten; Spezifizieren; Verallgemeinern; Ansprechen von Beziehungen zu anderen Personen; Selbstöffnung des Therapeuten; Häufigkeit des Gesprächswechsel und Konfrontation.*

2.2.3 Wirkung von Gesprächspsychotherapie

Sind die hinreichenden und notwendigen Bedingungen einer klientenzentrierten Psychotherapie gegeben, so gehen damit nach ROGERS (1983 b, S. 46) bestimmte umschriebene Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen auf seiten des Klienten einher:

1. Durch vermehrte Kongruenz und geringerer Abwehr kann eigenes Erleben stärker zugelassen und Erlebnisse besser wahrgenommen werden.
2. Probleme im Leben können besser bewältigt und Beziehungen zu anderen Menschen effektiver gestaltet werden .
3. Das Ausmaß an Angst und physischen und psychischen Spannung geht zurück.
4. Der Klient wird selbstbewußter und eigenständiger.
5. Durch einen freien, „organismischen Bewertungsprozeß“ gelangt der Klient zu einer guten und konstruktiven Einsicht ins Leben.
6. Der Klient gelangt zu verstärkter Kontrolle über sein Verhalten. Er verhält sich reifer und lebt effektivere Beziehungen zu anderen Menschen.

Ziel der Therapieforschung in den letzten Jahren war es unter anderem, die oben postulierte Wirkung von Gesprächspsychotherapie empirisch zu belegen. GRAWE, DONATI und BERNAUER haben 1994 35 Untersuchungen verglichen, die die Effektivität von Gesprächspsychotherapie nach ROGERS (1983a) und TAUSCH UND TAUSCH (1979) überprüft hatten. Insgesamt wiesen die Klienten bei den erfaßten Untersuchungen eine große Breite an Diagnosen auf (Neurotische Störungen, Alkoholismus, Schizophrenie, Krebs, Stottern, u.a.). Die Dauer der Therapien betrug durchschnittlich weniger als 20, maximal 33 Sitzungen. Das Setting der Untersuchungen umfaßte ambulante sowie stationäre Einzel- und Gruppentherapie. Gefunden wurden signifikante Therapieeffekte in Bezug

auf die Symptomatik und Befindlichkeit der Klienten; sowohl in Prae-/Post-, als auch in Kontrollgruppenvergleichen. Signifikante wurden auch im Persönlichkeits- sowie inter-personalen Bereich gefunden. Besonders hohe Effektwerte wurden bei ambulanter Einzel- sowie Gruppentherapie von neurotischen Patienten gefunden. Symptome im zwischenmenschlichen Bereich wurden wie auch in den meisten anderen untersuchten Therapieformen am wirksamsten im Gruppensetting behandelt.

Im Vergleich zeigt sich, daß Verfahren aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum (zum Beispiel Systematische Desensibilisierung, Rational-emotive Therapie⁹ u.a.) eine größere Wirksamkeit aufweisen als die Gesprächspsychotherapie. GRAWE ET AL.(1994, S. 135) sehen die Ursache hierfür darin, daß die kognitiv-behavioralen Therapien „spezifisch auf die jeweiligen Schwierigkeiten der Patienten ausgerichtet waren, und aktive Hilfe bei der Bewältigung dieser Schwierigkeiten anboten, während sich Gesprächspsychotherapien bei Patienten mit verschiedenen Störungen im Konzept und Vorgehen nicht sehr voneinander unterschieden und der Therapeut gerade keine aktive Hilfe zur Problembewältigung gab“.

Kombinierte therapeutische Maßnahmen, wie zum Beispiel Gesprächspsychotherapie mit Therapievorbereitung, Kombination mit Milieuthherapie¹⁰ oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen u.a., scheinen noch bessere Effekte zu liefern, als *reine* Gesprächspsychotherapie. Wird die Gesprächspsychotherapie nach differentiellen Therapieeffekten hin untersucht, zeigt sich, daß sich aufgrund fehlender theoriegeleiteter Indikationsforschung zur Gesprächspsychotherapie die Grundlage fehlt, Hypothesen über indikationsrelevante Patientenmerkmale abzuleiten. Aus den bisherigen Untersuchungen läßt sich nach GRAWE ET AL. (1994, S. 137) nur die Hypothese ableiten, daß „erfolgreiche Gesprächspsychotherapie ... ein relativ gut entwickeltes zwischenmenschliches Verhaltensrepertoire auf seiten des Patienten“ voraussetzt. Des weiteren hat sich gezeigt, daß ein besonders hohes Ausmaß an nicht-direktivem therapeutischen Vorgehen bei Klienten mit gering entwickelter Autonomie und vorherrschend externalen Kontrollerwartungen kontraindiziert ist; autonome Klienten haben dagegen einen weit-aus größeren Erfolg in der Gesprächspsychotherapie zu verzeichnen.

Insgesamt kann bei einer theoretischen Neukonzipierung der Gesprächspsychotherapie davon ausgegangen werden, daß sich die Effekte durch die Hinzunahme von weiteren - insbesondere kognitiven und verhaltenstherapeutischen - Techniken verbessern lassen. Unterstrichen wird diese Forderung der Suche nach weiteren effektiven Interventionsmaßnahmen durch das Ergebnis, daß nur die Beziehungsvariablen *Empathie* und *Wertschätzung* am Therapieerfolg beteiligt sind. Und dies auch nur mit einer 10%-20%igen

⁹ *Rational-emotive Therapie (RET)* von ELLIS (1995). RET ist eine Form der kognitiven Psychotherapie.

¹⁰ *Milieuthherapie* (Synonym: Milieugestaltung). Beeinflussung von abnormen und krankhaften Seelenzuständen durch das Einwirken auf das soziale Milieu. Zum Beispiel durch das Schaffen von freundlichen psychiatrischen Institutionen.

Therapieerfolgsvarianz. Für das Merkmal *Echtheit* konnten dagegen keine Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg festgestellt werden. Die weiteren Vorstellungen von GRAWE ET AL. (1994) führten zu einer „*allgemeinen Psychotherapie*“. Eine Zusammenfassung dieser Gedanken folgt im nächsten Kapitel, 2.2.4.

2.2.4 Allgemeine Psychotherapie

Das Konzept einer allgemeinen Psychotherapie wird nun als Unterkapitel zur Gesprächspsychotherapie vorgestellt. Dieses Konzept zeigt eine Tendenz innerhalb der Psychotherapieforschung auf, die sich auch auf die aktuelle Entwicklung der Gesprächspsychotherapie auswirkt. GRAWE ET AL. (1994, S. 746-787) kommen aufgrund umfassender Metaanalysen vielfältiger Therapieevaluationsstudien zu einem Konzept der „*allgemeinen Psychotherapie*“, welches ein auf den Klienten, auf das Störungsbild, auf die Therapiesituation und ein auf den Therapeuten differentiell abgestimmtes Vorgehen beschreibt. Dieses Konzept weist Ähnlichkeiten zu dem Modell der „*Differentiellen Psychotherapie*“ von TSCHULIN (1990) auf. Das Entwicklungs- und Therapiekonzept von GRAWE ET AL. (ebd.) baut auf das Konzept der Herausbildung von *Schemata* im dialektischen Prozeß von *Assimilation* und *Akkomodation* nach PIAGET (1988, 1993) auf.

Aus dem sich in den letzten Jahren entwickelten Eklektizismus der Therapeuten heraus, werden Forderungen nach einer schulübergreifenden Psychotherapie gestellt, welche ein differentielles Vorgehen der Therapeuten möglich macht.

In der allgemeinen Psychotherapie nach GRAWE ET AL. (ebd.) müssen die Therapeuten fähig sein, die Schwierigkeiten der Klienten aus drei verschiedenen Perspektiven heraus betrachten zu können: aus der „*Problembewältigungsperspektive*“, der „*Klärungsperspektive*“ und aus der „*Beziehungsperspektive*“.

Die *Klärungsperspektive* ist die Perspektive, aus der Gesprächspsychotherapeuten am stärksten heraus arbeiten. „Das unmittelbare Ziel all dieser therapeutischer Interventionen ist größere Klarheit hinsichtlich der erlebten Bedeutungen und dabei wird vor allem ein Bezug hergestellt zu den Motiven, Werten und Zielen des Patienten“. (GRAWE ET AL., S. 752). Es wird hier die Frage geklärt, wieso ein Klient etwas nicht können *will*. Die Arbeit aus der Klärungsperspektive heraus geschieht zum Beispiel durch ein extensiv empathisches Eingehen auf den Klienten und dessen Probleme, wie es im klientenzentrierten Konzept beschrieben wird. Aber auch andere Techniken aus dem klientenzentrierten Konzept, wie zum Beispiel das *Focusing* (GENDLIN, 1985) und die *Konfrontation* können dem Klienten helfen, sich seiner motivationalen Aspekte bewußt zu werden.

Bei der Betrachtung der Schwierigkeiten des Klienten aus der *Problembewältigungsperspektive* fragt sich der Therapeut, was der Klient *kann* und was nicht. Der Therapeut versucht aufzuspüren, wo der Klient Schwierigkeiten hat und wie er den Klienten unterstützen kann. Der Therapeut nimmt die Probleme des Patienten so an, wie sie vom Patienten erlebt werden und versucht nicht, ihnen eine andere Bedeutung zukommen zu lassen. Nach GRAWE ET AL. (1994, S. 750) könnte man die Interventionen des Therapeuten, die aus der Problembewältigungsperspektive heraus gemacht werden, am besten als *Aktive Hilfe zur Problembewältigung* beschreiben. „Die ausgezeichnete Wirkung der verschiedenen Vorgehensweisen, die aktive Hilfe zur Problembewältigung leisten, läßt diese als das mächtigste Wirkprinzip erfolgreicher Psychotherapie erscheinen“. Alle Psychotherapeuten sollten daher letztendlich fähig sein, Interventionen aus dieser Perspektive heraus ausgiebig zu nutzen. Zu dieser Gruppe von Interventionen zählen unter anderem das direkte Geben von Hinweisen und Anweisung, das Anbieten von Handlungsalternativen, das Durchführen von Rollenspielen zum Aufbau beziehungsweise zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires und das Erteilen von (Haus-)Aufgaben.

Therapeuten sollten stets überlegen, ob die Schwierigkeiten eines Klienten eher Fragen der Klärung oder Bewältigung aufwerfen. Danach entscheidet der Therapeut, welche Maßnahmen er anwenden wird, was für ein Therapieangebot er dem Klienten machen wird. Eine Trennung der Klärungs- und Problembewältigungsebene sind nicht möglich und auch nicht sinnvoll: „Jedes Verhalten ist motiviert und jedes Motiv braucht umgebungsbezogene Fähigkeiten zu seiner Umsetzung“ (GRAWE ET AL., 1994, S. 754). Es hat sich jedoch gezeigt, daß sich eine effektive Therapie dadurch auszeichnet, daß in allen Fällen der *Problembewältigungsperspektive* ein größeres Gewicht zuteil kommt. Generell geht es für die meisten Klienten darum, konkrete Schwierigkeiten bewältigen zu können und auch um die motivationale Klärung. Daher ist es notwendig, „daß Psychotherapeuten grundsätzlich in der Lage sind, sowohl *klärungsorientiert* als auch *bewältigungsorientiert* zu arbeiten“ (S. 755).

Die *Beziehungsperspektive* ist bei der Anamnese, beim Erfassen des Therapieverlaufs sowie bei der Katamnese zu betrachten, da psychische Störungen zum größten Teil als Beziehungsstörungen verstanden werden, beziehungsweise aus zwischenmenschlichen Beziehungen heraus entstehen. Weiter ist gerade das zwischenmenschliche Geschehen in der Therapeut-Klient-Beziehung eines der wichtigsten therapeutischen Mittel, um förderliche Entwicklungen zu bewirken. Um bestimmte Beziehungsschemata beim Klienten aktivieren und die Weiterentwicklung dieser Schemata durch geeignete Interventionen stimulieren zu können, müssen junge Therapeuten dahingehend ausgebildet werden, Beziehungsabläufe exakt wahrnehmen zu können und bewußt und flexibel die Beziehungen in verschiedenen zwischenmenschlichen Settings zu gestalten. Dies beeinflußt weitgehend die Wahrnehmung der Therapeut-Klient-Beziehung durch den Klienten und die Art und Stärke des Beitrages des Patienten zur dieser Beziehung. Thera-

peuten werden dazu angehalten ein Verhalten dem Klienten gegenüber zu zeigen, welches komplementär zu den wichtigsten erschlossenen Zielen des Patienten steht. Denn „...je mehr sich der Patient im Sinne wichtiger Schemata angenommen fühlen kann, um so eher können innerhalb dieser Beziehung auch belastende Veränderungsprozesse stattfinden“ (GRAWE ET AL., 1994, S.783).

Zusammenfassend fordern GRAWE ET AL. (1994, S. 784), daß ein Psychotherapeut in der Lage sein soll, „Patienten mit den verschiedenartigsten Problemen aktive Hilfe zur Problembewältigung zu geben. Er sollte in der Lage sein, einen motivationalen Klärungsprozeß mit hilfreichen Interventionen zu unterstützen. Und er sollte in der Lage sein, einen auf den jeweiligen Patienten spezifisch zugeschnittenen zwischenmenschlichen Rahmen für die Therapie herzustellen und mit seinem eigenen Beziehungsverhalten kontinuierlich zu gestalten“.

Einen Weg, der dem von GRAWE ET AL. (ebd.) ähnlich ist, beschreiten GREENBERG, ELLIOTT UND LIETAER (1994) in ihrem Forschungsbericht über *empirische Psychotherapien*. Die *Process-experiential Therapy* verbindet das Konzept der klientenzentrierten Beziehung mit verstärkt aktiven, direktiven Interventionen durch den Therapeuten. Dieser Pool von aktiven Interventionen vereint unter anderem verschiedene Elemente aus der Gestalttherapie (BÜNTE-LUDWIG, 1994) (z.B. Stühle-Arbeit) mit der systematischen Entwicklung von Problemlösungsfertigkeiten sowie einer Konzentration auf Symbolisierungsprozesse bei unklaren Gefühlen. GREENBERG ET AL. (ebd.) konnten aufzeigen, daß die Effekte der Experiential Therapie mit denen der kognitiv-behavioralen und dynamischen Therapien vergleichbar sind. Besonders gute Effekte können für Klienten vorhergesagt werden, die inneren Erfahrungen gegenüber generell offen und interessiert eingestellt sind. Als wesentliche Bestandteile der Therapie, die die Effektivität begünstigen, beschreiben GREENBERG ET AL. (ebd.) eine positive und produktive therapeutische Beziehung und Behandlung; das Beteiligungsausmaß des Klienten sowie die Fähigkeiten des Therapeuten aktiv fördernde und unterstützenden Hilfen (*facilitative interventions*) zu geben. Diese unterstützenden Hilfe umfassen unter anderem das Geben von therapeutischen (Haus-) Aufgaben und das Erteilen von Anweisungen - und beschreiben vergleichbar die oben beschriebene Ebene der Problembewältigungsperspektive von GRAWE ET AL. (1994).

Ähnliche Entwicklungen einer allgemeinen Psychotherapie lassen sich auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie, insbesondere bei SCHMIDTCHEN UND HENNIES (1996) verzeichnen (s. Kap. 2.3.1).

2.3 Klientenzentrierte Spieltherapie

Im ersten Unterkapitel 2.3.1 wird die Entwicklung des Konzeptes der klientenzentrierten Spieltherapie nach SCHMIDTCHEN (1996 a) aus dem klientenzentrierten Ansatz von ROGERS (1972) heraus dargestellt. Zu Beginn wird das Grundkonzept von ROGERS beschrieben. Der frühe Ansatz von ROGERS wurde später von AXLINE (1997) adaptiert und ausformuliert. Ihre acht Grundprinzipien des Therapeutenverhaltens in der non-direktiven Spieltherapie werden daher anschließend vorgestellt. Folgend wird die Weiterentwicklung des non-direktiven Ansatzes zu den klientenzentrierten Konzepten beschrieben und das Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie nach SCHMIDTCHEN dargestellt. Anschließend werden aktuelle Forschungsergebnisse zum Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Spieltherapie beschrieben.

2.3.1 Entwicklung und Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie

Das Kinderspiel erhielt um 1926 durch die Kinderpsychoanalytikerinnen ANNA FREUD (1995) und MELANIE KLEIN (1991) eine besondere Bedeutung als therapeutisches Medium zur Behandlung von Kindern. Unter anderem war es deren Erkenntnis, daß Kinder nicht wie Erwachsene bereit sind (bzw. die Fähigkeit besitzen), frei zu assoziieren¹¹ und die Kinder anstelle dessen im freien bzw. gelenkten Spiel eher unbewußte Inhalte preisgeben, die dann anschließend von Therapeuten gedeutet werden können (HAMANN, 1983, S.37 ff).

Die klientenzentrierte Kinderpsychotherapie selbst hat ihre Wurzeln im Ansatz von ROGERS (1972). ROGERS formulierte die Aspekte einer non-direktiven Beratung nicht nur für das hilfreiche Gespräch mit Erwachsenen und Jugendlichen, sondern übertrug sie auch auf die Spieltherapie mit Kindern. Die Erfahrung, die die Kinder in der Spieltherapie machen, ähnelt in ihrer Struktur sehr stark der Art von Erfahrungen, die Studenten in der Beratung oder Eltern und Erwachsene in der Therapie machen. Die Beschreibung der therapeutischen Beziehung aus der Gesprächspsychotherapie gilt für die Spieltherapie entsprechend.

Ein wesentlicher Unterschied der Spieltherapie zur Gesprächspsychotherapie besteht jedoch darin, daß die Therapeut-Klient-Beziehung zum größten Teil durch Spielhandlungen definiert wird, und nicht durch Worte. So macht der Therapeut sein Interesse an dem Kind und seine Zuneigung zu ihm durch kleine Handlungen deutlich. Zum Beispiel spielt der Therapeut mit dem Kind und hält den Augenkontakt zu ihm aufrecht.

¹¹ *Assoziieren* bedeutet das Bilden freier Gedankenketten.

Auch sorgt er dafür, daß das Spielzeug stets am selben Platz zu finden und in Ordnung ist.

Der Therapeut akzeptiert das Kind so wie es ist. Die gewährende Haltung des Therapeuten dem Kinde gegenüber verspürt das Kind insbesondere dann, wenn der Therapeut solche Handlungen und Gefühle annimmt, die ihm sonst im Alltag, in der Familie, Kindergarten oder Schule nicht gestattet sind. Die therapeutische Situation unterscheidet sich somit für das Kind in einigen Aspekten von den alltäglichen Situationen. Einiges ist ihm mehr, anderes weniger gestattet. Das Kind kann in der Spielstunde machen, was es will. Der Therapeut versucht nicht, das Kind in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Das Kind erfährt die Freiheit und bekommt sie nicht nur versprochen.

In dem Therapiekontakt wird so wenig wie möglich gesprochen. Idealerweise wird nur bei der Wahrung der abgesprochenen Grenzen geredet. Das Kind erfährt, daß in der Therapie bestimmte Grenzen gesetzt werden. Dies sind die Grenzen der Zeiteinhaltung, des Raumes, der Verletzlichkeit der Mitmenschen und des Spielmaterials und der Therapeut-Klient-Beziehung. Das Wichtige ist, daß diese Grenzen klar formuliert und eingehalten werden. Auch dies unterscheidet sich meist sehr von den üblichen Erfahrungen des Kindes bezüglich der Bedeutung von Grenzen (DORFMANN, 1983, S 238 f)

AXLINE (1997) hat die Grundhaltungen der klientenzentrierten (nicht-direktiven) Beratung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene nach ROGERS (1972) übernommen und für die Therapie, Beratung und Erziehung mit Kindern ausformuliert und so ihr Konzept der non-direktiven Kinderspieltherapie entwickelt. Insgesamt hat AXLINE acht Grundprinzipien des Therapeutenverhaltens herausgearbeitet, welche nun in einer Übersicht zitiert werden.

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

7. Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß, und der Therapeut weiß das.
8. Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo sie 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, 1997, S. 73).

Die Weiterentwicklung des non-direktiven Ansatzes zum klientenzentrierten Konzept nach ROGERS (1983 a, b) vollzog sich auch im Bereich der Kinderpsychotherapie (DORFMANN, 1993; SCHMIDTCHEN, 1989, 1996 a; GOETZE, 1981). Die sog. Basisvariablen *Akzeptanz (Wärme)*, *Empathie* und *Echtheit* wurden auch dort als für die Entwicklungsprozesse des Klienten notwendigen Bedingungen formuliert. Verschiedene Autoren haben dann zusätzliche Veränderungen und Modifikationen des klientenzentrierten Konzepts vorgenommen, ohne die Bezeichnung selbst zu verändern. Daher stehen hinter den Bezeichnungen klientenzentrierte Kinderspieltherapie oder klientenzentrierte Kinderpsychotherapie oft unterschiedliche Konzepte.

In einigen Konzeptentwicklungen, die den non-direktiven Ansatz weiterhin beibehalten, werden zum Beispiel lerntheoretische Wissensbestände mit integriert. Dies geschieht unter anderem bei GOETZE UND JAEDE (1974) und SCHMIDTCHEN (1989). Die klientenzentrierte Spieltherapie von SCHMIDTCHEN kann als eine Form der Verhaltensmodifikation betrachtet werden, welche Aspekte von AXLINE (1997) und Elemente aus der Kognitionspsychologie verbindet. Von AXLINE wird die auf die ganzheitliche Selbstverwirklichung des Individuums ausgerichtete Zielsetzung übernommen. Die AXLINE'schen Grundprinzipien des Therapeutenverhaltens werden zum größten Teil beibehalten¹². Die Elemente der Verhaltensmodifikation wurden im Sinne SKINNER'schen Konditionierens formuliert: durch den Einsatz von Verstärkern, Gegenkonditionierungstechniken können unangemessene Glieder in Verhaltensketten verändert werden (GOETZE, 1981, S. 32).

Die klientenzentrierte Spieltherapie wurde in den letzten Jahren modifiziert und weiterentwickelt. SCHMIDTCHEN formulierte durch die Hinzunahme systemischer Annahmen das Konzept der klientenzentrierten Spiel- und Familientherapie. Die klientenzentrierte Spieltherapie nach SCHMIDTCHEN (1996 a, S. 24 f) ist ein Therapieverfahren, welches zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern (und Jugendlichen) effektiv bezüglich des Störungsabbaus einerseits und der Kompetenzverbesserung zur Selbst- bzw. Persönlichkeitsentwicklung andererseits eingesetzt wird.

¹² Das 6. Grundprinzip von AXLINE (1997) - „Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm“ (S.73) - wird insofern modifiziert, als daß die Therapeuten bei SCHMIDTCHEN (1996 a) zum Beispiel bei Bedarf die Therapie viel stärker strukturieren können.

Finden in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie die Interventionen auf einer sprachlich-reflexiven Ebene statt, geschehen sie in der Spieltherapie handlungsorientiert auf einer spielerisch-klärenden Ebene (so beträgt der Anteil der Spieltätigkeiten an der gesamten Therapiezeit 92-93%). Inkongruente Selbst- und Weltkonzeptannahmen werden hierzu in spielerische Aktionen umgesetzt, welche vom Therapeuten kommentierend, reflektierend und/oder aktional helfend aufgegriffen werden. Hierdurch finden Selbstkonzepterweiterungen statt, welche Entwicklungen insbesondere in den Bereichen ermöglichen, in denen Blockaden und/oder Mangelzustände vorherrschen.

Durch aktive Interaktions- bzw. Kommunikationsangebote kann es dem Therapeuten gelingen, wichtige Bedürfnisse¹³ des Kindes zu befriedigen. Der Therapeut kann dem Kind helfen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen, bzw. die Bedürfnisbefriedigung bei anderen Personen (z.B. den Eltern) einzufordern. Hierbei wird davon ausgegangen, daß die heilenden Kräfte des Spiels (vgl. Kap. 2.1) von den Klienten genutzt werden. Diese Kräfte haben den Effekt, "Erlebens-, Gewährseins-, Bewertungs-, Denk- und Symbolisierungsprozesse zu aktivieren und Assimilationsprozesse von Erfahrungen an die Schemata bzw. Skripten des inneren Bezugssystems zu ermöglichen bzw. letzteres durch Akkomodationsprozesses zu erweitern" (SCHMIDTCHEN, 1996 b, S. 102). Für die Effektivität der Therapie ist es wichtig, daß in der Spieltherapie „vorwiegend Erfahrungen bearbeitet und vermittelt werden, die sich auf die Organisationsprozesse in den inneren Arbeitsmodellen (inner working models) des Kindes über die Gestaltung seines Selbst-Umwelt-Verhaltens beziehen“ (SCHMIDTCHEN, 1997, S. 12). Die psychischen Störungen und Probleme des Kindes werden als das Ergebnis von gestörten Interaktionserfahrungen des Kindes mit seinen Eltern, Geschwistern oder anderen unmittelbaren Bezugspersonen betrachtet. Diese Interaktionserfahrungen werden dann als Muster der inneren Arbeitsmodelle des Kindes abgebildet.

Es gibt auch weitere neue Konzepte, die für eine direktive Vorgehensweise plädieren. In der *direktiven Spieltherapie* von JERNBERG (1987), dem *Theraplay*, liegt die Verantwortung, die Einsicht und die Art und Weise für Veränderungen beim Therapeuten. Der Therapeut strukturiert und leitet den Therapiekontakt, gibt Anweisungen und Aufgaben und sucht aktiven Körperkontakt zum Kind auf. Grundgedanke dieser aktiven, eindringenden und nahen Vorgehensweise ist, den Kindern die Bedürfnisbefriedigung und Stimulation auf einer Art und Weise zukommen zu lassen, die in der gesunden Mutter-Kind-Interaktion zu beobachten ist.

¹³z.B. das Bedürfnis nach Ich-Wirksamkeit (bzw. Kontrollfähigkeit); soziale und senso-motorische Erfahrung; Wertschätzung, Empathie, Bindung, Autonomie; dialogische Kommunikation, u.a. (SCHMIDTCHEN, 1996 a, S. 13).

2.3.2 Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Spieltherapie

Zur Kennzeichnung des Therapeutenverhaltens, beschreibt SCHMIDTCHEN (1996 a, S.83 ff) globale und spezifische Therapeutenstrategien. Im Folgenden werden die globalen Therapeutenstrategien erklärt. Die spezifischen Therapeutenstrategien werden in Abbildung 1 dargestellt.

Als Grundlage jeden therapeutischen Kontaktes wird eine Therapeut-Klient-Beziehung vorausgesetzt, welche sich durch ein hohes Ausmaß an gegenseitiger Offenheit für den anderen, Akzeptanz und Wertschätzung sowie Echtheit auszeichnet. Der Klient muß eine Bereitschaft mitbringen, zu gesunden, mehr Selbstkongruenz zu erlangen und das erforderliche heilungsfördernde Verhalten zu erwerben (*Gestaltung einer heilungsfördernden Therapeut-Klient-Beziehung*).

Dies bedeutet auch, daß der Klient selbst verantwortlich ist, seine Verhaltensstörungen zu mindern und neue, gesunde Verhaltensmuster und Kompetenzen zur Selbstverwirklichung aufzubauen. Die Verantwortung liegt also nicht beim Therapeuten. Der Therapeut sorgt in der Therapie lediglich für den beschützenden und stützenden Rahmen und Raum, um Veränderungsprozesse zu ermöglichen. Die Art und das Tempo der Veränderungen läßt der Therapeut so weit wie möglich den Klienten bestimmen (*Förderung von eigenverantwortlichem Selbstheilungshandlungen*).

Die Selbstheilungsprozesse des Klienten sind meist mit starken, heftigen Affekten verknüpft. Dies können einerseits Emotionen der Wut, der Trauer und Enttäuschung sein. Andererseits können dies auch Gefühle der Freude, des Spaßes, des Neubeginns sein. Oft sind dies unterdrückte Gefühle, die den Klienten bisher gehindert haben, seine Wahrnehmungs-, Verhaltens- und Erlebensprozesse zu aktualisieren. Das Freiwerden dieser Gefühle beim Klienten innerhalb des Selbstheilungsprozesses erfordert ein hohes Ausmaß an Energie. Wichtig ist es daher, daß der Therapeut dem Klienten diese Prozesse bewußt macht, damit dieser die eigenen Veränderungen mit deren begleitenden Affekten besser einordnen und nutzen kann (*Hilfe zum Erkennen von wichtigen Selbstheilungsprozessen*).

Der Abbau von Verhaltensstörungen und der Erwerb von heilungsfördernden Handlungsweisen vollzieht sich innerhalb des Therapieprozesses in einzelnen Schritten. Zu Beginn wird der Klient eher dazu angeregt, in den Therapiekontakten in einer unbestimmten Suche neue heilungsfördernde Kompetenzen zu entdecken. Später unterstützt der Therapeut den Klienten, indem er nach gezielten Verhaltensmöglichkeiten suchen läßt und den Klienten ermuntert, diese Verhaltensmuster zu lernen und zu generalisieren (*Prinzip der schrittweisen Förderung von Selbstheilungsprozessen*).

Der Therapeut zeigt dem Klienten auf, wenn dessen Verhaltensweisen nicht dem Selbstheilungsprozeß dienlich sind und welche Konsequenzen diese Verhaltensweisen

auf sich ziehen (z.B. Selbst- oder Fremdverletzung). Solch unangemessene Verhaltensweisen müssen vom Therapeuten möglichst unterbunden, bestenfalls umgeleitet werden. Unbewußte, verdeckte Abwehrmechanismen der Klienten (z.B. Zuspätkommen, Vergessen) müssen vom Therapeuten aufgedeckt werden. Anschließend muß der Klient lernen, diese Handlungen durch heilungsfördernde, offene, klare Verhaltensweisen auszutauschen (*Umgang mit unangemessenen Verhaltensweisen*).

Das Lernen von neuen Wahrnehmungs-, Erlebens- und Handlungsmustern geschieht in dem vom Therapeuten gestalteten Rahmen der Therapie nicht nach reinen Modifikationsplänen. Wichtig ist, daß die Klienten mit der Hilfe des Therapeuten ihre heilungshindernden und heilungsfördernden Muster wahrnehmen und erfahren. Innerhalb der Therapeut-Klient-Beziehung erfährt der Klient den Bedeutungsgehalt des Gelernten durch das empathische Verstehen und Reflektieren des Therapeuten (*Förderung eines erfahrungsmachenden und bedeutungsschaffenden Lernens*).

In der anschließenden Abbildung 1 werden die spezifischen Therapeutenstrategien nach SCHMIDTCHEN (1996 a) zusammengefaßt dargestellt. Sie stellen weitgehend eine detaillierte Ausführung der oben beschriebenen globalen Therapeutenstrategien dar.

Abbildung 1: Spezifische Therapeutenstrategien nach SCHMIDTCHEN (1996 a, S. 92 f)

Strategien zur Gestaltung einer heilungsfördernden Beziehung

- a) Engagierte Fürsorge für den Klienten (Hilfsbereitschaft).
- b) Schaffung eines anregenden, freundlichen, gefühlsoffenen und angstabbauenden psychologischen Klimas.
- c) Achtung und Wertschätzung des Klienten.
- d) Bemühen um ein selbstkongruentes Therapeutenverhalten.
- e) Bemühen um eine dialogische Kommunikation.

Strategien zur generellen Förderung von Selbstheilungsprozessen

- a) Markierung von heilungsfördernden und -hindernden Prozessen.
- b) Bemühen um ein Bedeutungsverstehen heilungswichtiger Klientenerfahrungen (Empathie 1).
- c) Bewußtmachende Reflexion heilungswichtiger Klientenerfahrungen (Empathie 2).
- d) Regulierung der räumlichen Nähe.

Strategien zur speziellen Förderung von Selbstheilungsprozessen

- a) Vorschläge und Anweisungen.
- b) Verhinderung eines gestörten Verhaltens (Grenzsetzung).
- c) Zeigen eines Modellverhaltens.
- d) Bedeutungsumformung unangenehmer Erfahrungen.
- e) Hilfe durch körperbezogene Interventionen.

SCHMIDTCHEN und HENNIES (1996) zeigen in einer Untersuchung zum Therapeutenverhalten in Kinderspieltherapien, daß der „Non-Direktivitätsmythos“¹⁴ zu verwerfen ist. Die sogenannten Basismerkmale *Empathie*, *Unbedingte Wertschätzung* und *Selbstkongruenz* sind als notwendige, jedoch nicht als „hinreichende Bedingungen“ (ROGERS, 1983 a, b) zu bewerten. Merkmale der *indirekten* und *direkten Hilfestellung* (s. Abbildung 2) können nicht vernachlässigt werden. Zu den Merkmalen der *indirekten Hilfestellung* gehören: *Markieren von Inkongruenzen; Ansprechen und Verstehen von diskrepanten Intentionen, Gedanken und Gefühlen; Wohlwollenden Unterstützung aller*

¹⁴ Mit dem „Non-Direktivitätsmythos“ beschreiben SCHMIDTCHEN und HENNIES (1996) die teilweise von anderen Autoren übernommene Annahme von AXLINE (1997), daß ihre nicht-direktiven Grundprinzipien des Therapeutenverhaltens (vgl. Kap. 2.3.1) ausreichen würden, um klientenspezifisch störendes Verhalten abzubauen und heilungsförderndes Verhalten zu erwerben.

Problemlösungsbemühungen und Hilfreiches Arrangieren von Umweltreizen. Zu den Merkmalen der direkten Hilfestellung gehören: Anbieten von Vorschlägen, Zeigen eines Modellverhaltens, Unterstützung einer kognitiven Umstrukturierung und Verhindern eines gestörten Verhaltens.

Abbildung 2: Indirekte und direkte Hilfemaßnahmen nach SCHMIDTCHEN und HENNIES (1996, S. 16)

<p><i>Indirekte Hilfemaßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) Markieren von Inkongruenzenb) Ansprechen und Verstehen von diskrepanten Intentionen, Gedanken und Gefühlenc) Wohlwollende Unterstützung aller Problemlösungsbemühungend) Hilfreiches Arrangieren von Umweltreizen, etc. <p><i>Direkte Hilfemaßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) Anbieten von Vorschlägenb) Zeigen eines Modellverhaltensc) Unterstützung einer kognitiven Umstrukturierungd) Verhindern eines gestörten Verhaltens
--

Als sogenannte Kernmerkmale werden von SCHMIDTCHEN UND HENNIES (1996, S. 17) die Therapeutenmerkmale *Empathie, Unbedingte Wertschätzung, Selbstkongruenz* sowie das Merkmal *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive*¹⁵ gekennzeichnet, welche den oben dargestellten Maßnahmen der *indirekten* und *direkten Interventionsmaßnahmen* übergeordnet mit unterstützender Funktion gegenüberstehen.

In der Untersuchung von SCHMIDTCHEN UND HENNIES (1996) wurden die Ausprägungen einiger Therapeutenmerkmale in jedem Therapiekontakt empirisch erhoben. Zu den Therapeutenmerkmalen gehören: *Akzeptanz (Wärme), Einführendes Verständnis, Selbstkongruenz, Persönliches Einbringen, Vertiefung im Mitspiel* und *Einnehmen einer*

¹⁵ Definition des Merkmals *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive*: „Durchgehende Beachtung der therapeutischen Aufgaben im Sinne der Zielsetzung; - Analyse der vom Patienten gezeigten Verhaltensweisen bezüglich ihrer therapeutischen Veränderungsrelevanz; - Fokussierung der Aufmerksamkeit und Interventionstätigkeit auf Inkongruenzen des Patienten; - angemessenes Timing der Interventionen; - Vermeidung von Überforderungen des Patienten etc.“ (SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996, S. 18).

therapeutischen Metaperspektive (in Tab. 1 nur als *Metaperspektive* beschrieben). Die Intensitäten und Variationen der Mittelwerte der Merkmale werden in Tabelle 1 abgebildet.

Das Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 4.0$ auf. Die Standardabweichung beträgt $s = .26$. Das Therapeutenmerkmal *Einführendes Verständnis* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.7$ und eine Standardabweichung von $s = .25$ auf. Das Therapeutenmerkmal *Selbstkongruenz* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.7$ und eine Standardabweichung von $.37$ auf. Das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 2.8$ und eine Standardabweichung von $s = .66$ auf. Das Therapeutenmerkmal *Vertiefung im Mitspiel* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 2.9$ und eine Standardabweichung von $.52$ auf. Das Therapeutenmerkmal *Metaperspektive* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.7$ und eine Standardabweichung von $.40$ auf.

Tabelle 1: Ausprägung der Therapeutenmerkmale für den Gesamtzeitraum von Kinderspieltherapien (aus SCHMIDTCHEN UND HENNIES, 1996, S. 18) Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM_{ges}) und der Standardabweichungen (s). Anzahl der Therapien: $N = 16$. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Kinderspieltherapeuten		
Therapeutenmerkmale	AM_{ges}	s
Akzeptanz (Wärme)	4.0	.26
Einführendes Verständnis	3.7	.25
Selbstkongruenz	3.7	.37
Persönliches Einbringen	2.8	.66
Vertiefung im Mitspiel	2.9	.52
Metaperspektive	3.7	.40

Die Ergebnisse zeigen, daß die Basismerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einführendes Verständnis* und *Selbstkongruenz* durchgehend hohe Ausprägungsintensitäten und die Merkmale der *therapeutischen Hilfestellung* Ausprägungen von mittlerer Intensität aufweisen. Das Merkmal *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive* (in der Tabelle 1 nur als *Metaperspektive* beschrieben) weist ebenfalls eine hohe Ausprägungsintensität auf. Die Merkmale der therapeutischen Hilfestellung weisen die größten Stan-

andardabweichungen auf. SCHMIDTCHEN UND HENNIES (1996, S. 19) interpretieren dies dahingehend, daß die Merkmale der *indirekten und direkten Hilfestellung* stärker „patientenspezifisch eingesetzt werden als die anderen Merkmale“.

Eine Analyse des **zeitlichen Verlaufs der Merkmalsausprägungen** ergab, daß die Merkmale *Selbstkongruenz* und *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive* jeweils in der Mittel- und Endphase der Therapien phasenspezifische Unterschiede von ansteigender Art aufweisen (siehe Tabelle 2). Dies kann nach SCHMIDTCHEN UND HENNIES (ebd.) als „Ausdruck einer stärkeren Konzentration auf die therapeutische Modifikationsarbeit und die Person des Therapeuten“ interpretiert werden. Die Standardabweichungen weisen in den Phasen bei den Merkmalen der *indirekten und direkten Hilfestellung* die höchsten Werte auf (Werte zwischen $s = .48$ bis $s = .84$). Besonders hohe Werte zeigen sich hier in der Mittel- und Endphase. Dies kann als Hinweis gesehen werden, daß in diesen Therapiedritteln die intensivste Modifikationstätigkeit stattfindet und daß sich diese speziell auf den Einsatz der Merkmale der *indirekten und direkten Hilfestellung* bezieht.

Tabelle 2: Analyse der phasenspezifischen Ausprägungen der Therapeutenmerkmale in Kinderspieltherapien (aus SCHMIDTCHEN UND HENNIES, 1996, S. 19) Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 16. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapeutenmerkmale	Phasen der Therapie						Signifikanz der Mittelwertsunterschiede *		
	Anfangsphase (A)		Mittelphase (M)		Endphase (E)		A : M	M : E	A : E
	AM ₁	s ₁	AM ₂	s ₂	AM ₃	s ₃			
Akzeptanz (Wärme)	3.9	.40	4.1	.41	4.0	.38	ns	ns	ns
Empathie	3.6	.41	3.8	.42	3.8	.38	ns	ns	ns
Selbstkongruenz	3.5	.38	3.8	.55	4.0	.41	ss	T	ss
Einbringen der Person	2.7	.64	2.8	.84	3.0	.76	ns	ns	ns
Vertiefung im Mitspiel	3.0	.60	3.0	.80	2.8	.48	ns	ns	ns
Metaperspektive	3.5	.40	3.7	.43	3.8	.55	T	ns	s

* t-Test für abhängige Stichproben; zweiseitige Fragestellung

ss (1%-Signifikanzniveau): hoch signifikant

s (5%-Signifikanzniveau): signifikant

T (10%-Signifikanzniveau): tendentiell signifikant

ns: nicht signifikant

Eine Analyse zur **patientenspezifischen Differentialität der Merkmalsausprägungen** ergab, „daß die Merkmale der *indirekten und direkten Hilfe* in differentieller Weise patientenspezifisch und die *Basismerkmale* sowie das Merkmal *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive* patientenunspezifisch eingesetzt werden...“ (SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996, S. 20). Im weiteren wurde von SCHMIDTCHEN UND HENNIES (ebd.) eine Faktorenanalyse berechnet. Der korrelative Zusammenhang zwischen den Therapeutenmerkmalen wurde durch eine zweifaktorielle Lösung beschrieben (s. Abbildung 3). Auf den Faktor 1 laden folgende Markiervariablen: *Selbstkongruenz, Einfühlerndes Verständnis, Vertiefung im Mitspiel, Reflexion von Gefühlen, Akzeptanz (Wärme)* und *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive*. Mit dem Faktor 1 werden 51% der Gesamtvarianz erfaßt. Auf den Faktor 2 laden folgende Markiervariablen: *Persönliches Einbringen, Hilfe beim Problemlösen, Akzeptanz (Wärme)* (mit einer negativen Korrelation) und *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive*. Mit dem Faktor 2 werden 29% der Gesamtvarianz erfaßt.

Abbildung 3: Darstellung der Faktorenstruktur der Therapeutenmerkmale in Kinderspieltherapien (aus SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996, S. 20) Produkt-Moment-Korrelation zwischen den arithmetischen Mittelwerten über die 16 Therapien.

Faktor 1 : *Selbstkongruenz, Einfühlerndes Verständnis, Vertiefung im Mitspiel, Reflexion von Gefühlen, Akzeptanz (Wärme)* und *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive* (Anteil an der Gesamtvarianz: 51%).

Faktor 2 : *Persönliches Einbringen, Hilfe beim Problemlösen, Akzeptanz (Wärme)* (mit einer negativen Korrelation) und *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive* (Anteil an der Gesamtvarianz: 29%).

Auffällig an dem Ergebnis ist, daß die *Basismerkmale* mit den Merkmalen der *indirekten Hilfestellung* gemeinsam auf dem Faktor 1 laden. SCHMIDTCHEN UND HENNIES (1996, S. 21) vermuteten in ihrer Eingangshypothese, daß die Merkmale der *indirekten Hilfestellung* auf einen eigenen dritten Faktor laden würden. Die gefundenen gemeinsamen Ladungen auf einem Faktor werden dahingehend interpretiert werden, daß die *Basismerkmale* neben ihrer Funktion zur *Beziehungsgestaltung* auch als „*indirekte Maßnahmen der Interventionsförderung*“ betrachtet werden müssen. Eine Analyse der **Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen und den Therapieerfolgs-**

kriterien (*Störungsabbau und Kompetenzverbesserung*) von SCHMIDTCHEN & HENNIES (1996, S.22) konnte belegen, daß alle Merkmale, bis auf das Merkmal *Selbstkongruenz*, abhängig „von der Art der vom Patienten gezeigten Gefühle und Handlungsweisen“ und „zielspezifisch im Rahmen einer therapeutischen Konzeption“ eingesetzt werden. „In diesem Sinne ist das Modifikationsverhalten differentiell lenkend und damit direktiv“. - SCHMIDTCHEN & HENNIES (ebd.) sprechen sich dafür aus, daß Therapeuten „das therapeutische Geschehen unter modifikatorischen Gesichtspunkten“ gestalten; das heißt daß ihre Interventionen „in störungs- und zielspezifischer Weise auf die jeweiligen Besonderheiten der Patienten ausgerichtet“ werden.

MATTEJAT (1997, S. 26 ff) überträgt das Konzept einer Allgemeinen Psychotherapie (vgl. Kap. 2.2.4) nach GRAWE ET AL. (1994) auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sollten fähig sein, aus den verschiedenen Perspektiven der *Problembewältigung*, der *Klärung* und der *Beziehung* heraus therapeutisch zu arbeiten. Therapeuten sollten abklären, in welchem *Umfang* die Klienten und die Familien Angebote zur Klärung kognitiver, emotionaler sowie motivationaler Aspekte nutzen können, und welches *Ausmaß* an konkreter Hilfestellung die Klient und die Familie zur Problembewältigung benötigen. MATTEJAT (1997, S. 30 ff) stellt für die Wahl der methodischen Schwerpunktsetzung, das heißt der Gewichtung von den Perspektiven der *Problembewältigung* und *Klärung* bei der Indikationsstellung und bei der therapeutischen Arbeit, in einen tabellarischen Katalog psychopathologische, allgemeinen individuelle, familiäre und soziale Aspekten dar (siehe Abbildungen 4.1 und 4.2).

Das klientenzentrierte Konzept von SCHMIDTCHEN (1996 a) nähert sich stark diesem Ansatz einer Allgemeinen Psychotherapie an. Für jeden Klienten wird gemäß seiner psychischen Problematik ein individuelles Therapiekonzept entwickelt. Das klassische spieltherapeutische Konzept von AXLINE (1997) wird unter anderem mit Methoden (zum Beispiel *Markierung von heilungsfördernden und -hindernden Prozessen*) aus der kognitiven Verhaltenstherapie angereichert, die speziell für den Klienten beziehungsweise die Situation zugeschnitten sind. In jeder Phase der Therapie können vom Therapeuten globale und spezifische Therapeutenstrategien gewählt werden. Neben der Realisierung der klassischen Basismerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Empathie* und *Echtheit* läßt sich die therapeutische Arbeit des weiteren durch den Einsatz von *indirekten* und *direkten Interventionsmaßnahmen* beschreiben (s.o.). Durch die Anwendung dieser aktiv unterstützenden Maßnahmen weist das Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie von SCHMIDTCHEN (ebd.) Parallelen zum Konzept der Experimental Psychotherapie (GREENBERG, ELLIOTT UND LIETAER, 1994) auf (Kap. 2.2.4). Aufgabe weiterer Therapieforschungen könnte es sein, eine weitere Ausdifferenzierung des klientenzentrierten Konzeptes in die Richtung einer Allgemeinen Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu forcieren.

Abbildung 4.1: Psychopathologische Aspekte als Indikationskriterien zur Wahl klärungs- oder beziehungsorientierter Therapiemethoden aus MATTEJAT (1997, S. 30 ff)

Indikationskriterien	Klärungszentrierte Therapiemethoden	Problembewältigungszentrierte Therapiemethoden
	Personenbezogene und einsichtsorientierte Verfahren	Symptombezogene und verhaltensorientierte Verfahren
<p>Psychopathologische Aspekte</p> <p>Formale Aspekte der Symptomatik</p> <p>Inhaltlicher Schwerpunkt</p> <p>Assoziation mit Entwicklungsstörungen oder körperliche Bedingungen</p> <p>Schweregrad</p> <p>Akute Bedrohlichkeit</p> <p>Psychische Belastungsfähigkeit</p>	<p>Diffuse, schwer umschreibbare und unspezifische Symptomatik</p> <p>Internalisierende Symptome: Symptomatik vorwiegend im kognitiv-emotionalen Bereich</p> <p>Keine Entwicklungsstörung oder körperliche Bedingungen bzw. Symptome</p> <p>Leichte bis mittelgradige Störungen</p> <p>Geringere akute Bedrohlichkeit der Symptomatik (kein unmittelbarer Interventionsbedarf)</p> <p>Höhere Belastungsfähigkeit und geringere Dekompensationsgefahr</p>	<p>Umschriebene und spezifische Symptomatik</p> <p>Externalisierende Symptome Symptomatik vorwiegend im Verhaltensbereich</p> <p>Entwicklungsstörungen oder körperliche Bedingungen bzw. Symptome</p> <p>Mittelgradige bis schwere Störungen</p> <p>Höhere akute Bedrohlichkeit der Symptomatik (unmittelbarer Interventionsbedarf)</p> <p>Geringere Belastungsfähigkeit und höhere Dekompensationsgefahr</p>

Abbildung 4.2 : Individuelle, familiäre und soziale Aspekte als Indikationskriterien zur Wahl klärungs- oder beziehungsorientierter Therapiemethoden aus MATTEJAT (1997, S. 30 ff)

Indikationskriterien	Klärunszentrierte Therapiemethoden	Problembewältigungszentrierte Therapiemethoden
	Personenbezogene und einsichtsorientierte Verfahren	Symptombezogene und verhaltensorientierte Verfahren
Individuelle Aspekte		
Alter und Entwicklungsstand	Höhere Altersstufen (Schulkinder und Jugendliche)	(Kleinkinder und Schulkinder) Niedere Altersstufen
Allgemeines soziales Funktionsniveau	Hohes Funktionsniveau	Geringes Funktionsniveau
Intelligenz und Introspektionsfähigkeit	Hohe Intelligenz und Introspektionsfähigkeit	Geringe Intelligenz und Introspektionsfähigkeit
Vorherrschende Bewältigungsstile	Intrapsychische, ereignisdistanzierte Bewältigungsstile	Aktionale und ereigniszentrierte Bewältigungsformen
Behandlungserwartungen	Präferenz für weniger strukturierte und nichtdirektive Behandlungen	Präferenz für strukturierte und direktive Behandlungen
Familiäre und soziale Aspekte		
Familiäre Problembelastung	Sozial integrierte Familien mit geringer sonstiger Belastung	Familien mit multiplen Belastungen und sozialen Problemen
Bindung und Organisationsgrad	Familien mit tragfähigen Bindungen und hohem Organisationsgrad	Familien mit wenig tragfähigen Bindungen und geringem Organisationsgrad
Familiäre Beziehungsstruktur	Rigide und verstrickte Familienbeziehungsstrukturen	Chaotische und desintegrierte Familienbeziehungsstrukturen

2.4 Klientenzentrierte Spieltherapie für Erwachsene

Die Spieltherapie für Erwachsene besteht aus einer Komposition aus der Gesprächspsychotherapie für Erwachsene nach ROGERS (1983 a, b) und der klientenzentrierten Spieltherapie für Kinder nach SCHMIDTCHEN (1996 a). Grundgedanke ist, die klientenzentrierte Spieltherapie als Therapieverfahren für Kinder auf erwachsene Klienten zu übertragen. Den erwachsenen Klienten soll es ermöglicht werden, im Rahmen der klientenzentrierten Spieltherapie maßgebliche Selbsterfahrungen zu machen und sich selbst zu verwirklichen. Das Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene könnte damit ein wichtiger, notwendiger Schritt für eine weitere Realisierung des von HUIZINGA (1956) wiederentdeckten *homo ludens* sein.

Im folgenden sollen die grundlegenden Aspekte zum Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene beschrieben werden. Dazu anschließend soll ausführlich auf das Therapeutenverhalten in der Erwachsenenspieltherapie eingegangen werden.

2.4.1 Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene

Das innovative am Konzept einer klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene besteht mit Einschränkung darin, daß das Spiel neben dem Gespräch als ein wichtiges Ausdrucks- und Kommunikationsmedium verwendet wird. Das bedeutet, daß in der Therapie die Interaktion zwischen dem Klienten und dem Therapeuten zum größten Anteil über das Spiel und nicht über das Gespräch erfolgt. Das Spiel dient dem Klienten als Medium zur Kommunikation mit sich selbst und als Medium zur Kommunikation mit dem Therapeuten (SCHMIDTCHEN, 1996 a, S. 7).

Eine Bedingung, damit das Spiel in der Therapie seine heilungsfördernden Funktionen entfalten kann, sind die Rahmenbedingungen einer klientenzentrierten Therapeut-Klient-Beziehung. Diese Beziehung ist durch den psychologischen Kontakt beider Personen, durch die Störungswahrnehmung des Klienten sowie durch das freundliche, akzeptierende und kongruente Einfühlen des Therapeuten geprägt.

Persönliche Themen und emotionale Stimmungen können vom Klienten im Spiel symbolisiert ausgedrückt werden. Der Ausdruck auf einer spielerisch-szenischen Ebene fällt dem Klienten meist leichter als auf der gewohnten sprachlichen Kommunikationsebene. Die freie Wahl der Spielebene kann für den Klienten eine entlastende Funktionen haben.

Der Klient kann in der Spieltherapie *intrinsisch motiviert* (vgl. SUTTON-SMITH, 1978, S. 44 f), das heißt von Innen heraus, die Art und die Dauer der Spiele frei wählen. Auch liegt beim Klienten die freie Entscheidung, welche Themen er im Spiel bearbeiten will

und ob er allein oder mit dem Therapeuten zusammen spielen will. Es gibt Klienten, die mit einem Anliegen in die Therapiestunde gehen und die spielerische Umsetzung schon vor Augen haben („Ich fahre nächste Woche in den Urlaub - laß uns diese Szene mit den Handpuppen spielen!“). Andere Klienten fangen mit einem spontan gewählten Spiel an und entdecken dann im Verlauf überrascht, daß sie ein ihnen bereits bekanntes Thema inszenieren (Ein Klient modelliert etwas im Sandkasten und entdeckt plötzlich: „Das sieht ja aus wie meine alte Schule! Hier ist das Hauptgebäude, hier die Turnhalle. Dort ging ich fünf Jahre zur Schule. Mir ist jetzt so, als ob das Gestern war...!“).

Das Gespräch wird in der Erwachsenenspieltherapie so verwendet, daß Themen, Anliegen vor, im und nach dem Spiel vom Therapeuten auf der Spiel- und Gesprächsebene klientenzentriert begleitet werden. Der Anteil des Gesprächs liegt mit 24,2% (WULF, 1998, S. 69) unter einem Viertel der Gesamtzeit der Therapie. Wichtig ist für einige Klienten das Gespräch am Beginn der Stunde, sozusagen als Warming-up. Hier können vom Klienten und/oder Therapeuten periphere Inhalte besprochen werden (das Wetter, das letzte Seminar u.a.), um mit dem Gegenüber in Kontakt zu kommen. Andere Klienten fangen dagegen ohne ein vorangestelltes Gespräch ein Spiel an. Im Gespräch können aber auch zu Beginn der Stunde bzw. nach einem abgeschlossenen Spiel konkrete Anliegen erfaßt und konkretisiert werden.

Das Angebot an *Spielmaterial* im Therapiezimmer ist umfangreich (s. SCHMIDTCHEN, 1996, S. 110 f) und wird von den erwachsenen Klienten umfassend gebraucht. Gesellschaftsspiele (Regelspiele), wie zum Beispiel »Schach«, »Mensch-ärgere-Dich-nicht« und »Memory«, werden von den Klienten oft in den ersten Therapiekontakten gewählt. Sie erlauben dem Klienten ein Sondieren des Settings und ein Kennenlernen des Therapeuten. Andererseits werden Gesellschaftsspiele im Verlauf der Therapien oft dann gewählt, wenn der Klient Entspannung sucht. Diese Entspannung ist oftmals nötig, wenn der Klient mit dem Therapeuten in der Therapie intensiv an einem Anliegen gearbeitet hat. Das Bedürfnis nach Entspannung kann von dem Klienten auch zu Beginn der Therapiestunde geäußert werden, wenn er aufgrund aktueller Situationen, zum Beispiel einem Streit mit dem Beziehungspartner am Morgen, innerlich stark angespannt ist. Da diese Anspannung ihn dann möglicherweise an einem ungehinderten freien intrinsisch motivierten Spiel hindern würde, wählt er ein Spiel aus, in welchem er im Kontakt zum Therapeuten entsprechende Entspannung findet. Eine ähnliche Entspannung findet der Klient auch dann, wenn er sich vom Therapeuten aus einem Buch - meist einem Kinderbuch, wie »Pippi Langstrumpf« und »Pu der Bär« - vorlesen läßt.

Die von den Klienten in der Erwachsenenspieltherapie gewählten Spiele lassen sich in folgende Spielarten unterteilen: *Spiele mit Handpuppen*, *Wettkampfspiele*, *Rollenspiele* und *Kreative Spiele*. Diese Spielarten werden im folgenden dargestellt.

Die *Handpuppen*, Kasperlepuppen, das Puppenhaus, das »Playmobil« und die »Hi-Man«-Figuren werden von den Klienten in typischen Puppenspielen in unterschiedlicher Art und Weise in Gebrauch genommen. Im freien Spiel können von den Klienten, aber auch vom Therapeuten, Themen entdeckt und im weiteren inszenierten Spiel vertieft werden. Auch können zum Beispiel durch ein Gespräch aufgespürte Anliegen im Puppenspiel aktiv inszeniert und erlebbar gemacht werden.

Wettkampfspiele, wie Basketball, Fußball, Kegeln, Tischfußball und Federball, erlauben dem Klienten - ähnlich wie bei den Gesellschaftsspielen - im Kontakt mit dem Therapeuten eine gewisse Distanz zu persönlichen Themen zu halten, bzw. eher auf indirektem Wege mit einem Anliegen in Kontakt zu gehen (Ein Klient berichtet zum Beispiel - während er ständig versucht, den Basketball in den Korb zu werfen - von den Problemen seiner Tochter in der Schule). Zudem besitzen die Wettkampfspiele für den Klienten motorische Übungsfunktionen. Grob- und Feinmotorik können hier, wie zum Beispiel auch beim Spiel mit dem Trampolin, dem Gymnastikball, dem »Pedalo« oder den Schaumstoffpolstern, eingeübt und verbessert werden. In diesen Spielen kommt es recht oft auch zum körperlichen Kontakt zwischen dem Klient und dem Therapeuten. Vielfach überprüft der Klient in diesen Spielen die Sicherheit der Therapeut-Klient-Beziehung und baut dabei zunehmend Vertrauen zum Therapeuten auf.

Im *Rollenspiel* können der Klient und der Therapeut in ähnlicher Weise arbeiten. Die gewählten Rollen können vom Klienten stets verändert werden. Ein Wechsel von einer Rolle zur anderen erlaubt einen stetigen Wechsel der Perspektive bei der Betrachtung der Situationen. Der Therapeut kann hier aktiv mitspielen, aber auch gegebenenfalls in einer direktiven Art und Weise Vorschläge für Veränderungen der Spielabläufe und für Rollenwechsel geben. Von großem Nutzen für das Rollenspiel in der Therapie ist daher ein Fundus an Verkleidungs- und Gestaltungsmaterial.

Kreative Spiele, wie Malen mit Tusche, Fingerfarbe, Kreide und Buntstiften, Modellieren mit Knetmasse, Ton und nassem Sand sowie Musizieren werden von dem Klienten in der Regel ohne bestimmte Intention begonnen. Nur selten steht von vornherein ein eindeutiges Thema (wie zum Beispiel: „Ich male ein paar Monster!“) fest. Die Themen entstehen meist aus dem Spiel selbst heraus. Wenn der Klient das Spiel alleine gestalten will, hält sich der Therapeut aus der Spielinszenierung und dem Spiel vorerst heraus. Er kann aber auch zum Beispiel durch Nachfragen das Anliegen des Klienten konkretisieren und sich (und vielleicht auch dem Klienten) damit ein klareres Bild von der Situation machen. Wird er vom Klienten aufgefordert mitzuspielen, kann er vom Klienten in die zu spielende Rollen eingewiesen werden. Manchmal wird der Therapeut auch aufge-

fordert „einfach mitzuspielen“. Dann kann er sehr frei die Rollen gestalten. Das freie Mitspiel gibt ihm auch die Möglichkeit auf der Spielebene zu intervenieren (s.u.).

In der Spieltherapie werden von dem Klienten verschiedene *Bereiche von Spielthemen* und persönlichen Anliegen angesprochen und bearbeitet (s. Kap. 2.5.2). Hierzu gehören insbesondere Aspekte der Wahrnehmung und Äußerung von eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen. Aber auch die Wahrnehmung und das Akzeptieren von Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen anderer Menschen. Auch die Beziehungen des Klienten zu nahen Bezugspersonen, wie zum Beispiel Beziehungspartner, Eltern und Kinder, kann der Klient in der Spieltherapie klären.

Im intrinsisch motivierten Spiel werden frühere Erfahrungen, Inhalte sowie Emotionen des Klienten in einer Art regressiver Dynamik aus dem präverbalen szenischen Gedächtnis reaktiviert und auf der Spielebene wiederbelebt und ausgelebt. Diese Prozesse des Wiedererlebens werden von Außen durch ein hohes Ausmaß an Gefühlen wie der Trauer, Wut und Aggression auf der einen Seite - und Gefühlen der Freude, Lebenslust und des Mutes auf der anderen Seite sichtbar. Unterstützt werden diese Prozesse durch die warme, akzeptierende und schützende Therapeut-Klient-Beziehung (s. Kap. 2.4.2).

Innerhalb dieser Dynamik des vertieften Spiels können wichtige Lern- sowie Übungserfahrungen gemacht werden. Diese Erfahrungen können zum Beispiel neue Annahmen zum Selbstkonzept sein, welche gegebenenfalls in das Selbstkonzept integriert werden. Alte, festsitzende Schemata können so verändert, ergänzt beziehungsweise beseitigt werden. Gerade in diesen Prozessen zeigen sich die von SCHMID (1994, S. 307) beschriebenen Aspekte der Aktualisierungstendenz im Spiel.

Nach dem Spiel wird das vom Klienten und vom Therapeuten im Spiel Erlebte sowie die Spielinhalte und Spielthemen im Gespräch reflektiert. Hierbei hilft der Therapeut im klientenzentrierten Gespräch zum Beispiel durch empathisches Verstehen und durch Nachfragen und Konkretisieren.

Das Schwergewicht der Arbeit besteht weniger in der Beseitigung von störenden Verhaltensweisen, als im Erlernen von gesunden Verhaltensweisen, Einstellungen und Wahrnehmungen (ECKERT, 1996, S. 125). Die Klienten sollen durch die heilenden Kräfte des Spiels zum Erwerb von Kompetenzen gelangen, um ihre Bedürfnisse besser wahrzunehmen und zu befriedigen.

2.4.2 Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene

In diesem Teil werden Aspekte des Therapeutenverhaltens in der Spieltherapie für Erwachsene veranschaulicht. Die Bereiche des Therapeutenverhaltens, die schon bei der Gesprächspsychotherapie (Kap. 2.2.2) bzw. der klientenzentrierten Spieltherapie (Kap. 2.3.2) erläutert worden sind, werden zusammengefaßt erklärt. Ausführlicher werden die verschiedenen Ebenen der Interventionen des Therapeuten im Spiel und im Gespräch beschrieben.

Im Zentrum der therapeutischen Arbeit steht das Streben nach einer therapeutischen Beziehung. Hierfür macht der Therapeut ein Beziehungsangebot, welches insbesondere durch die Merkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Empathie* und *Kongruenz* gekennzeichnet ist.

Die *Akzeptanz (Wärme)* ist nicht als eine immerwährende Haltung dem Klienten gegenüber zu verstehen. Sie bezieht sich auf das Erleben des Therapeuten im Kontakt mit dem Klienten. Dies bedeutet, daß er nicht all das Verhalten und die Einstellungen des Klienten für gutheißen soll, sondern daß er den Klienten so wie er ist akzeptiert.

Die *Empathie* des Therapeuten zeichnet sich dadurch aus, daß er versucht, sich in den Momenten des Spiels und des Gesprächs in den Klienten einzufühlen. Dies bedeutet, daß der Therapeut stets bemüht ist, sich in das innere Geschehen des Klienten hineinzuversetzen, das Spiel des Klienten sensibel und wach wahrzunehmen und sich den dahinterliegenden Gefühlen bewußt zu werden und sie zu verstehen. Die wahrgenommenen Gefühle teilt der Therapeut dem Klienten im Spiel nonverbal mit. Zum Beispiel kann der Therapeut durch die Art und Weise, wie der er sein Mitspiel gestaltet, dem Klienten dessen ausgedrückten Gefühle auf nonverbalem Wege spiegeln.

Die *Kongruenz* des Therapeuten beschreibt, daß der Therapeut im Kontakt zum Klienten seiner eigenen Person gewahr ist. Eigene Gefühle und Einstellungen müssen ihm zugänglich sein. Dies können Gefühle der Verwirrung, des Ärgers oder der Enttäuschung, aber auch der Freude sein. Auslösend hierfür können jeweils Bedingungen, Situationen innerhalb oder außerhalb der Therapie sein. Der Therapeut muß diese Gefühle einzuordnen wissen. Wenn es für ihn wichtig ist, muß er diese Gefühle, Wahrnehmungen und Einstellungen für sich klären und sie gegebenenfalls dem Klienten mitteilen. Solche Momente können dann später in der Supervision mit aufgegriffen werden (vgl. Kap. 3.2.4). Klärt der Therapeut diese Gefühle nicht, können sie ihn derart beeinflussen, daß er seine Empathie oder seine Akzeptanz dem Klienten gegenüber verliert. Die Verminderung von Inkongruenz auf Seiten des Klienten stellt ein grundsätzliches Therapieziel dar. Die Kongruenz bzw. der Prozeß der Beseitigung von Inkongruenz des Therapeuten hat neben der reinigenden Wirkung für den Therapeuten gleichzeitig auch die Funktion als Modell für den Klienten.

Die *Vertiefung des Therapeuten im Mitspiel* beschreibt den Aspekt, daß der Therapeut intensiv mitspielt, wenn der Klient es wünscht. Dazu gehört, daß der Therapeut sich mit den Spielen auskennt, Lust am Spiel hat und sich auf diese bestimmte Art des Mitspielens einstimmt. Der Therapeut muß stets darauf achten, den Überblick über die Therapiesituation zu bewahren. Gerade dann, wenn wichtige Themen des Klienten im Spiel bearbeitet werden, kann ein Heraushalten beim Mitspiel angebracht sein. Der Therapeut behält die Übersicht und damit die Therapeutenrolle. Der Therapeut ist nicht als Spielfreund oder -kumpel zu betrachten, er bleibt stets Therapeut. Hierdurch wird vermieden, daß der Therapeut unbewußt eigene Themen mit einbringt. Dient das Spiel der Kurzweil und Entspannung (z.B. Tischfußballspiel) und festigt auch die Therapeut-Klient-Beziehung auf der Ebene des Miteinanders, kann der Therapeut seine Rolle etwas lockern und sich persönlich noch stärker einbringen.

Die *Interventionen* des Therapeuten geschehen auf der Spiel- und der Gesprächsebene. Während des Spiels des Klienten kann der Therapeut drei verschiedene Rollen einnehmen: a) die Rolle des von außen Beobachtenden; b) die Rolle des vom Klienten angeleiteten, instruierten Mitspielers und c) die Rolle des frei Mitspielenden. Die Wahl der jeweiligen Rolle des Therapeuten ergibt sich aus den Anweisungen des Klienten („Ich spiele jetzt allein mit dem Schaf. Du kannst zugucken“; „Ich spiele jetzt mit dem Schaf. Du kannst den Affen spielen und zwar kommt der jetzt ganz aufgeregt zum Schaf gelaufen und erzählt ihm, daß der Wald brennt“; „Ich spiele jetzt mit dem Schaf und Du kannst irgendwie mitspielen. Nimm´ Dir irgendeine Handpuppe und spiele einfach mit“). Entsprechend der zugewiesenen Position handelt und interveniert der Therapeut auch differenziert.

a) In der *Beobachterrolle* zu sein bedeutet für den Therapeuten nicht, in einer passiven Rolle zu sein, sich aus dem Geschehen zurückzuziehen. Er hat lediglich eine den Klienten begleitende Position inne, die sich eher außerhalb des Klientenspiels befindet. Nicht direkt in die Spielgestaltung und -inszenierung eingreifend nimmt er aktiv am Handeln und Erleben des Klienten teil und teilt dem Klienten seine Wahrnehmungen mit. Insbesondere während der Spielinszenierung und des Spielanfangs gilt die Regel des non-direktiven Konzeptes: Der Klient weist den Weg, der Therapeut folgt ihm (AXLINE, 1996). Nachfragend, kommentierend kann er sich - aber auch dem Klienten - über die Spielsituation und dem Spielverlauf ein klareres Bild machen. Bei Bedarf interveniert der Therapeut aus der Beobachterrolle heraus. Zum Beispiel könnte er durch das Aufzeigen von alternativen Handlungsmöglichkeiten Hilfestellungen bei der Lösung von problematischen Situationen geben.

b) In der Rolle des vom Klienten *angeleiteten Mitspielers* kann der Therapeut in der Phase der Spielinszenierung, zum Beispiel wie bei der Rolle als Beobachter, bereits durch gezieltes Nachfragen die Struktur des Spielgeschehens und dessen Hintergründe

für sich und den Klienten transparenter werden lassen. Während des Spiels kann der Therapeut in verschiedenen Weisen intervenieren. Beispiele hierzu werden unten genannt.

c) Als *freier Mitspieler* hat der Therapeut die Aufgabe, sich durch sein empathisches Verstehen in die Bedürfnisse und Motive des Klientenspiels hineinzusetzen. Er muß spüren, wie er am besten im Sinne des Klienten und im Sinne für den Klienten, die Spielrollen einnimmt. Ziel sollte es insbesondere am Spielanfang sein, mit dem Klienten ein Spiel zu entwickeln, welches zum Beispiel eine stark affektive Dynamik entwickelt. Diese Dynamik kann sich durch ein hohes Ausmaß an Lustgefühlen, an Lebendigkeit und Motivation ausdrücken. Im Spielverlauf kann der Therapeut bei Bedarf durch aktive Spielgestaltung und Einflußnahme auf den Spielablauf in diesem Prozeß intervenieren.

Die Interventionen des Therapeuten auf der Spiel- und auf der Gesprächsebene können von unterschiedlicher Art sein. Neben dem Spiegeln von Handlungen, Wahrnehmungsweisen, Einstellungen und Gefühlen des Klienten, kann der Therapeut zum Beispiel jeweils in verbaler oder nonverbaler Weise bestimmte Aspekte im Spielgeschehen und Erleben des Klienten hervorheben (Pointieren). Dabei kann der Therapeut den jeweiligen Aspekt (z.B. erzählt der Klient in der Figur des Hundebabies, wie wohl es sich in der Familie fühlt) im Spiel und im Gespräch durch Betonung der Position des Klienten, durch das Aufdecken und Betonen von Ambivalenzen im Erleben und Bewerten des Klienten und auch durch das Setzen von Gegenpositionen hervorheben und dem Klienten bewußt machen.

2.5 Erste Ergebnisse einer Spieltherapie für Erwachsene

WULF hat 1998 in ihrer Dissertation erste Ergebnisse zur klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene zusammengetragen. Teile hieraus werden im nun folgenden Kapitel zusammengefaßt referiert.

2.5.1 Beschreibung des Spielverhaltens und der dabei auftretenden Prozesse bei den Erwachsenenklienten

Eine *Analyse der Spiel- und Gesprächszeiten* zeigt, daß die Erwachsenenklienten durchschnittlich 71,1% der Therapiestunde mit Spielen verbringen. Der im Vergleich zu Kinderklienten (93%) geringere Anteil an Spielzeit entsteht durch einen verstärkten verbalen Austausch der Klienten mit dem Therapeuten. Durchschnittlich spielen die

Klienten *zwei Spiele* pro Therapiestunde. Die Spiele sind durchschnittlich 21,2 Minuten lang (minimale Länge = 24 Sekunden; maximale Länge = 62 Minuten). Die hohe Spontaneität der Spielwahl wird durch eine kurze *Explorationzeit* vor Beginn der Spiele verdeutlicht. Die Zeit beträgt im Durchschnitt 2,2 Minuten.

Die 12 Klienten haben in den 147 Kontakten insgesamt 257 Spiele gespielt. Vornehmlich waren dies Spiele mit Figuren (Puppen, Stofftieren oder Handpuppen) oder mit der eigenen Person (Rollenspiele, Wettkämpfe oder Bewegungsspiele). Vorrangig wurden *Sozialspele* mit 52,6% gespielt. Dazu im Vergleich wurden die *Motorischen Übungs- und Funktionsspele* mit 10,1%, die *Gestaltungsspele* mit 12,4% und die *Regelspele* mit 24,9% seltener gewählt.

Bei der Betrachtung der einzelnen Spielklassen zeigt sich, daß die *Puppenspele* (mit 19,5%) am häufigsten gewählt werden. WULF begründet die hohe Auftretenshäufigkeit damit, daß das Puppenspiel besonders gut zur szenischen Gestaltung von komplexen sozialen Systemen geeignet sei. „Es ermöglicht sowohl Identifikationsprozesse als auch die Rollenausgestaltung verschiedener Personen eines sozialen Umfeldes. Es erlaubt zudem eine personifizierte Darstellung verschiedener eigener Persönlichkeitsanteile mit einer möglichen Rollendistanzierung“ (WULF, 1998, S. 106).

Sozial-Kreative-Spele nehmen einen Anteil von 10,9% ein. WULF (1998, S. 106) nimmt an, daß hier wahrscheinlich die Gestaltung von Dingen im Vordergrund steht. Im Gestaltungsprozeß können unbewußte Gedächtnisinhalte eine Form erhalten, die vom Klienten auf diese Weise erfaßt und betrachtet werden können. Von allen Spielen werden zu 7,8% *Sozialspele mit Körperkontakt* gespielt. Diese Spiele bieten nach WULF (1998, S. 106) die Möglichkeiten, Spaß an und in der Bewegung zu erleben. Sie haben durch ihre Form einen distanzreduzierenden, nähelfördernden Effekt. - Eine Übertragung von Erlebensmustern auf symbolisch-szenische Zusammenhänge ermöglichen sogenannte *Erzählspiele*, welche mit einem Anteil von 7,4% gespielt werden.

Analyse der Variablen zum Spielgeschehen der Erwachsenenklienten

Zur *Beschreibung des Spielgeschehens* wurden Beurteilungen durch die Klienten zu folgenden Variablen die *durchschnittlichen Ausprägungen* nach jedem Therapiekontakt erfaßt: *Initiative des Klienten bei der Spielwahl*, *Motivation des Klienten bei Spielbeginn*, *Bedeutsamkeit des Spiels für den Klienten*, *„Kind-Ich“-Anteil im Spiel*, *Ausmaß an Lernen*, *Ausmaß an Üben* und *Ausmaß an Entspannung*. Die Ergebnisse werden in Tabelle 4 dargestellt und im folgenden beschrieben.

Tabelle 4: Ausprägung der Variablen zum Spielgeschehen der Erwachsenenklie-
ten (aus WULF, 1998, S. 108) Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM_{ges}). Anzahl der Thera-
 apien: $N = 9-12$. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 =
 hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein beziehungsweise sehr geringes
 Ausmaß.

Variablen zum Spielgeschehen	AM_{ges}
Initiative bei der Spielwahl (%)	87 %
Motivation	3.63
Bedeutsamkeit des Spiels	3.68
Ausmaß an Lernen	2.80
Ausmaß an Üben	2.66
Ausmaß an Entspannung	3.20
„Kind-Ich“-Anteil (%)	43 %

WULF (1998, S. 108 f) konnte aufzeigen, daß die Klienten *intrinsisch motiviert* an die Spielgestaltung herangehen. Die Klienten besitzen jeweils ein hohes Ausmaß in der *Initiative bei der Spielwahl* (87%) und in der *Motivation zum Spiel* ($AM_{ges} = 3.63$).

Das Spiel wird von den erwachsenen Klienten als wichtiges Medium der therapeutischen Kommunikation angenommen, denn die Klienten weisen dem Inhalt der Spiele eine durchschnittliche *Bedeutung* im hohen Ausmaß ($AM_{ges} = 3.68$) zu. Je intensiver die Klienten das Spiel im Verlauf der Therapien kennenlernen, desto stärker steigt im Phasenverlauf seine Bedeutung an. Sie verändert sich im signifikanten Anstieg von der Anfangsphase mit $AM_1 = 3.46$ auf die Mittelphase mit $AM_2 = 3.81$ (WULF, 1998, S. 109 f).

Nach WULF (1998, S. 110) ist die klientenzentrierte Spieltherapie ein Therapiekonzept mit erlebnisaktivierender Ausrichtung, denn die „Umsetzung von szenischen Gedächtnisinhalten“ in Spielhandlungen stellt die „wichtigste Dynamik“ dar. Dies wird durch mittlere Intensitäten der Merkmalsausprägungen der Variablen *Lernen* ($AM_{ges} = 2.80$) und *Üben* ($AM_{ges} = 2.66$) belegt. Außerdem stellt das gefundene mittlere Ausmaß an *Entspannung* ($AM_{ges} = 3.20$) ein optimales Aufnahmeniveau zum Beispiel für Prozesse der Bewußtwerdung und Reaktivierung von Erfahrungen dar.

Das Spiel ermöglicht den Klienten, sich gleichzeitig in der Kind- und Erwachsenenrolle zu erleben, denn der „*Kind-Ich*“-Anteil der Klienten liegt mit 43% im mittleren Bereich. Es werden von den Klienten im Spiel sowohl Prozesse, die sich auf Erfahrungen, auf soziale und entwicklungsbezogene Leistungen in den verschiedenen Altersabschnitten der Kindheit beziehen (s. Kapitel 3.2.5, *Variable Ie.*), als auch Prozesse aus dem Alltag des Erwachsenen erlebt. Die Klienten können im Spiel Verbindungen zu

ursprünglichen bzw. abgespaltenen Bedürfnissen wahrnehmen und diese Bedürfnisse fördern und integrieren.

Das Spiel bietet die Möglichkeit und den Rahmen der freien Gestaltung und Wahl der *Regression* und *Regressionstiefe*. Der durchschnittliche Anteil der Spiele, die mit einem „*Kind-Ich*“-Anteil von mindestens 40% auf Regressionseffekte schließen lassen, liegt bei durchschnittlich 63%,- schwankt individuell zwischen 30% und 94% (s. WULF, 1998, S. 111, Tab. 21). Finden Regressionseffekte innerhalb der Spiele statt, so liegen sie am häufigsten in der Altersstufe *7-12 Jahre* (38.9% aller Spiele). Nach WULF (1998, S. 111) bedeutet dies, daß oft Themen aus dieser Zeit, dem *Grundschulalter* und der *Vorpubertät*, in den Spielen bearbeitet werden. Dies sind zum Beispiel Themen des *Erbringen von schulischen Leistungen*, das *Verstehen und Gehorchen der Anweisungen einer Lehrerin* sowie die *Zurückstellung eigener Impulse* und die *Vorbereitung auf die Geschlechterrolle*.

Zwischen dem „*Kind-Ich*“-Anteil und den oben dargestellten Spielvariablen *Üben*, *Entspannung*, *Bedeutsamkeit des Spiele* und *Motivation* lassen sich folgende hypothetischen Wechselwirkungen aufzeigen: Je stärker motiviert ein Klient zum Spielbeginn eines Spieles ist, desto eher wird er in diesem Spiel Regressionseffekte erleben, welche sich wiederum intensivierend auf das Spielerleben (*Üben*, *Entspannung* und *Bedeutsamkeit der Spiele*) auswirken.

Analyse der Variablen zum Klientenerleben des Therapiegeschehens

Um das *Klientenerleben des Therapiegeschehens* beschreiben zu können, wurde eine Reihe von Klientenvariablen erfaßt. Die Klienten gaben ihre Beurteilungen zu Variablen nach einem zeitlichen Abstand zur Therapiestunde ab. Die Beurteilungen beziehen sich teilweise auf die jeweilige *durchschnittliche* oder *maximale Ausprägung* der Variablen in der Therapiestunde. Die Variablen werden in der von WULF (1998, S. 126 f) vorgenommenen theoretischen Einordnung dargestellt und in ihren Ausprägungen beschrieben.

Emotionale Aspekte des Spielgeschehens

Beurteilung der *maximalen Ausprägungen* der Variablen *Aggressive Impulse*, *Trauer*, *Wut* und *Angst*.

Die Analyse der durchschnittlichen Merkmalsausprägungen und Standardabweichungen für den Gesamtzeitraum und über den Therapieverlauf (3 Phasen) für jede Variablen zeigt, daß in der klientenzentrierten Spieltherapie die Erwachsenenklienten über den Gesamtzeitraum der Therapie betrachtet nur geringe Ausprägungen in den Variablen

aufweisen, welche belastende emotionale Inhalte beschreiben (*Aggressive Impulse*: $AM_{ges} = 2.04$; *Trauer*: $AM_{ges} = 2.03$; *Wut*: $AM_{ges} = 1.81$ und *Angst*: $AM_{ges} = 1.80$). Die Mittelwerte für die Merkmalsausprägungen variieren jedoch innerhalb der Klientengruppe ($s = .54$ bis $.80$), d.h. es läßt sich insbesondere für die Merkmale *Aggressive Impulse* ($s = .80$) und *Wut* ($s = .61$) eine gewisse *Heterogenität* im Gefühlserleben feststellen.

Das Spiel erlaubt dem Klienten demnach, „emotionale Inhalte auf Objekte des Spielgeschehens zu projizieren, wodurch eine angemessene emotionale Distanz hergestellt werden kann“ (WULF, 1998, S. 127). Im Verlauf der Therapien kommt es zu karthartischen Prozessen und einem gesteigerten Zugang der Klienten zu eigenen Gefühlen; dies wird durch eine tendentielle Zunahme des Merkmals *Wut* von der Mittel- zur Endphase hin belegt.

Selbstzentrierte-motivationale Aspekte

Beurteilung der *durchschnittlichen Ausprägungen* der Variablen *Lernen in der Stunde* und *Schwierigkeiten der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle* und Beurteilung der *maximalen Ausprägungen* der Variablen *Vertiefung im Spiel* und *Spaß*.

Die Klienten *vertiefen sich im Spiel* durchschnittlich in einem hohen Ausmaß ($AM_{ges} = 3.89$), was belegt, daß das Spiel von den Erwachsenenklienten als Kommunikationsmedium in der Therapie angenommen wird (s.o. Erläuterungen zum Merkmal *Bedeutung der Spiele*). Dies weist nach WULF (1998, S. 128) auf entsprechende *tranceinduzierende Wirkungen* des Spiels auf die Erwachsenenklienten hin. Regressive Prozesse werden in den Spielhandlungen ermöglicht.

In den Spielstunden machen die Klienten in einem mittleren Ausmaß ($AM_{ges} = 3.37$) *Lernerfahrungen*. Dies weist auf die *erlebnisaktivierende Ausrichtung* der klientenzentrierten Spieltherapie hin.

Innerhalb der Therapiekontakte erleben die Klienten *Spaß* von hohem Ausmaß ($AM_{ges} = 3.82$). WULF betont, daß „*Spaß* den belastenden und bedrückenden Gefühlen entgegen (steht), die bei einer Bearbeitung psychologischer Themen erwartet werden“ (1998, S. 128) und spricht von einer limitierenden Wirkung auf die emotionalen Aspekte. Meiner Meinung nach muß beachtet werden, daß es sich bei den angegebenen Merkmalsausprägungen um *maximale* Werte und nicht um durchschnittliche Werte für die jeweiligen Therapiestunden handelt. Wie zu beobachten ist, kann es innerhalb einer Stunde phasenweise zu hohen bis sehr hohen Ausprägungen einerseits im erlebten *Spaß* und andererseits in den emotionalen Aspekten (*Trauer, Aggression, Wut*) kommen. Gerade ein ausgewogenes Verhältnis bzw. ein Wechsel von positiven und negativen (belastenden) Emotionen könnte für eine erfolgreiche Therapie ausschlaggebend sein.

Insgesamt haben die Klienten geringe *Schwierigkeiten mit der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle* ($AM_{ges} = 2.32$). Dies deutet nach WULF (1998, S. 128) darauf hin, daß die Kind- und Erwachsenenanteile weniger verwoben sind als zu erwarten wäre und daß die Erwachsenenklienten das Spiel als therapeutisches Medium annehmen.

Interaktive Aspekte

Beurteilung der *durchschnittlichen Ausprägungen* der Variablen *Offenheit dem Therapeuten gegenüber, Sich vom Therapeuten verstanden fühlen, Echtheit des Erwachsenenklienten, Nähe zum Therapeuten* und *Selbstbehauptungsverhalten*.

Die Merkmale der *Interaktiven Aspekte* weisen allesamt eine durchschnittlich hohe Ausprägung auf ($AM_{ges} = 3.54$ bis 3.99). *Offenheit dem Therapeuten gegenüber, Echtheit des Klienten* und auch *Sich vom Therapeuten verstanden fühlen* werden im klientenzentrierten Konzept als Grundvoraussetzungen betrachtet, die für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit vorhanden sein müssen. Die hohen Merkmalsausprägungen zeigen auf, daß in den Therapiekontakten das Klima für erfolgreiche Klientenzentrierte Psychotherapie gegeben ist. Nach WULF (1998, S. 130) zeigen sich die Klienten mit ihrer *Offenheit* und *Echtheit* im Kontakt zum Therapeuten authentisch und bereit psychologische Themen zu bearbeiten.

Die signifikante Zunahme der *Echtheit des Klienten* von der Mittel- ($AM_2 = 3.71$) zur Endphase ($AM_3 = 4.12$) veranschaulicht einerseits, daß die Klienten zum Therapeuten im Therapieverlauf ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Andererseits weist sie auf eine Verminderung der Inkongruenz des Klienten hin.

Abschließend verdeutlicht das hohe Ausmaß von *Selbstbehauptungsverhalten* ($AM_{ges} = 3.54$) nach WULF (1998, S. 130), daß der geschützte Rahmen der Spieltherapie den Klienten die Möglichkeit bietet, sich für seine Wünsche und Bedürfnisse einzusetzen.

2.5.2 Effekte der Spieltherapie für Erwachsene

Als Erfolgskriterium wurde die Variable *Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* gewählt. Die Klienten formulieren hierfür nach dem Therapieende *Ziele*, die für sie im Therapieverlauf relevant gewesen sind. Dies waren zum Beispiel folgende Ziele: „Ich möchte mich mutiger unangenehmen Situationen stellen können“ und „Ich möchte mehr spüren, was ich für *Wünsche und Bedürfnisse* habe“ (WULF, 1998, S. 76).

Die von den zwölf Klienten genannten 133 Therapieziele (für jeden Klienten durchschnittlich 11,0) wurden in einem *Katalog von Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* 10 Themenkomplexen zugeordnet (WULF, 1998, S. 76 f). Diese sind in der Tabelle 5 aufgeführt. Die oben im Beispiel genannten Ziele wurden entsprechend den Komplexen

der *Verbesserten Bewältigung unangenehmer Situationen* und der *Wahrnehmung von Gefühlen und von Bedürfnissen* zugewiesen.

Die 10 Themenkomplexe ließen sich wiederum in die vier Zielbereiche *Selbstwahrnehmung, Erinnerung an die Kindheit und Akzeptanz von Gefühlen und Bedürfnissen, Autonomieentwicklung, Kontaktgestaltung zu primären Bezugspersonen* und *Zunahme von Handlungskompetenz* unterteilen.

Zu den genannten Therapiezielen gaben die Klienten jeweils eine Beurteilung für deren durchschnittlichen Verbesserung ab. Das Ausmaß der Verbesserung wurde auf einer fünfpoligen Ratingskala eingeschätzt (1 = sehr geringes Ausmaß an Verbesserung; 2 = geringes Ausmaß an Verbesserung; 3 = mittleres Ausmaß an Verbesserung; 4 = hohes Ausmaß an Verbesserung; 5 = sehr hohes Ausmaß an Verbesserung). Das arithmetische Mittel aus diesen Beurteilungen ergibt das Ausmaß für die durchschnittliche Verbesserung der *Kompetenzen zur Selbstverwirklichung*. Die durchschnittliche Verbesserung der *Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* ist von mittlerer Intensität (AM = 3.28). Für fast die Hälfte der Klienten (41,7%) erreicht die Kompetenzzunahme sogar mindestens ein hohes Ausmaß.

Über die einzelnen Zielbereiche betrachtet, zeigt sich, daß der Zielbereiche A: *Selbstwahrnehmung, Erinnerung an die Kindheit und Akzeptanz von Gefühlen und Bedürfnissen* (AM = 3,47) und der Zielbereich D: *Zunahme an Handlungskompetenz* (AM = 3,50) leicht überdurchschnittliche Mittelwerte aufweisen. Zusätzlich belegt die Analyse bezogen auf die Zielkassen, daß die Zielklasse A2: *Erinnerung an Kindheitsepisoden* (AM = 4.0) und die Zielklasse D1: *Erleben und Ausdruck von Lebensfreude und Freiheit* (AM 3,7) sogar eine Kompetenzverbesserung von hohem Ausmaß aufweisen.

Die oben in einer Zusammenfassung dargestellten Ergebnisse weisen nach WULF (1998, S. 88 f) darauf hin, daß das Spiel den Klienten einen Zugang zum „*Szenischen Gedächtnis*“ - und damit zum Kindheitserleben - ermöglicht. Die Fähigkeiten der Klienten *Lebensfreude* und *Freiheit* zu erleben und auszudrücken werden durch die Spieltherapie verbessert. Das *Selbstbewußtsein* der Klienten wird gestärkt, *Selbstverwirklichungsimpulse* werden unterstützt und das *persönliche Wachstum* gefördert. Die therapeutischen Interventionen bewirken nach WULF (1998, S. 89) durch eine Vertiefung der Wahrnehmung die Förderung von Bewußtwerdungsprozessen und Gefühlswahrnehmungen und die Ermöglichung der kognitive Einordnung abgespaltener Erlebensanteile. Die Klienten können durch die erfahrene Wertschätzung Persönlichkeitsanteile besser akzeptieren und kognitiv integrieren. Die therapeutischen Interventionen führen damit zu einer Steigerung der Kongruenz. In der Therapie haben die Klienten die Gelegenheit, Handlungsmuster auszuführen und zu erproben und so neue Handlungsmuster zu erarbeiten, welche sie später außerhalb der Therapie generalisieren können.

Tabelle 5: Katalog von Kompetenzen zur Selbstverwirklichung Zusammenfassende Darstellung der Therapiezielklassen nach WULF (1998, S. 76 f).

A. Selbstwahrnehmung, Erinnerung an die Kindheit und Akzeptanz von Gefühlen und Bedürfnissen.

- A1. Wahrnehmung von Gefühlen und von Bedürfnissen
- A2. Erinnerung an Kindheitsepisoden
- A3. Akzeptanz von angenehmen und unangenehmen Eigenschaften

B. Autonomieentwicklung (Zunahme an Selbstakzeptanz und Selbstverantwortung)

- B1. Orientierung seines Handelns an Selbstinteressen
- B2. Selbstdurchsetzung in sozialen Situationen

C. Kontaktgestaltung zu primären Bezugspersonen

- C1. Klärung der Beziehung zu den inneren und äußeren Eltern
- C2. Sensibilität und Geschick im Umgang mit Lebenspartnern und Kindern

D. Zunahme von Handlungskompetenz

- D1. Erleben und Ausdruck von Lebensfreude und Freiheit
 - D2. Verbesserte Bewältigung unangenehmer Situationen
 - D3. Konkretisierung von Plänen und Zielen
-

Die detaillierten Kriterien für die Einordnung der Ziele zu den Zielbereichen und Zielklassen werden bei WULF (1998, S. 78 f) beschrieben. Im folgenden wird die Häufigkeitsanalyse der *Zielbereiche* dargestellt. Zusätzlich werden auch die *Zielklassen* genannt, denen die am häufigsten gewählten *Therapieziele* zugeordnet wurden.

34,6% aller Ziele verteilen sich auf den Zielbereich B: *Autonomieentwicklung*. Zu 19,5% wurden Therapieziele der Zielklasse *Orientierung seines Handelns an Selbstinteressen* genannt. Zu weiteren 15,0% wurden Therapieziele der Zielklasse *Selbstdurchsetzung in sozialen Situationen* angegeben. Nach WULF (1998, S. 82) kann davon ausgegangen werden, daß die Autonomieentwicklung sowohl durch die intrinsisch motivierte Spielwahl des Klienten als auch durch das klientenzentrierte Vorgehen des Therapeuten unterstützt und gefördert wird.

24,5% aller Ziele verteilen sich auf den Zielbereich D: *Verbesserung der Handlungskompetenz*. Zu 12,0% wurden Therapieziele der Therapiekategorie *Erleben und Ausdruck von Lebensfreude und Freiheit* genannt. Für die Ziele dieses Bereiches kann nach WULF (1998, S. 82) davon ausgegangen werden, daß wichtige Elemente, die in der *Spielebene* gezeigt wurden, auf die *Realitätsebene* übertragen wurden.

21% aller Ziele verteilen sich auf den Zielbereich A: *Verbesserung der Selbstwahrnehmung*. Dies deutet nach WULF (1998, S. 82) darauf hin, daß durch das klientenzentrierte Begleiten durch den Therapeuten beim Klienten intensive Prozesse der Bewußtwerdung von Gefühlen und Bedürfnissen sowie deren Akzeptanz gefördert werden.

9,5% aller Ziele verteilen sich auf den Zielbereich C: *Kontaktgestaltung zu primären Bezugspersonen*. Entwicklungsbeeinträchtigungen und -blockaden können nach WULF, (1998, S. 82) durch die Klärung der Beziehung zu den Eltern in der Spieltherapie aufgearbeitet werden. Dies wird insbesondere durch die regressionsinitiiierenden Effekt des intrinsisch motivierten Spiels möglich gemacht.

2.5.3 Zusammenhänge zwischen dem Spielverhalten der Erwachsenen Klienten und den Therapieeffekten

WULF (1998, S. 130 f) untersuchte in einer Analyse, ob aufgrund von signifikanten Korrelationen Aussagen zur Veränderungswirksamkeit (*Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung*) von einzelnen Variablen zum *Klientenerleben der Therapiesituation* (s.o.) zu machen sind. Die Ergebnisse werden in Tabelle 6 abgebildet und im folgenden Abschnitt zusammengefaßt dargestellt.

Tabelle 6: Rankkorrelation der Variablen zum Klientenempfinden der Therapiesituation mit dem Therapieerfolg aus WULF (1998, S. 131) Angabe der *hochsignifikanten* (ss) und *signifikanten* (s) und *tendentuell signifikanten* (T) Korrelationskoeffizienten für die Variablen der Gruppe A: „emotionale Aspekte“ und B: „Selbstzentrierte-motivationale Aspekte“ mit der Variable *Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* aus der Spearmans Rankkorrelation. Abgebildet werden nur die Klientenvariablen, die signifikante Korrelationskoeffizienten aufweisen. N = 12.

Klientenerleben in der Therapiesituation	Rho	Signifikanz
A „Ausmaß von aggressiven Impulsen“	.60	p = .05 s
A „Ausmaß von Trauer“	.75	p = .01 ss
B „Schwierigkeiten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle	.68	p = .06 T

Aus dem Bereich der „Emotionalen Aspekte“ (vgl. 2.5.1) korreliert das Klientenmerkmal *Ausmaß von aggressiven Impulsen* signifikant (.60) und das Klientenmerkmal *Ausmaß von Trauer* hoch signifikant (.75) mit der Variable *Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung*. Aus diesen Zusammenhängen von Merkmalen der *Emotionalen Aspekte* lassen sich nach WULF (1998, S. 132) „kathartische Effekte“ der Spieltherapie belegen, welche eine *Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* bewirken bzw. unterstützen. In der Spieltherapie können gespeicherte emotionale Inhalte wiedererlebt und verarbeitet werden. Dies ermöglicht einen neuen Umgang mit diesen Inhalten und kann für den Klienten eine spannungsreduzierende Wirkung aufweisen.

Aus dem Bereich der „Selbstzentriert-motivationalen Aspekte“ korreliert das Klientenmerkmal *Schwierigkeiten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle* tendenziell signifikant mit der Variable *Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* (.68). Dieser Zusammenhang deutet nach WULF (1998, S. 132) darauf hin, daß in der Spieltherapie insbesondere die Klienten profitieren, die möglicherweise *Kind-Ich* Anteile abgespalten haben und zu ihnen nur schwer einen Zugang finden. In der Therapie können die Klienten eine Differenzierung von Kind- und Erwachsenenpersönlichkeit erarbeiten, die für eine gesunde Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur wichtig ist.

Um weitere Aussagen zu möglichen Zusammenhängen zwischen dem Spielverhalten der Erwachsenenklienten und den Therapieeffekten machen zu können, wurde eine Analyse der Korrelation zwischen den *Variablen zum Spielgeschehen* und dem Therapieerfolg vorgenommen. Die Analyse zeigt, daß kein signifikanter Zusammenhang besteht. WULF (1998, S. 118) geht davon aus, daß die kleine Stichprobe von zwölf Klienten eine Analyse der Gesamtmittelwerte zu undifferenziert abbildet. Daher hat WULF in einer weiteren Analyse die Mittelwerte der Variablen zum Spielgeschehen jeweils für Spiele mit niedrigem, mittlerem und hohem „*Kind-Ich*“-Anteil¹ ermittelt und dann auf einen möglichen korrelativen Zusammenhang mit dem *Therapieerfolg* hin betrachtet.

In Spielen mit hohen Regressionseffekten („*Kind-Ich*“-Anteil über 70%) werden in einem hohen Ausmaß *Lernerfahrungen* gemacht, welche für den Therapieerfolg ausschlaggebend sind. Und dies scheinen Lernerfahrungen zu sein, die insbesondere *grundlegende Erfahrungsmuster* beeinflussen und „tiefgehende strukturelle Veränderungen“ erzeugen (WULF, 1998, S. 119).

Spiele, die überwiegend aus der Erwachsenenperspektive („*Kind-Ich*“-Anteil unter 40%) erlebt werden, führen bei einer hohen Ausprägung des Merkmals *Bedeutung der*

¹ „niedriger“ „*Kind-Ich*“-Anteil : 0-39% „*Kind-Ich*“-Anteil; „mittlerer“ „*Kind-Ich*“-Anteil: 40-69% „*Kind-Ich*“-Anteil; „hoher“ „*Kind-Ich*“-Anteil: 70-100% „*Kind-Ich*“-Anteil.

Spiele, Übung, Entspannung oder *Motivation* zu einem Therapieerfolg. WULF (1998, S. 115) zeichnet hierfür eine verstärkte Unterstützung der *kognitiven Integration von Spielerfahrungen* für verantwortlich. Die *Motivation* des Klienten zum Spielbeginn weist in allen Regressionsstufen tendentielle Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg auf. Insgesamt begründet WULF (1998, S. 119) den Erfolg der Erwachsenenklienten in der klientenzentrierten Spieltherapie aus *Neustrukturierungen von grundlegenden Erfahrungsmustern* (in der Regression aus der Kinderperspektive) und aus der *kognitiven Einordnung der psychologischen Themen* in die Erwachsenenpersönlichkeit heraus.

3 FRAGESTELLUNG UND METHODIK DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

3.1 Fragestellung

Folgende Fragen sollen im empirischen Teil der Arbeit untersucht werden:

1. In welchem Ausmaß treten die Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme), Einfühlungsvermögen, Echtheit, Persönliches Einbringen, Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* sowie das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* über den Gesamtzeitraum der Spieltherapien auf?
2. Gibt es für die Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme), Einfühlungsvermögen, Echtheit, Persönliches Einbringen, Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* und das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* phasenspezifische Unterschiede bezüglich der Höhe und Variation der Merkmalsausprägungen?
3. Lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen *Akzeptanz (Wärme), Einfühlungsvermögen, Echtheit, Persönliches Einbringen, Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* finden?
4. Können die Merkmale des Therapeutenverhalten durch eine Faktorenstruktur dargestellt werden?
5. In welchem Ausmaß treten die Klientenmerkmale *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit, „Kind-Ich“-Anteil, Lernerfolg im Therapiekontakt, Lerneffekt, Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* über den Gesamtzeitraum der Erwachsenenspieltherapien auf?
6. Lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen *Akzeptanz (Wärme), Einfühlungsvermögen, Echtheit, Persönliches Einbringen, Therapeutisches Mitspiel, Interventionsgeschick* und den Klientenmerkmalen *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit, „Kind-Ich“-Anteil, Lernerfolg im Therapiekontakt, Lerneffekt, Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* finden?

7. Lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen dem Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* und den Klientenmerkmalen *Vertiefung im Spiel, Schwierigkeiten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle, Spaß, Wut oder Ärger, Aggressives Verhalten, Angst oder Furcht, Trauer, Enttäuschung oder Resignation, Offenheit für den Therapeuten, Eigene Echtheit und Selbstbehauptung* finden?

3.2 Methodik

Das von mir betreute Projekt *Spieltherapie für Erwachsene: Teil 2* ist eine Fortführung des WULFschen Projektes (1998). WULF hatte in der Zeit von 1993 bis 1994 insgesamt zwölf Erwachsenenspieltherapien mit dem Fokus auf das Spielgeschehen und das Klientenerleben betreut und beforscht. In der Zeit vom Frühjahr 1995 bis zum Herbst 1996 wurden von mir zehn weitere Erwachsenenspieltherapien am Psychologischen Institut II der Universität Hamburg organisiert und betreut. Diese zehn Therapien stellen mit den WULFschen zwölf Therapien die Basis zur Untersuchung der skizzierten Fragestellungen.

Die Projektteilnehmer waren Psychologie- und Pädagogikstudenten, welche durch Ausgänge gewonnen wurden (Näheres s.u.). Ihnen wurde die Möglichkeit gegeben, die psychische Wachstumsförderung durch die heilungsfördernden Kräfte des Spiels zu erfahren. Durchschnittlich kam es bei den einundzwanzig beforschten Spieltherapien zu $AM = 12.38$ Kontakten (Minimum: 6 Kontakte; Maximum: 32 Kontakte)¹.

Um die Effekte der Spieltherapien zu erfassen, wurden die Therapieziele der Klienten und deren Verbesserungen im Anschluß an die abgeschlossenen Therapien erhoben (Kap. 2.5.2). Daten wurden mittels eines Beurteilungsbogens erhoben (s.u.). Aus den erhobenen Daten zum Therapeutenverhalten, Spielgeschehen und Klientenerleben wurden mit Hilfe der beschreibenden Statistik Mittelwertungen und Standardabweichungen berechnet, um das Ausmaß jener Merkmale innerhalb der Therapiekontakte veranschaulichen zu können. Statistische Prüfverfahren wurden eingesetzt, um zum Beispiel verschiedene Variablen auf korrelative Zusammenhänge hin zu überprüfen.

¹ WULF (1997) hat insgesamt zwölf Therapie beforscht. Die Stichprobe in der Projektweiterführung betrug zehn Therapien. Eine Therapie von WULF wurde aus methodischen Gründen nicht mit in die hier beschriebene Gesamtstichprobe mit einbezogen, so daß jetzt einundzwanzig Therapien beschrieben werden.

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Im folgendem Abschnitt wird eine kurze Übersicht über die Stichprobe der an dem Gesamtprojekt teilnehmenden Therapeuten und Klienten gegeben. In Tabelle 7. werden die arithmetischen Mittelwerte, die Variationen und die minimalen und maximalen Merkmalsausprägungen für die *Altersangaben* der Therapeuten und Klienten dargestellt. Des weiteren werden die Verteilungen der Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten und der Klienten numerisch und in Prozenten abgebildet.

Tabelle 7: Alter und Geschlecht der Therapeuten und Klienten Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen (Min) und maximalen (Max) Werte der Altersangaben für die Therapeuten und Klienten, sowie die Angabe der Verteilung von Frauen und Männer auf die Gruppe der Therapeuten bzw. Klienten in jeweils realen Zahlen und Prozentangaben.

	Alter				Geschlecht					
	AM	s	Min	Max	Frauen		Männer		Gesamt	
Therapeuten	32.33	8.44	25	52	17	85%	3*	15%	20	100%
Klienten	29.05	4.33	23	40	19	90.5%	2	9.5%	21	100%

* Ein Mann hat in zwei Therapien als Therapeut gearbeitet.

Die Tabelle 7 zeigt, daß die Therapeuten durchschnittlich ein Alter von AM = 32.33 Jahren aufzuweisen hatten. Der jüngste Therapeut war 25 Jahre alt, der älteste war 52 Jahre alt. 17 (85%) der 20 Therapeuten waren Frauen, drei (15%) waren Männer, ein Mann war in zwei Therapien Therapeut. Die Gruppe der Erwachsenenklienten hatte ein durchschnittliches Alter von AM = 29.05 Jahren. Der jüngste Klient war 23 Jahre alt, der älteste war 40 Jahre alt. Von 21 Klienten waren 19 (90.5%) Frauen und zwei (9.5%) Männer.

Die Standardabweichung der Therapeuten bezogen auf die Altersverteilung von s = 8.44 Jahre weist im Vergleich zu der Standardabweichung der Klientengruppe von s = 4.33 auf stärkere Unterschiede innerhalb der Altersverteilung der Therapeutengruppe hin. Betrachtet man die Altersangaben für die Therapeuten-Klienten-Paare per Augenschein, so zeigt sich, daß in der Regel die Therapeuten älter waren als ihre jeweiligen Klienten.

Die *Therapeuten* des Projektes waren in der Regel Psychologiestudenten im Hauptstudium mit dem Schwerpunkt Kinderpsychotherapie und Kinderpsychodiagnostik. Sie wiesen einen verschiedenen Grad an Erfahrung mit therapeutischen Settings auf. Einige Therapeuten hatten zum Beispiel schon eine abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeuten, Physiotherapeut, Erzieher oder Krankenpfleger. Andere hatten bereits

während des Studiums mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung begonnen. Andere wiederum hatten Erfahrungen als Klienten in einer eigenen Therapie gemacht. Vor und während der Therapien wurden die Therapeuten intensiv in den Methoden der klientenzentrierten Spieltherapie geschult und betreut (vgl. Kap. 3.2.2 und 3.2.4).

Die *Klienten* wiesen generell nur leichte psychische Störungen auf, welche sich in folgende Kategorien des ICD-10 (*Internationale Klassifikation psychischer Störungen* der Weltgesundheitsorganisation WHO, 1993) einordnen lassen:

- F 48 (sonstige neurotische Störungen),
- F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen),
- F 41 (sonstige Angststörungen),
- F 39 (nicht näher bezeichnete affektive Störung) und
- F 69 (nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung).

3.2.2 Organisation der Therapien

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie die Therapien organisiert wurden. Dazu gehörte primär das Werben von Klienten, das Ausbilden der Therapeuten sowie das Schulen der Therapeuten, Cotherapeuten und Klienten in der Arbeit mit dem Datenerhebungsinstrument.

Als Klienten wurden durch Ausschreibungen am Psychologischen Institut II der Universität Hamburg Psychologiestudenten geworben. Sie mußten freiwillig mit einer therapeutischen Zielsetzung diese Rolle übernehmen.

Die Therapeuten waren in der Regel Psychologiestudenten, welche durch ihre Lehre am Arbeitsbereich Kinderpsychotherapie und -diagnostik bereits mit dem Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie vertraut waren. Die Therapeuten wurden von Mitarbeitern des Arbeitsbereiches Kinderpsychotherapie und -diagnostik geschult. Der konzeptuellen, inhaltlichen Vertiefung folgte ein praktisches Training in mehreren 15-20minütigen Rollenspielen, in welchen sich die Therapeuten in der Therapeutenrolle ausprobieren konnten. Diese Trainingseinheiten wurden wiederum von Mitarbeitern des Arbeitsbereiches supervidiert.

Die Psychologiestudenten, die als Cotherapeuten geworben wurden, sollten später neben der Videoaufzeichnung der Therapiekontakte maßgeblich Aufgaben innerhalb der Supervisionsprozesse der Therapeuten erhalten (s. Kap. 3.2.4).

In Gruppen wurden die Therapeuten und Klienten mit dem Datenerhebungsinstrument, den Beobachtungsbögen sowie dem Skalenmanual vertraut gemacht (s. Kap. 3.2.5). Mit Hilfe dieser Beobachtungsbögen sollten später in der Datenerhebungsphase im Anschluß an jeden Kontakt von den Therapeuten Beurteilungen zum Therapeutenverhalten

und von den Klienten zum Klientenerleben und zum Spielgeschehen abgegeben werden.

Die Therapeuten trafen sich mit den Klienten zu circa drei Probekontakten. Danach konnte der Klient entscheiden, ob er in dieser Konstellation über circa 10 bis 15 angestrebte Therapiekontakte weiter arbeiten wollte oder nicht.

3.2.3 Aufgaben des therapeutischen Teams

Die Zusammenarbeit des Therapeuten mit dem Cotherapeuten als therapeutisches Team hat eine zentrale Stellung innerhalb des Konzeptes der klientenzentrierten Spieltherapie. Hierzu gehören insbesondere die Aufgaben der Vor- und Nachbereitung im Rahmen der Supervision (s. Kapitel 3.2.4).

Nach jedem Therapiekontakt besprechen der Therapeut und der Cotherapeut in der *Selbstsupervision*, welche Inhalte für den Klienten, den Therapeuten und den Cotherapeuten in der Stunde wichtig geworden sind. Diese Besprechung ist für den Therapeuten und den Cotherapeuten die *Vorbereitung zur Fremdsupervision*. Sie können die Emotionen und Kognitionen, welche sich während und nach der Therapiestunde bei ihnen ergeben haben, klären und besprechen sowie für die darauffolgende Supervision festhalten können.

Während der Fremdsupervision hat der Austausch der eigenen Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle zwischen dem Therapeuten- und Cotherapeuten, den anderen Supervisanden und dem Supervisor eine wesentlich unterstützende Funktion. Der Therapeut und der Cotherapeut können ihre eigenen Wahrnehmungen, Kognitionen und Emotionen mit denen der anderen vergleichen. Hierdurch können persönliche Anliegen oder inhaltliche Fragen aufgedeckt werden (s. Kap. 3.2.4).

Im Rahmen der Selbstsupervision vor jeder Therapiestunde besprechen der Therapeut und der Cotherapeut, welche Themen innerhalb der letzten Therapie- oder Supervisionsstunde für den Therapeuten, den Klienten sowie den Cotherapeuten wichtig waren. Das könnte zum Beispiel bedeuten, daß der Therapeut zum Beginn der kommenden Stunde ein bestimmtes Thema ansprechen will. Therapeut und Cotherapeut machen sich durch diese Vorbesprechung den Stand der Therapie noch einmal deutlich. Diese Klärung ist insbesondere für den Therapeuten wichtig, da er nach dieser Vorbesprechung geklärt in den anstehenden Therapiekontakt geht. Dies könnte zum Beispiel bedeuten, daß er sich vor jedem Therapiekontakt ganz bewußt an die möglichen Therapieziele des Klienten erinnert.

3.2.4 Supervision der Therapeuten

In diesem Kapitel wird die Supervision der Therapeuten dargestellt². Unter Supervision verstehen wir allgemein die Beratung und Beaufsichtigung von Psychotherapeuten während und auch nach ihrer Ausbildung, bei der konkrete Behandlungsfälle zum Beispiel an Hand von Video- und Tonbandaufzeichnungen durchgesprochen werden, um methodische Behandlungsfehler oder Behandlungsstörungen durch eigene psychische Prozesse des Therapeuten aufzudecken.

Die Supervision anhand von Videoaufzeichnungen der einzelnen Therapiekontakte erfüllt innerhalb der klientenzentrierten Spieltherapie zentrale Aufgaben: a) Aufdeckung und Bearbeitung von persönlichen Inhalten und Anliegen der Therapeuten; b) Klärung verschiedener Aspekte des therapeutischen Interventionsverhaltens und c) Supervision der Therapievor- und nachbereitung der Therapeuten.

Die Hauptaufgabe der Supervision ist die Klärung der Beziehungsdynamik zwischen dem Therapeuten und dem Klienten. Bei Klärungsbedarf stehen zusätzlich die Beziehung aller Beteiligten untereinander (Therapeut, Klient, Cotherapeut, Supervisanden und Supervisor) im Mittelpunkt der Supervision. Innere Wünsche, Konflikte und Motivationen des Therapeuten können hier aufgedeckt und aufgearbeitet werden. Dabei können diese Bereiche auch auf eigene nichtbefriedigte und konflikthafte frühe Erfahrungen zurückgeführt werden. Eine Trennung von Supervision und Therapie ist notwendig: Supervision kann Bedürfnisse nach Selbsterfahrung mobilisieren und teilweise auch befriedigen. Therapiebedürfnisse würden den Rahmen und Raum einer Supervision sprengen - sie stehen nicht im Arbeitsvertrag der Supervisanden und des Supervisors.

Eine weitere Aufgabe der Supervision des Therapeuten besteht darin, aufkommende Theorie- und Methodenfragen zu erörtern und zu klären. Aspekte des klientenzentrierten Konzeptes der Kinderspieltherapie werden reflektiert und deren praktische Umsetzung geplant und realisiert. Dies können zum Beispiel Fragen zu einzelnen Therapeutenmerkmalen oder konkrete Probleme aus der Therapie sein (zum Beispiel das therapeutische Mitspiel im Puppenhaus). Der Therapeut hat in so einer Situation eventuell seine eigene Unsicherheit in Bezug auf sein eigenes Verhalten dem Klienten gegenüber verspürt. Daher hat er einen Bedarf nach Klärung, welchen er anmeldet. Der theoretische Hintergrund des Anliegens wird geklärt. Zusätzlich wird die Einbettung dieses einen Aspektes der therapeutischen Arbeit innerhalb des Gesamtkonzeptes verdeutlicht. Die be- und erarbeiteten Aspekte werden als abstrahierte Praxis wieder lebendig gemacht und können nun unter einem neuen Blickwinkel betrachtet in die Arbeit des Therapeuten integriert werden.

² Persönliche Anliegen der Cotherapeuten werden im Rahmen der Therapeutensupervision behandelt. Der Vereinfachung und der besseren Übersicht wird im weiteren Text jedoch stets nur von der „Supervision der Therapeuten“ gesprochen.

Ziel der Supervision ist es, dem Therapeuten zu helfen, die blockierenden diffusen Konflikte, welche zum Rückzug, zu repressiven Gegenmaßnahmen oder zur Resignation führen können, zu erkennen und zu bearbeiten, um seine Handlungsfähigkeit wiederzugewinnen. Somit können die Therapeuten neben der Aneignung von Wissen und theoretischen Kenntnissen über Entwicklungs-, Störungs- und Therapiekonzepte die emotionalen Aspekte der therapeutischen Arbeit reflektieren und entwickeln. Es geht also um die Verzahnung von Theorie und Praxis in der Person des studentischen Therapeuten und Cotherapeuten (vgl. PÜHL, 1991, S. 143).

In der Supervision werden stets ein bis zwei Therapeuten-Cotherapeutenteams (genannt: Fallteams) supervidiert. Ein Fallteam besteht jeweils aus einem Therapeuten und einem Cotherapeuten, die zusammen einen Fall (Klienten) betreuen. In der Regel wird je Therapiestunde eine *Fremdsupervision* von anderthalb bis zwei Stunden durchgeführt, welche möglichst an einem anderen Tag stattfindet als die vorangegangene oder nachfolgende Therapie. Es findet sowohl supervisanden- als auch gruppenzentrierte Fallsupervision statt. *Selbstsupervision* findet generell anschließend eines Therapiekontaktes statt (s. Kapitel 3.2.3).

Die Supervision des Therapeuten wird anhand von Videomaterial durchgeführt. Einleitend kann der Therapeut vom derzeitigen Stand der Therapie, also von der letzten Stunde berichten. Er bringt eventuell ein konkretes Anliegen mit in die Supervisionsstunde mit hinein. Zum Beispiel könnte es sein, daß er sich in einer bestimmten Szene sehr unwohl fühlte und einen Ärger aufsteigen spürte. Dann kann es der Wunsch des Therapeuten sein, sich diesem Geschehen mit seinen Gefühlen und Anteilen zu nähern, um sie zu reflektieren und zu bearbeiten.

Das Betrachten der entsprechenden Szenen aus den Videoaufzeichnungen erzeugt bei dem Therapeuten eine kognitive sowie emotionale Vertiefung. Persönliche Inhalte und Anliegen werden so für den Therapeuten und das Supervisionsteam transparenter gemacht. Die anschließende *Bearbeitung des Anliegen* kann auf unterschiedliche Weise stattfinden. Zum Beispiel im Gespräch, im Rollenspiel, durch Gruppenfeedback oder durch erlebnisaktivierende Methoden. Eine zentrale Funktion innerhalb dieses Prozesses wird auch dem Cotherapeuten zugesprochen. Er steht näher und stärker im Therapieprozeß als die anderen Supervisionsteilnehmer, da er direkt beobachtend am Therapieprozeß teilnimmt. Seine Wahrnehmungen und sein Erleben der Therapeut-Klient-Beziehung und der Prozesse und Dynamiken im Therapiekontakt haben als Feedback für den Therapeuten einen sehr großen Wert.

Hauptthemen der Supervision

Es findet nun eine Beschreibung der Hauptthemen in der Supervision statt. Bei der Beschreibung der Themen wird versucht, möglichst einen Bezug zu den untersuchten Therapeutenmerkmalen herzustellen.

Verhältnis von Spiel- und Gesprächsanteilen in der Spielstunde

Als Anliegen bringen Therapeuten oft folgende Probleme in die Supervision:

- a) In der Stunden wurde nur gespielt, überhaupt nicht geredet.
- b) Es kam auch zu Situationen, in welchen nicht gespielt und geschwiegen wurde.
- c) In der Stunde wurde nur geredet und überhaupt nicht gespielt.
- d) Die Spiel- und Gesprächsthemen stehen in „keinem“ Zusammenhang.

Die genannten Probleme konnten den Therapeuten verwirren und irritieren, wenn er sich nicht genau im klaren war, in welchem Verhältnis und in welchem Kontext die Anteile des Spiels und die Anteile des Gesprächs idealerweise stehen sollten. Ziel der Supervision war es einerseits, das konzeptuelle Wissen des Therapeuten zu verbessern. Andererseits mußte auch geklärt werden, ob es Anteile beim Therapeuten gab, die in bestimmten Situationen hervorgerufen wurden und die Wahrnehmung und das Erleben des Therapeuten beeinflußten. So konnte zum Beispiel ein Therapeut, der sich nicht im klaren war, wie er auf der Spielebene intervenieren sollte, den Gesprächsanteil unbeußt forcieren.

In der Supervision wurde den Supervisanden verdeutlicht, daß das Gespräch einen wichtigen Platz auch in der Spieltherapie hat. Es haben auch Therapiestunden stattgefunden, in denen nur gesprochen und nicht gespielt wurde. Die Wechsel von Spiel zum Gespräch und vom Gespräch zum Spiel fand idealerweise in harmonischen Übergängen statt. Plötzliche Brüche konnten dagegen vom Therapeuten oft als wichtiges diagnostisches Kriterium genutzt und eventuell angesprochen werden. So konnte zum Beispiel ein plötzlicher Abbruch einer Spielsituation ein Hinweis auf versteckte Affekte beim Klienten sein.

Die oben erwähnten idealen Verhältnisse und harmonischen Übergänge von Spiel und Gespräch können folgendermaßen beschrieben werden: die Therapiestunde begann in der Regel mit einem kurzen Gespräch. Inhaltlich wurden Themen aus der vorhergehenden Stunde oder aktuelle Themen aus der letzten Woche vom Klienten (oder auch vom Therapeuten) eingebracht. Dieses Thema wurde dann - evtl. vom Therapeuten angeregt - in einem Spiel dargestellt, weiter vertieft, bearbeitet und in einer anschließenden Nachbesprechung auf der Gesprächsebene vertieft. Aus dem Spiel und dem Gespräch kristallisierten sich neue andere Themen heraus, die in einem anschließenden Spiel wieder bearbeitet wurden. So kam es zu einem Wechsel von Gespräch und Spiel.

Das therapeutische Mitspielen des Therapeuten

Folgende Situation könnte in der Supervision vom Therapeuten beschrieben werden:

- a) Der Therapeut wurde vom Klienten aufgefordert in einem Puppenspiel mitzuspielen.
- b) Der Therapeut wählte selbst den Löwen und verlor sich vollkommen in seiner Spielerrolle, spielte einen räuberischen, bösen Löwen.
- c) So gefiel dem Klienten der Löwe nicht - und brach das Spiel ab. Das konnte der Therapeut überhaupt nicht verstehen.

Die Aufgabe des Therapeuten, auf Wunsch des Klienten mitzuspielen, war insbesondere für Anfängertherapeuten keine so leichte Aufgabe, wie es möglicherweise den Anschein hat. Die Schwierigkeit lagen in einer Gradwanderung zwischen vertieftem, authentischem, involviertem Mitspiel und dem Einhalten der nötigen Distanz, um den Überblick als Therapeut zu bewahren. - Der Therapeut mußte sich dessen bewußt sein, daß er beim Verlust der Distanz seine persönlichen Inhalte und Anteile unbewußt mit in das Spiel einfließen lassen und das Spiel womöglich aus eigenen Bedürfnissen lenken würde. In dieser Situation würde der Therapeut den Klienten, dessen Ambitionen und Bedürfnisse aus dem Blickfeld verlieren.

Ziel der Supervision war es, die persönlichen Anteile des Therapeuten in dem Mitspiel aufzudecken und zu bearbeiten. Auch unterstützte die Supervision den Therapeuten, in den nächsten Spielen die nötige Distanz einzuhalten. Dies konnte dem Therapeuten zum Beispiel durch Übungen zur Eigenwahrnehmung (Atemübungen) und durch aktives Regulieren räumlicher Distanz gelingen.

Persönliches Einbringen des Therapeuten

- a) Der Therapeut wurde vom Klienten im Therapiekontakt zu persönlichen Fragen (Beziehungen, Erfahrungen) gefragt und sollte dazu Stellung nehmen.
- b) Der Therapeut nahm von sich selbst aus - möglicherweise durch ein ihn selbst stark inspirieren des Thema - zu einem Thema des Klienten Stellung.

In der Supervision mußte geklärt werden, welche differenzierten Funktionen dem *Persönlichen Einbringen* der Therapeuten innerhalb des klientenzentrierten Konzeptes eingeräumt wurde. Auch wurde entschlüsselt, welche persönlichen Anteile den Therapeuten dazu bewegt hatten, eventuell unbewußt zu massiv seinen Standpunkt zu vertreten und dabei vielleicht auch ärgerlich zu werden. Diese Anteile mußten hier aufgedeckt und bearbeitet werden.

Bedürfnisse des Klienten

Es wurden Situationen aus dem Therapiekontakt beschrieben, in denen sich der Therapeut fragte: „Was an dem, was ich mache, was dort geschieht, ist denn jetzt Therapie?“). Das konnten zum Beispiel folgende Szenen sein:

- a) Der Therapeut las dem Klienten aus einem Märchenbuch vor.
- b) Der Klient spielte mit dem Therapeuten die ganze Stunde lang Tischfußball und ein Brettspiel.

Durch klientenzentrierte Betrachtung von Videoszenen und anschließende Gespräche wurden die Bedürfnisse der Klienten aufgedeckt. Dies waren zum Beispiel Bedürfnisse nach Selbständigkeit, nach Leistung oder Spiel oder Sicherheitsbedürfnisse. Es wurde untersucht, inwieweit diese Bedürfnisse befriedigt wurden, bzw. was der Therapeut machen konnte, um den Klienten verstärkt hierbei zu unterstützen. Letztendlich ging es bei diesen Fragen auch um die Empathiefähigkeiten des Therapeuten, d.h. um die Fähigkeiten des Therapeuten, sich in den Klienten hineinzusetzen und dessen Bedürfnisse aufzuspüren. Die Empathiefähigkeiten wurden daher durch dieses Training gefördert und unterstützt.

Rollenfindung und Abgrenzung

Insbesondere in den ersten Therapiestunden hatten die Therapeuten oft die Schwierigkeit, ihre Rolle so einzunehmen. Der studentische Therapeut mußte sich seiner neuen Rolle gewahr werden und sie ausfüllen. Dabei mußte er sich selbst und dem Klienten gerecht werden bzw. bleiben. Er begab sich in ein für ihn neues Gebiet: er wollte sich als klientenzentrierter Spieltherapeut in den Klienten wertschätzend und akzeptierend einfühlen - und dabei kongruent sein. Er mußte versuchen, die Bedürfnisse und die Bedürfnismängel des Klienten aufzuspüren und ihn unterstützen, sie zu befriedigen. Dabei durfte er aber sich selbst nicht aus dem Blickfeld verlieren.

- a) Der Therapeut fühlte sich in einer der ersten Therapiestunden unwohl. Zum Beispiel mußte er etwas tun, was er gar nicht wollte (in eine Polsterhöhle kriechen oder sich das Gesicht mit Fingerfarbe beschmieren lassen). Das er es nicht tun wollte, merkte er aber erst im Laufe seiner Handlung. Das verärgert ihn dann, er wird sauer auf den Klienten und zieht sich zurück...

In der Supervision wurde die Eigenwahrnehmung der Therapeuten verbessert und den Therapeuten Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die eigenen Grenzen in der Therapeut-Klient-Beziehung zu bewahren. Angesprochen wurden in der Supervision Themen wie zum Beispiel physische und psychische Nähe-Distanz-Grenzen. Dazu gehörte, daß der Therapeut seine eigenen Bedürfnisse in der Therapiestunde wahrnehmen und dafür gegebenenfalls einstehen konnte (*Echtheit*). Dies konnte auch dazu führen, daß geklärt wurde, welche eigenen Anteile den Therapeuten davon abgehalten hatten, kongruent zu sein.

3.2.5 Beobachtungsbogen zur Analyse des Therapeuten- und Klientenverhaltens

Der Beobachtungsbogen (Abb. 5) des Therapeuten- und Klientenverhaltens besteht aus den Variablen zum Spielgeschehen, zum Therapeutenverhalten und zur Therapiesituation sowie zum Klientenverhalten. Die Beschreibungen entsprechen dem Skalenmanual, welches den Therapeuten und Klienten zur Verfügung gestanden hat. Die Therapeuten gaben Einschätzungen zu ihrem eigenen Verhalten und zur Therapiesituation ab. Die Klienten beurteilten ihr eigenes Verhalten und die Merkmale des Spielgeschehens. Diese Einschätzungen wurden generell im Anschluß an die Therapiestunde gemacht. Nur die Klientenmerkmale *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* wurden jeweils nach einer Woche geratet.

Die Merkmalsausprägungen wurden fast alle auf einer fünfstufigen Ratingskala eingeschätzt. Die Intensitäten der Merkmalsausprägungen wurden folgendermaßen eingeteilt: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes; 3 = mittleres; 2 = geringes; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß. Die *Anzahl der Spiel* wurde als realer Wert festgehalten. Der „*Kind-Ich*“-Anteil des Klienten für jedes Spiel wurde in Prozentwerten angegeben.

Im folgenden sollen die einzelnen Variablen des Beobachtungsbogens (s. Abb. 5) vorgestellt werden. Dies geschieht gemäß der dortigen Numerierung.

Variable I.a Name und Beschreibung der Spiele

Angabe der in der Therapiestunde gespielten Spiele. Kurze Erklärung der Spiele. Zum Beispiel: „Hanna trifft Emil“; Handpuppenspiel.

Variable I.b Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit

Jedes Spiel erhält vom Klienten ein Bedeutsamkeitsurteil. Die *Bedeutsamkeit* soll sich auf die Wichtigkeit der im Spiel gemachten Erfahrungen für das Selbsterleben, die Selbsterkenntnis und die angestrebten Therapieziele beziehen.

Variable I.c Ausmaß der Beteiligung des „Kind-Ich“-Anteils an der Spieltätigkeit

In dieser Kategorie soll vom Klienten das prozentuale Ausmaß der Beteiligung des „*Kind-Ichs*“ an der Spieltätigkeit angegeben werden. Dieser „*Kind-Ich*“-Anteil bezeichnet die Beteiligung von Erlebensmustern, die in der emotionalen Wahrnehmungswelt einer bestimmten Entwicklungsphase während der eigenen Kindheit zugeordnet werden kann. Das Urteil soll für jedes der unter (1) erfaßten Spiele vorgenommen werden.

Abbildung 5: Beobachtungsbogen zur Erfassung der Variablen zum Spielgeschehen, zum Therapeutenverhalten und zur Therapiesituation sowie zum Klientenverhalten.

Vorname und der 1. Buchstabe des Nachnamen des Klienten: _____ Name des Therapeuten: _____
 Kontaktzahl: _____ Datum: _____

Die folgenden Ratings sollen auf einer 5-stufigen Skala in folgender Differenzierung geschehen:
 5 = sehr hohes Ausmaß 4 = hohes Ausmaß 3 = mittleres Ausmaß 2 = geringes Ausmaß 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß

I. Spielgeschehen (Klientenurteil mit Unterstützung vom Therapeuten)

a) Name und Beschreibung der Spiele	b) Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit	c) %-Anteil des "Kind-Ichs"	d) <i>Erst nach einer Woche ausfüllen!</i>		
			Ausmaß an Lerneffekt	Ausmaß an Übungseffekt	Ausmaß an Entspannungseffekt
	1. Spiel : 5 4 3 2 1				
	2. Spiel : 5 4 3 2 1				
	3. Spiel : 5 4 3 2 1				
	4. Spiel : 5 4 3 2 1				

e.) Alter des „Kind-Ichs“

Spiel/Alter	0-3 jährig	4-6 jährig	7-12 jährig	13-18 jährig
1. Spiel				
2. Spiel				
3. Spiel				
4. Spiel				

II. Therapeutenverhalten (Therapeutenurteil)

a)	Akzeptanz (Wärme)	(Durchschnitt):	5	4	3	2	1
b)	Einfühlungsvermögen	(Durchschnitt):	5	4	3	2	1
c)	Echtheit	(Durchschnitt):	5	4	3	2	1
d)	Persönliches Einbringen	(Durchschnitt):	5	4	3	2	1
e)	Therapeutisches Mitspiel	(Durchschnitt):	5	4	3	2	
f)	Interventionsgeschick	(Durchschnitt):	5	4	3	2	1

III. Therapiesituation (Therapeutenurteil)

a)	Schwierigkeit der Therapiesituation	(Durchschnitt):	5	4	3	2	1
----	-------------------------------------	-----------------	---	---	---	---	---

IV. Klientenverhalten (Klientenurteil)

a)	Vertiefung im Spiel	(max.):	5	4	3	2	1
b)	Schwierigkeit bei Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1
c)	Spaß, Neugier oder Lebendigkeit	(max.):	5	4	3	2	1
d)	Wut oder Ärger	(max.):	5	4	3	2	1
e)	Aggressives Verhalten	(max.):	5	4	3	2	1
f)	Angst oder Furcht	(max.):	5	4	3	2	1
g)	Enttäuschung, Trauer oder Resignation	(max.):	5	4	3	2	1
h)	Verständnis durch den Therapeuten	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1
i)	Gefühlte Nähe zum Therapeuten	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1
j)	Offenheit für den Therapeuten	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1
k)	Ausmaß an eigener Echtheit	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1
l)	Lernerfolg im Therapiekontakt	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1
m)	Selbstbehauptung	(Durchschnittswert):	5	4	3	2	1

Variable I.d Ausmaß des *Lerneffekts*, des *Übungseffekts* und des *Entspannungseffekts*

In dieser Kategorie wird vom Klienten auf der oben dargestellten fünfstufigen Qualitätsskala angegeben, wie hoch das Ausmaß des *Lerneffekts*, des *Übungseffekts* und des *Entspannungseffekts* gewesen ist. Der *Lerneffekt* beschreibt das Ausmaß des Erwerbs an neuen Strukturen und Erfahrungen im Sinne von Akkomodationsprozessen. Der *Übungseffekt* erklärt Handlungen, in denen der Klient ihm schon bekannte Verhaltensweisen im sozialen oder motorischen Bereich einübend ausführt. Der *Entspannungseffekt* charakterisiert eine geistige Entspannung im Sinne der Ablenkung zum Beispiel von Alltagsorgen, welche nach dem Spiel für längere Zeit, also eventuell für ein paar Tage, angehalten hat. Diese Angaben werden prinzipiell stets vor Beginn der folgenden Therapiestunde gemacht.

Variable I.e Alter der „Kind-Ichs“

Unter dieser Rubrik sollen die Klienten angeben, welcher Kategorie der unterschiedlichen psychologischen Altersklassen des „Kind-Ichs“ ihr an der Spieltätigkeit beteiligte Anteil des „Kind-Ichs“ (s. Variable I.c.) zuzuordnen ist. Die Kategorien sind durch Altersabschnitte definiert, denen wichtige soziale und entwicklungsbezogene Leistungen und Umweltsituationen zugeordnet werden. Die Kategorien beziehen sich auf: 1. Das *Säuglingsalter und Kleinkindalter* (0.-3. Lebensjahr). - 2. Das *Vorschulalter* (4.-6. Lebensjahr). - 3. Das *Grundschulalter und Vorpubertätsalter* (7.- 12. Lebensjahr). 4. Das *Pubertätsalter* (13. - 18. Lebensjahr). Die detaillierte Charakterisierung dieser Altersabschnitte wird im Anhang # dargestellt.

Variable II.a Intensität der gezeigten therapeutischen *Akzeptanz (Wärme)*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlicher *Akzeptanz (Wärme)* bedeutet, daß der Therapeut in der Therapiestunde um die Herstellung eines sehr guten psychologischen Klimas bemüht war. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß der Therapeut unfreundlich, feindselig oder sehr distanziert war (vgl. Kap. 2.2.2).

Variable II.b Intensität des *Einfühlungsvermögen* des Therapeuten

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlich gezeigtem *Einfühlungsvermögen* bedeutet, daß der Therapeut die Interessen, Ziele, Gefühle und Gedanken des Klienten sehr gut erfassen und mitteilen konnte. - Ein sehr geringes durchschnittliches Ausmaß bedeutet, daß es dem Therapeuten nicht oder nur sehr begrenzt gelungen ist, sich in die innere Welt des Klienten hineinzusetzen, diese wahrzunehmen und dies dem Klienten zu zeigen (vgl. Kap. 2.2.2).

Variable II.c Intensität der *Echtheit* des Therapeuten

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlich gezeigter *Echtheit* bedeutet, daß der Therapeut spontan, direkt und offen seine Gefühle und Gedanken zum Ausdruck gebracht hat. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß der Therapeut verdeckt und kontrolliert mit seinen Gedanken und Gefühlen umgegangen ist und nicht ehrlich gezeigt und gesagt hat, was er meint (vgl. Kap. 2.2.2).

Variable II.d Ausmaß des *Persönlichen Einbringens* des Therapeuten

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlich realisiertem *Persönlichen Einbringen* bedeutet, daß der Therapeut auch persönliche Stellungnahmen und Erlebnisse einbringt. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß sich der Therapeut sehr verschlossen verhält und keine persönlichen Aussagen abgibt. Die persönlichen Stellungnahmen sollen in voller Akzeptanz der Stellungnahmen und Bewertungen des Klienten vorgenommen werden und im Falles des Widerspruchs deutlich als alternative Sicht gekennzeichnet werden.

Variable II.e Intensität des *Therapeutischen Mitspiels*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlich gezeigtem *Therapeutischen Mitspiel* bedeutet, daß sich der Therapeut mit sehr hoher Konzentration auf die Mitspieltätigkeiten eingelassen hat und die Rollen mit sehr hoher innerer Beteiligung gespielt hat. - Ein sehr geringes durchschnittliches Ausmaß bedeutet, daß der Therapeut unkonzentriert war, keine Energien in die Spieltätigkeiten investiert hat und die Spielrollen sehr blaß gestaltet hat. Da der Therapeut immer auch wieder Abstand zu seinem Spiel gewinnen muß, um zum Beispiel den Überblick über das Interventionsgeschehen zu behalten, muß er immer kurzfristig aus den Rollen herausschlüpfen. Dieses Verhalten darf also nicht negativ gewertet werden.

Variable II.f Ausmaß des *Interventionsgeschicks*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlich gezeigtem *Interventionsgeschick* bedeutet, daß der Therapeut mit allen problematischen Situationen souverän umgegangen ist und dem Klienten im Sinne des klientenzentrierten Konzeptes von SCHMIDTCHEN (1991) helfen konnte. Die Variable erfaßt also eine distanzierte und abwägende Problem- und Interventionsanalyse sowie ein - im Sinne des Konzeptes - hilfreiches Interventionsverhalten. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß der Therapeut den Überblick verloren hat, sehr unsicher war, fehlerhaft interveniert oder die nötigen Hilfen verweigert hat.

Variable III.a Ausmaß der Schwierigkeit der Therapiesituation

Ein sehr hohes Ausmaß durchschnittlicher *Schwierigkeit der Therapiesituation* bedeutet, daß die von dem Klienten gezeigten Probleme von sehr hoher psychologischer Komplexität und klinischer Schwere waren. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß die Probleme weniger komplex waren. Das Schwierigkeitsurteil soll es ermöglichen, die Therapeuten- und Klientenvariablen zur Schwierigkeit des gezeigten Klientenproblems in Beziehung setzen.

Variable IV.a Ausmaß der Vertiefung des Klienten im Spiel

Mit dieser Frage soll erfaßt werden, wie tief sich der Klient maximal auf seine Spieltätigkeiten eingelassen hat. Ein sehr hohes Ausmaß an *Vertiefung im Spiel* ist durch eine starke Konzentration auf das Spielgeschehen und eine starke Abschirmung gegen Außenreize und andere Motive gekennzeichnet. - Ein sehr geringes Ausmaß ist daran erkennbar, daß sich der Klient nur in sehr eingeschränktem Umfang auf das Spiel konzentrieren konnte und oft auf der realen Erwachsenenenebene und nicht auf der spielerischen Kindebene agiert und erlebt hat. Oft dachte er an andere Dinge und/oder konnte das Spiel nicht zu Ende spielen.

Variable IV.b Ausmaß der Schwierigkeit des Klienten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle

Ein sehr geringes Ausmaß an durchschnittlichen *Schwierigkeiten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle* liegt vor, wenn der Klient keine Probleme beim Wechsel von der Erwachsenen- in die Kinderrolle (oder umgekehrt) hatte. Als *Kinderrolle* soll dabei ein Bewußtseinszustand bezeichnet werden, in dem der Klient sich in eine Phase seiner Kindheit zurückversetzt und quasi als Kind-Ich spielt. Diese Verhaltensregression geschieht meist spontan. Es kann jedoch passieren, daß der Klient keine Lust hatte, aus der Erwachsenenrolle zu schlüpfen oder es ihm peinlich war, wie ein Kind zu spielen.

Variable IV.c Ausmaß des Erlebens von Spaß, Neugier oder Lebendigkeit durch den Klienten

Ein sehr hohes Ausmaß an maximalem *Spaß*, maximaler *Neugier oder Lebendigkeit* liegt vor, wenn die Therapiestunde für den Klienten anregend und lustvoll gewesen ist. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn sich der Klient gelangweilt und die Therapiestunde als wenig anregend erlebt hat.

Variable IV.d Ausmaß des Erlebens von *Wut oder Ärger* durch den Klienten

Ein sehr hohes Ausmaß an maximaler *Wut oder Ärger* liegt vor, wenn der Klient mindestens einmal in sehr wütender oder ärgerlicher Stimmung war. Wichtig ist dabei sein erlebtes Gefühl, auch wenn er dieses nicht unbedingt im Verhalten hat sichtbar werden lassen. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn das Gefühl nur andeutungsweise oder gar nicht erlebt worden ist.

Variable IV.e Ausmaß des vom Klienten *gezeigten Aggressiven Verhaltens*

Ein sehr hohes Ausmaß an maximalem *Aggressivem Verhalten* liegt vor, wenn der Klient mindestens einmal in seinem sichtbaren Verhalten eine sehr starke Feindseligkeit in Form von zum Beispiel Beleidigungen, Beschimpfungen oder Zerstörungen zum Ausdruck gebracht hat. Meistens ist es so, daß das aggressive Verhalten im Rahmen von Spielhandlungen gezeigt wurde oder in Form von Selbstbeschimpfungen oder Aggressionen gegenüber des Therapeuten. Der gefühlsmäßige Hintergrund dieses Verhaltens (zum Beispiel in Form von *Wut oder Ärger*) soll hier nicht erfaßt werden. Statt dessen soll nur das beobachtbare aggressive Verhalten beurteilt werden. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn keine oder nur geringe Formen von Aggressivität gezeigt werden.

Variable IV.f Ausmaß des Erlebens von *Angst oder Furcht* durch den Klienten

Ein sehr hohes Ausmaß an maximal *Angst oder Furcht* liegt vor, wenn der Klient mindestens einmal sehr stark vor *Angst oder Furcht* nicht mehr klar denken konnte; von den genannten Gefühlen überflutet wurde und/oder die Auslösesituation am liebsten meiden wollte. Die Gefühle sollten sehr deutlich erlebt worden sein. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn der Klient keine oder eine nur schwache *Angst oder Furcht* erlebt hat.

Variable IV.g Ausmaß des Erlebens von *Enttäuschung, Trauer oder Resignation* durch den Klienten

Ein sehr hohes Ausmaß an maximaler *Enttäuschung, Trauer oder Resignation* liegt vor, wenn der Klient während der Spieltherapie mindestens einmal ein intensives Ausmaß an *Enttäuschung, Trauer oder Resignation* erlebt hat. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn die genannten Gefühle überhaupt nicht oder nur andeutungsweise erlebt worden sind.

Variable IV.h Ausmaß des vom Klienten erlebten *Verständnisses durch den Therapeuten*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlichem *Verständnis durch den Therapeuten* liegt vor, wenn sich der Klient in seinen wichtigsten Gefühlen und Intentionen von dem Therapeuten verstanden gefühlt hat. Er mußte den Therapeuten nicht korrigieren, da der Therapeut alle Teilaspekte seiner Intentionen wahrgenommen hat. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn sich der Klient überhaupt nicht oder nur spärlich verstanden gefühlt hat.

Variable IV.i Ausmaß der vom Klienten *gefühlten Nähe zum Therapeuten*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlich *Gefühlter Nähe zum Therapeuten* bedeutet sehr viel Sympathie zwischen dem Klienten und Therapeuten, die sich in einem Gefühl von Partnerschaft, Vertrauen, großer Bedeutsamkeit füreinander etc. ausdrückt. Es wird eine psychische und nicht physische Nähe beschrieben - Ein sehr geringes Ausmaß an Nähe bedeutet eine große Distanz, Desinteresse und geringe Sympathie.

Variable IV.j Ausmaß an *Offenheit des Klienten für den Therapeuten*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlicher *Offenheit für den Therapeuten* erkennt man daran, daß man die Gefühle, Anregungen und Ideen des Therapeuten ernst nimmt und abwägt. Dabei ist es nicht notwendig, diese Anregungen in sein eigenes Verhalten aufzunehmen. *Offenheit* bedeutet Empathie für den Therapeuten und Bereitschaft zum Ansehen und Anhören seiner Spielideen und Verhaltensvorschläge. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß der Klient nur seine eigenen Interessen gesehen und sich nicht um ein Verständnis des Therapeuten bemüht hat.

Variable IV.k Ausmaß an *Echtheit des Klienten*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlicher *Echtheit des Klienten* bedeutet, daß der Klient in der Therapie das gesagt und gezeigt hat, was er spontan gedacht und gefühlt hat. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß der Klient wichtige Gedanken und Gefühle zurückgehalten hat, - zum Beispiel aus der Angst heraus, sich lächerlich zu machen oder um nicht alle "Karten auf den Tisch" zu legen.

Variable IV.l Ausmaß des *Lernerfolges im Therapiekontakt*

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlichem *Lernerfolg im Therapiekontakt* ist daran erkennbar, daß der Klient den Eindruck hat, in der Therapiestunde wichtige Erfahrungen

gemacht zu haben. Diese Erfahrungen können sich auf wichtige Erkenntnisse oder Gefühle über das persönliche oder alltägliche Leben beziehen. - Ein sehr geringes Ausmaß liegt vor, wenn sich der Klient mit altbekannten Gedanken, Problemen etc. in einer altbekannten Weise auseinandergesetzt hat, - wenn er beispielsweise sagen könnte: "Die heutige Therapiestunde hätte ich mir sparen können."

Variable IV.m Ausmaß des *Selbstbehauptungsverhaltens* des Klienten

Ein sehr hohes Ausmaß an durchschnittlichem *Selbstbehauptungsverhalten* bedeutet, daß der Klient sehr sicher, selbstbewußt und souverän seine Interessen, Ansichten und Bewertungen gegenüber dem Therapeuten vertreten konnte. - Ein sehr geringes Ausmaß bedeutet, daß sich der Klient gegen seinen Willen stark beeinflussen ließ.

3.2.6 Analyse der Raterübereinstimmung bei der Nutzung des Beobachtungsbogens

Als Datenerhebungsmethode für die Analyse des Therapeuten- und Klientenverhaltens wurden die Beurteilungen auf der Grundlage von Beobachtungen gewählt. Die *Beurteilungen* können durch vielfältige Beurteilungsfehler, wie zum Beispiel durch menschlicher Fehlwahrnehmungs- und Vergessensprozesse, verfälscht werden. Um die Qualität der Datenerhebung zu kontrollieren und zu verbessern, wurden die Beobachter vorab in dem Instrument (Fragebogen) geschult und die Zuverlässigkeit durch empirische Tests überprüft.

Die Therapeuten und Klienten wurden als Beurteiler vor der Datenerhebung in dem Gebrauch des Fragebogens einer Schulung unterzogen. Die Schulung hatte das Ziel, die Beobachtungsfähigkeiten der Teilnehmer vorab der Rollenaufteilung in Therapeuten, Klienten und Cotherapeuten zu verbessern und sie auf eine genaue Anwendung der Fragebögen und des Skalenmanuals (siehe Kap. 3.2.5) vorzubereiten.

Nach einer thematischen Einführung und Vertiefung in das Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene sowie Verdeutlichung des Untersuchungsanliegens und Untersuchungsplanes wurden der Fragebogen und das Skalenmanual vorgestellt und besprochen.

Erste konzentrierte Anwendungen wurden unter meiner Supervision anhand von Videomaterial vorgenommen. Zu jeder gezeigten Videoszene wurde von allen Teilnehmern Beurteilungen zu den Therapeutenmerkmalen erhoben. Die Länge der Szenen wurde während drei Durchläufe von 10 Minuten über 20 Minuten auf 30 Minuten erweitert. Die Beurteilungen wurden nach jedem Durchgang verglichen und Unterschie-

de besprochen.

In der *Prätestphase* wurden in einem Probelauf unter Ernstbedingungen bei einer 1. Testung Ratings jeweils zum Therapeuten- und Klientenverhalten sowie zur *Schwierigkeit der Therapiesituation* zu einer realen Spielsituation von 30 Minuten abgegeben (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Raterübereinstimmung in der 1. Testung Angabe der Übereinstimmungen jeweils für die Therapeuten- und Klientenmerkmale sowie für die *Schwierigkeit der Therapiesituation* und die durchschnittliche Übereinstimmung (AM) in Prozent. N = 10.

Therapeutenmerkmale	Übereinstimmung
Akzeptanz (Wärme)	80 %
Einfühlungsvermögen	70 %
Echtheit	70 %
Therapeutisches Mitspiel	70 %
Persönliches Einbringen	50 %
Interventionsgeschick	60 %
Klientenmerkmale	
Vertiefung im Spiel	50 %
Spaß, Neugier oder Lebendigkeit	60 %
Wut oder Ärger	50 %
Aggressives Verhalten	80 %
Angst oder Furcht	90 %
Trauer, Enttäuschung oder Resignation	80 %
Therapiesituation	
Schwierigkeit der Therapiesituation	80 %
AM	68.46 %

Die Übereinstimmungen für die getestete Trainingsgruppe von N = 10 Beurteilern liegen zur ersten Testung für die Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme); Einfühlungsvermögen; Echtheit; Therapeutisches Mitspiel* und für die Klientenmerkmale *Aggressives Verhalten; Angst oder Furcht* und *Trauer, Enttäuschung oder Resignation* sowie für die *Schwierigkeit der Therapiesituation* auf oder oberhalb der Toleranzgrenze von 70%. Die Therapeutenmerkmale *Persönliches Einbringen* und *Interventionsgeschick* und die Klientenmerkmale *Vertiefung im Spiel; Spaß, Neugier oder Lebendigkeit* und *Wut oder Furcht* liegen unterhalb der Grenze von 70 % . Die durchschnittliche Übereinstimmung über alle Merkmale gerechnet beträgt AM = 68.46 %.

Vor der 2. abschließenden Testung wurden nun insbesondere die Beurteilungen in den Merkmalen trainiert, deren Beurteilung eine Übereinstimmung unterhalb der Toleranzgrenze von 70% aufwies. Konzeptuelle Vertiefung sowie Videoanalysen wurden verwandt, um die Raterübereinstimmung zu verbessern. Ziel sollte eine durchschnittliche Übereinstimmung von mindestens AM = 70-80 % sein. Wie in der ersten Testung gaben die Rater Beurteilungen zu einer 30minütigen realen Spielsitzung ab (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Raterübereinstimmung in der 2. Testung nach Abschluß des Zusatztrainings Angabe der Übereinstimmungen jeweils für die Therapeuten- und Klientenmerkmale sowie für die *Schwierigkeit der Therapiesituation* und die durchschnittliche Übereinstimmung (AM) in Prozent. N = 10.

Therapeutenmerkmale	Übereinstimmung
Akzeptanz (Wärme)	90 %
Einfühlungsvermögen	100 %
Echtheit	100 %
Therapeutisches Mitspiel	70 %
Persönliches Einbringen	80 %
Interventionsgeschick	70 %
Klientenmerkmale	
Vertiefung im Spiel	90 %
Spaß, Neugier oder Lebendigkeit	80 %
Wut oder Ärger	80 %
Aggressives Verhalten	90 %
Angst oder Furcht	100 %
Trauer, Enttäuschung oder Resignation	90 %
Therapiesituation	
Schwierigkeit der Therapiesituation	80 %
AM	86.15 %

Die Übereinstimmungen für die getestete Trainingsgruppe von N = 10 Beurteilern liegen zur zweiten Testung, bei allen getesteten Merkmalen auf beziehungsweise oberhalb der Toleranzgrenze von 70%. Die Übereinstimmungen verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Prozentangaben: drei Merkmale weisen eine Übereinstimmung von 100% auf (*Einfühlungsvermögen; Echtheit und Angst oder Furcht*); vier Merkmale weisen eine Übereinstimmung von 90% auf (*Akzeptanz (Wärme); Therapeutisches Mitspiel; Aggressives Verhalten und Trauer, Enttäuschung oder Resignation*); vier Merkmale weisen eine Übereinstimmung von 80% auf (*Persönliches Einbringen; Spaß, Neugier oder*

Lebendigkeit; Wut oder Ärger und Schwierigkeit der Therapiesituation) und zwei Merkmale weisen eine Übereinstimmung von 70% auf (*Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*). Die durchschnittliche Übereinstimmung über alle Merkmale gerechnet beträgt $AM = 86.15 \%$.

Um die Qualität der Beurteilungen während der Therapien zu garantieren, wurden in den regelmäßig stattfindenden Sitzungen der Therapeuten und Klienten mit mir auch Fragen in Bezug auf das Beurteilen des Therapeuten- und Klientenverhalten geklärt.

4 ERGEBNISSE

4.1 Ausprägung der Therapeutenmerkmale für den Gesamtzeitraum der Spieltherapie für Erwachsene

Im folgendem möchte ich die Ergebnisse aus den Erwachsenenspieltherapien vorstellen. In diesem ersten Kapitel soll als erstes die Fragestellung 1) beantwortet werden. Sie lautet:

1. In welchem Ausmaß treten die Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* sowie das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* über den Gesamtzeitraum der Spieltherapien auf?

Die Ergebnisse zur Fragestellung 1) werden in der Tabelle 10 mitgeteilt. Dort werden die Intensitäten und die Variationen der Merkmalsausprägungen des Therapeutenverhaltens und der *Schwierigkeit der Therapiesituation* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapie aufgezeigt. Auf eine detaillierte Beschreibung der Therapeutenmerkmale wird hier verzichtet; sie befindet sich im Kapitel 3.2.5. Es wird davon ausgegangen, daß die Merkmale des Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Erwachsenenspieltherapie ähnliche Ausmaße aufweisen, wie die von Gesprächspsychotherapeuten. Dies gilt insbesondere für die hinreichenden Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* (vgl. Kap. 2.2.2). Das bedeutet, daß die Erwachsenenspieltherapeuten nach dem klientenzentrierten Therapiekonzept möglichst so handeln, daß sie die beschriebenen Merkmale mit Ausprägungen von hoher beziehungsweise sehr hoher Intensität aufweisen. Es werden daher mit durchschnittlichen Merkmalsausprägungen von $AM_{ges} = 4.5$ und einer Standardabweichung von $s = .5$ gerechnet. Die Gesamtzahl der Therapien schwankt zwischen $N = 21-13^1$. In den Therapien kam es zu durchschnittlich 12 Kontakten (Range = 26; $s = 6.4$).

Da nicht für alle in diesem Projekt erhobenen Therapeutenmerkmalen entsprechende Analysen aus Gesprächspsychotherapien vorliegen, werden die Ergebnisse zu den Merkmalen *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* mit vergleichbaren Ergebnissen aus Kinderspieltherapien von SCHMIDTCHEN und HENNIES (1996) in Beziehung gesetzt.

¹ Nicht in allen Therapien wurden Daten zu sämtlichen Merkmalen erhoben. Daher unterscheiden sich die Angaben zu der jeweiligen Stichprobengröße. Detaillierte Angaben sind den Tabellen im *Anhang*, S. 127-137 zu entnehmen.

Tabelle 10: Ausprägung der Therapeutenmerkmale und der Schwierigkeit der Therapiesituation für den Gesamtzeitraum von Erwachsenen Spieltherapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM_{ges}), der Standardabweichungen (s), des minimalen Wertes (AM_{min}), des maximalen Wertes (AM_{max}) und der Variationsbreite (Range) gemäß Therapeutenurteil. Anzahl der Therapien: $N = 21-10$. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein beziehungsweise sehr geringes Ausmaß.

Therapeutenmerkmale	AM_{ges}	s	AM_{min}	AM_{max}	Range
Akzeptanz (Wärme)	3.79	.67	2.50	4.80	2.30
Einfühlungsvermögen	3.62	.42	3.00	4.33	1.33
Echtheit	4.05	.47	3.30	5.00	1.70
Persönliches Einbringen	3.46	.67	2.10	4.83	2.73
Therapeutisches Mitspiel	3.73	.48	3.09	4.67	1.58
Interventionsgeschick	3.50	.59	2.67	4.70	2.03
Schwierigkeit der Therapiesituation	2.80	.70	1.67	4.41	2.74

Im folgenden werden die Befunde der einzelnen Merkmale beschrieben und diskutiert.

Das Therapeutenmerkmal **Akzeptanz (Wärme)** weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.79$ auf. Das bedeutet, daß es im unteren Bereich der hohen Intensität liegt. Die Standardabweichung beträgt $s = .67$. - Betrachtet man die minimale und maximale Merkmalsausprägung der Einzelmittelwerte, so zeigt sich, daß es zumindest einen Therapeuten gibt, der das Merkmal im unteren Bereich der mittleren Intensität ($AM_{min} = 2.50$) realisiert, und einen anderen, der das Merkmal mit sehr hoher Intensität ($AM_{max} = 4.80$) zeigt.

Das Ergebnis der Ausprägungsintensität entspricht nicht ganz dem Erwartungsbereich einer hohen bis sehr hohen Intensität aus Gesprächspsychotherapien. Die Standardabweichung von $s = .67$ und der hohe Range von 2.30 (welcher sich aus der Differenz von $AM_{max} - AM_{min}$ ergibt) besagen, daß sich die Gruppe der Therapeuten zumindest bezüglich der Realisierung dieses Merkmals sehr heterogen verhält. Ein Therapeut hat zum Beispiel das Merkmal mit einer geringen Ausprägungsintensität (vgl. AM_{min}) realisiert.

Interpretation: In einer ersten Interpretation könnte dies auf die unterschiedliche Erfahrung der Therapeuten zurückzuführen sein, insbesondere auf die Schwierigkeit, unangenehmen Gefühlen und Erfahrungen sowie aggressiven Verhaltensweisen ihrer Klienten mit Wohlwollen und Wertschätzung zu begegnen. Um höhere Ausprägungsintensitäten des Merkmals realisieren zu können, bedarf es wahrscheinlich einer größeren inneren Distanz der Therapeuten zu ihren Klienten.

Das Therapeutenmerkmal **Einfühlungsvermögen** weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.62$ auf. Das bedeutet, daß die Variable im unteren Bereich der hohen Intensität liegt. Die Standardabweichung hat einen Wert von $s = .42$. - Ein Blick auf die minimale und maximale Merkmalsausprägung der Einzelmittelwerte zeigt, daß es zumindest einen Therapeuten gibt, welcher das Merkmal mit mittlerer Intensität ($AM_{min} = 3.00$) realisiert, und daß es zumindest einen Therapeuten gibt, welcher das Merkmal mit einer Intensität im oberen Bereich der hohen Intensität ($AM_{max} = 4.33$) verwirklicht.

Diese Ergebnisse der Erwachsenenspieltherapien entsprechen nicht den Erwartungen. Die Therapeuten konnten ein theoriekonformes hohes bis sehr hohes Intensitätsausmaß in dem Merkmal **Einfühlungsvermögen** nicht erreichen. Die Erwachsenentherapeuten weisen mit einer Standardabweichung von $s = .42$ Unterschiede in ihrer durchschnittlichen Merkmalsausprägung innerhalb der Therapeutengruppe auf. Dies zeigt, daß die Therapeutengruppe in der Realisierung dieses Therapeutenmerkmals eine geringe Homogenität besitzt.

Interpretation: Eine Interpretation dieser Ergebnisse könnte darauf hinweisen, daß sich die Therapeuten in der Regel schon in ihren ersten Therapien gut in ihre Klienten einfühlen können. Ein Grund für die leichte Abweichung in die mittlere Intensität könnte darin gesehen werden, daß die Anfängertherapeuten in ihren ersten Therapien noch leichte Unsicherheiten bezüglich des eigenen Verhaltens aufweisen. Es könnte angenommen werden, daß sich die Therapeuten im Therapiekontakt teilweise von ihren Klienten innerlich „abwenden“, um das eigene Verhalten (zum Beispiel nach schwierigen Situationen) zu reflektieren. Dies könnte ihnen dann ermöglichen, sich den Klienten wieder „ganz hinwenden“ zu können.

Das Therapeutenmerkmal **Echtheit** weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 4.05$ auf. Das bedeutet, daß es von hoher Intensität gezeigt wird. Die Standardabweichung hat einen Wert von $s = .47$. - Die minimale und maximale Merkmalsausprägung der Einzelmittelwerte veranschaulichen zusätzlich, daß es einen Therapeuten gibt, welcher das Merkmal im oberen Bereich der mittleren Intensität ($AM_{min} = 3.30$) realisiert, und daß es einen anderen Therapeuten gibt, der das Merkmal mit sehr hoher Intensität ($AM_{max} = 5.00$) zeigt.

Interpretation: Die Ergebnisse der Ausprägungsintensität und der Unterschiede innerhalb der Therapeutengruppe entsprechen den Erwartungen. Die Therapeuten zeigen in ihrem Verhalten ein „theoriekonformes“ Ausmaß an Kongruenz auf. Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch auch, daß es nicht allen Therapeuten gelingt, in einem hohen Ausmaß in der Beziehung zum Klienten *echt* zu sein.

Ein Grund hierfür könnte das unterschiedliche Maß an Supervisions- und Eigentherapieerfahrungen der Therapeuten vor Beginn der Erwachsenenspieltherapien sein. Es könnte dennoch davon ausgegangen werden könnte, daß es den meisten Therapeuten prinzipiell möglich sein könnte, mit mehr Erfahrung in der Therapeutenrolle eine hohe Intensität in diesem Merkmal zu erreichen.

Das Merkmal *Persönliches Einbringen* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.46$ auf. Das bedeutet, daß sie im unteren Bereich der hohen Intensität liegt. Die Standardabweichung hat einen Wert von $s = .67$. - Die minimale und maximale Merkmalsausprägung der Einzelmittelwerte zeigen an, daß es mindestens jeweils einen Therapeuten gibt, der sich mit geringer Intensität ($AM_{min} = 2.10$), und einen anderen Therapeuten, der sich mit sehr hoher Intensität ($AM_{max} = 4.83$) einbringt. Das Merkmal *Persönliches Einbringen* hat mit einer Variationsbreite von $Range = 2.73$ die größte Streubreite von allen Therapeutenmerkmalen.

Im Vergleich zu diesen Ergebnissen weist das Merkmal *Persönliches Einbringen* bei Kinderspieltherapeuten (dort: *Einbringen der Person*) eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 2.8$; das heißt sie liegt dort im unteren Bereich der mittleren Intensität. Die Standardabweichung beträgt $s = .66$ (vgl. Kap. 2.3.2, Tabelle 1).

Interpretation: Die Ergebnisse der Ausprägungsintensität des Merkmals *Persönliches Einbringen* aus den Erwachsenenspieltherapien entsprechen den Erwartungen. Die durchschnittliche Merkmalsausprägung von $AM_{ges} = 3.46$ liegt um $.66$ Skaleneinheiten höher als die bei Kinderspieltherapeuten von $AM = 2.8$. Vergleichbare Daten zur Gesprächspsychotherapie liegen nicht vor. BIERMANN-RATJEN ET AL. (1986, S. 74) weisen darauf hin, daß das *Selbsteinbringen* sinnvoll und effektiv eingesetzt werden kann, wenn dies im Rahmen einer empathischen, akzeptierenden, kongruenten Therapeut-Klient-Beziehung geschieht und damit den Selbstempathieprozeß des Klienten fördert. Jedoch wird dieses Merkmal als spezifische differentielle Interventionsmaßnahme zu betrachten.

Ein Grund für das verstärkte Sicheinbringen der Erwachsenentherapeuten könnte sein, daß es den Anfängertherapeuten generell gelingt, sich als Studenten in ihrer Therapeutenrolle zu behaupten und sich von den Klienten, das heißt ihren Kommilitonen, abzugrenzen; daß sie aber möglicherweise ab und zu die Therapeutenrolle verlassen und verwischen und sich dadurch stärker einbringen als es nötig wäre. Anders als in der Kinderspieltherapie begegnen sich Klienten und Therapeuten in der Erwachsenenspieltherapie - bedingt durch Alter, Status, u.a. - auf einer gleichwertigen Ebene. Die persönliche Interaktion und Begegnung der Klienten und Therapeuten steht verstärkt im Vordergrund. Das *Persönliche Einbringen* wird womöglich von den Therapeuten auch bewußt als Interventionstechnik zur Verstärkung, Konfrontation, u.a. eingesetzt. Ande-

rerseits könnte das Ergebnis darauf hinweisen, daß die jungen Therapeuten in der Erwachsenenenspieltherapie im Kontakt mit ihren erwachsenen Klienten eher mal ihre therapeutische Rolle verlassen und im persönlichen Kontakt verstärkt eigene private Inhalte, Aspekte einbringen.

Das Therapeutenmerkmal ***Therapeutisches Mitspiel*** weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.73$ auf. Das heißt, daß die Variable im unteren Bereich der hohen Intensität liegt. Die Standardabweichung hat einen Wert von $s = .48$. - Die minimale und maximale Merkmalsausprägung zeigen auf, daß es einen Therapeuten gibt, welcher das Merkmal mit mittlerer Intensität ($AM_{min} = 3.09$) realisiert, und daß es einen anderen Therapeuten gibt, der das Merkmal mit einer sehr hohen Intensität ($AM_{max} = 4.67$) im unteren Bereich zeigt.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit Ergebnissen aus Kinderspieltherapien, so zeigt sich, daß dort das Merkmal *Therapeutisches Mitspiel* (dort: *Vertiefung im Mitspiel*) eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 2.9$ aufweist; das heißt sie ist von mittlerer Intensität. Die Standardabweichung beträgt $s = .52$ (vgl. Kap. 2.3.2; Tabelle 1).

Interpretation: Die gefundenen Ergebnisse aus den Erwachsenenenspieltherapien weichen von den Erwartungen aus den Kinderspieltherapien ab. Verglichen mit dem Therapeutenverhalten in Kinderspieltherapien zeigt sich für diese Ergebnisse, daß die Merkmalsausprägung bei den Erwachsenenenspieltherapeuten ($AM_{ges} = 3.73$) um 0.83 Skaleneinheiten über der der Kinderspieltherapeuten ($AM_{ges} = 2.9$) liegt. Die Unterschiede innerhalb beider Therapeutengruppen sind nahezu gleich groß.

Die höhere Merkmalsausprägung in den Erwachsenentherapien könnte auf einen stärkeren Aufforderungscharakter der Erwachsenenklienten an ihre Therapeuten zum Mitspiel zurückzuführen sein. Die Erwachsenenenspieltherapeuten werden vielleicht stärker in das Spiel des Klienten mit einbezogen, so daß sie auch eher in solche Situationen gelangen, in denen sie auf der Spielebene intervenieren können.

Das Therapeutenmerkmal ***Interventionsgeschick*** weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.50$ auf. Dies heißt, daß die Variable im unteren Bereich der hohen Intensität liegt. Die Standardabweichung hat einen Wert von $s = .59$. - Die minimale und maximale Merkmalsausprägung der Einzelmittelwerte zeigen, daß es einen Therapeuten gibt, der über dieses Merkmal mit einer Ausprägung im unteren Bereich der mittleren Intensität ($AM_{min} = 2.67$) verfügt, und daß es einen Therapeuten gibt, der das Merkmal mit einer sehr hohen Intensität ($AM_{max} = 4.70$) zeigt.

In Kinderspieltherapien weist das Merkmal *Interventionsgeschick* (dort: *Metaperspektive*) eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 3.7$ auf, das heißt es liegt dort im unteren

Bereich der hohen Intensität. Die Standardabweichung beträgt $s = .40$ (vgl. Kap. 2.3.2; Tabelle 1).

Die Ergebnisse aus den Erwachsenenspieltherapien der durchschnittlichen Merkmalsausprägung zeigen auf, daß die Anfängertherapeuten aufgrund ihrer universitären Ausbildung generell gute Fähigkeiten aufweisen, in schwierigen Situationen angemessen zu intervenieren. Erwachsenenspieltherapeuten weisen mit einem $AM_{ges} = 3.50$ ein nur um .20 Skaleneinheiten niedrigeres Ausmaß an *Interventionsgeschick* auf als die professionellen Kinderspieltherapeuten. Auffällig an den Ergebnissen ist dennoch die Heterogenität der Erwachsenentherapeuten in der Realisierung dieses Merkmals ($s = .59$ und Range = 2.03). Andererseits gibt es bereits zumindest einen Therapeuten, der dieses Merkmal bereits mit einer sehr hohen Intensität ($AM_{max} = 4.70$) realisiert.

Interpretation: Diese Ergebnisse entsprechen nicht ganz den Erwartungen; so wäre aufgrund der gemeinsamen Schulung eine größere Homogenität innerhalb der Therapeutengruppe zu erwarten gewesen. Der Mangel an Homogenität könnte auf die unterschiedliche Erfahrungheit der Therapeuten mit therapeutischen Settings zurückzuführen sein. Einige Therapeuten hatten zum Beispiel schon eine abgeschlossene Berufsausbildung als Ergotherapeuten, als Krankenpfleger und somit viele Erfahrungen im Umgang mit Menschen sammeln können. Andere wiederum hatten schon mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung begonnen, und andere Therapeuten hatten Erfahrungen als Klienten in einer eigenen Therapie gemacht.

Das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* weist eine Ausprägungsintensität von $AM_{ges} = 2.80$ auf. Dies bedeutet, daß es im unteren Bereich der mittleren Intensität liegt. Die Standardabweichung hat einen Wert von $s = .70$ auf. - Die minimale und maximale Merkmalsausprägung weisen darauf hin, daß es eine Therapie gibt, in welcher es nur zu Schwierigkeiten in geringer Intensität ($AM_{min} = 1.67$) kommt; und daß es in einer Therapie Schwierigkeiten von hoher Intensität ($AM_{max} = 4.41$) gibt.

Interpretation: Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den Erwartungen. Höhere durchschnittliche Ausprägungen wären aufgrund des entwicklungsfördernden und erfahrungsmachenden Rahmens nicht erwartet worden. Auffällig an den Ergebnissen ist, daß es zumindest eine Therapie gibt, in der die *Schwierigkeit der Therapiesituation* (siehe AM_{max}) an der oberen Grenze der hohen Intensität liegt. Dies könnte bedeuten, daß es einigen Klienten auch in dem gegebenen universitären Rahmen gelingt, die Spieltherapie dazu nutzen, ernsthafte persönliche Themen einzubringen und problematisches Verhalten zu zeigen.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die Ausprägungen der Therapeutenmerkmale sowie für das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* für den Gesamtzeitraum der Therapie dargestellt. Eingegangen wurde auf die *Intensitäten* und *Variationen* der Merkmale. Erwartet wurde, daß die Therapeuten hohe bis sehr hohe Ausprägungen in den Merkmalen aufweisen. Ebenfalls erwartet wurde eine Homogenität der Therapeuten bezüglich der Realisierung der Therapeutenmerkmale.

Das Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* weist durchschnittlich eine hohe Ausprägungsintensität auf. Die Mittelwerte variieren zwischen einem Bereich einer mittleren und einer sehr hohen Intensität. Da die Ausprägungen des Merkmals teilweise unter den theoriekonformen Ausprägungen hoher beziehungsweise sehr hoher Intensitäten liegen, läßt sich dahingehend interpretieren, daß es einigen Therapeuten schwerfällt, insbesondere beim Auftreten von unangenehmen Gefühlen, die nötige Distanz zu wahren und den Klienten weiterhin wohlwollend gegenüberzutreten.

Das Therapeutenmerkmal *Einfühlungsvermögen* weist durchschnittlich eine hohe Ausprägungsintensität auf. Die Mittelwerte variieren zwischen einem Bereich einer mittleren und hohen Intensität. Das Ergebnis wird so interpretiert, daß sich die Therapeuten generell gut in ihre Klienten einfühlen können. Die von den erwarteten Intensitäten etwas abweichenden Ausprägungen stammen möglicherweise von noch leichten Unsicherheiten der jungen Therapeuten bezogen auf die Therapeutenrolle und die Rahmenbedingungen der Therapien (Videoaufzeichnung, Beobachter, universitärer Rahmen, etc.).

Das Therapeutenmerkmal *Echtheit* weist durchschnittlich eine hohe Ausprägungsintensität auf. Die Mittelwerte variieren zwischen einem Bereich einer mittleren und einer sehr hohen Intensität. Die für die jungen Therapeuten hohe Ausprägung des Merkmals *Echtheit* könnte daraufhin zurückzuführen sein, daß die Unterstützung des Bemühens um ein *echtes* Verhalten ein Schwerpunktthema in den Supervisionen war. Es kann davon ausgegangen werden, daß zwischen den Therapeuten und Klienten eine gewisse zwischenmenschliche „Gleichheit“ bestanden haben könnte, die den Therapeuten die Realisierung des Merkmals erleichterte: die Klienten waren in der Regel gleich alt und hatten den gleichen Status wie die Therapeuten inne.

Das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* weist durchschnittlich eine hohe Ausprägungsintensität auf. Die Mittelwerte variieren zwischen einem Bereich einer geringen und einer sehr hohen Intensität. Im Vergleich zu Kinderspieltherapeuten ist die durchschnittliche Ausprägung des Therapeutenmerkmals *Persönliches Einbringen* in der Erwachsenenpieltherapie größer. Das Ergebnis läßt sich so interpretieren, daß zwischen den Therapeuten und den (erwachsenen) Klienten eine persönliche Begegnung stattfindet und eine dualistische Beziehung entsteht. Diese Art der Begegnung findet in

der Erwachsenenspieltherapie eher auf einer gleichen personalen Ebene statt als in der Kinderspieltherapie. In dem stärkeren *Persönlichen Einbringen* der Erwachsenentherapeuten könnten auch Aspekte dieses Merkmals als Interventionselement deutlich werden.

Das Therapeutenmerkmal *Therapeutisches Mitspiel* weist durchschnittlich eine hohe Ausprägungsintensität auf. Die Mittelwerte variieren zwischen einem Bereich einer mittleren und einer sehr hohen Intensität. Kinderspieltherapeuten realisieren dieses Merkmal dagegen durchschnittlich mit einer mittleren Ausprägung. Das im Verhältnis zu den Kinderspieltherapien größere Ausmaß des Therapeutenmerkmals *Therapeutisches Mitspiel* bei den Erwachsenenspieltherapien wird so interpretiert, daß die Therapeuten in der Erwachsenenspieltherapie womöglich von den erwachsenen Klienten stärker zum Mitspiel angeregt und aufgefordert werden als es Kindklienten tun. Auch könnte das Spiel für die jungen Therapeuten an sich noch einen stärkeren Aufforderungscharakter zum Mitspiel innehaben als es für erfahrene Therapeuten der Fall ist.

Das Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* weist durchschnittlich ein hohes Ausmaß auf. Die Mittelwerte variieren zwischen einem Bereich einer mittleren und einer sehr hohen Intensität. Hieraus läßt sich interpretieren, daß die Therapeuten im Durchschnitt gute Fähigkeiten aufweisen, im Therapiekontakt geschickt zu intervenieren. Die geringe Homogenität innerhalb der Therapeutengruppe bezüglich des Interventionsgeschicks war aufgrund des Trainings der Therapeuten nicht erwartet worden. Sie läßt sich möglicherweise durch den Einfluß der sehr unterschiedlichen Klientenanforderungen erklären.

Das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* weist durchschnittlich eine mittlere Intensität auf. Die Mittelwerte variieren in einem Bereich einer geringen und einer hohen Intensität. Das Ergebnis zeigt, daß es trotz der geringen Störungsausprägungen der Klienten zu genügend schwierigen Situationen kommt, die das Intervenieren der Therapeuten voll herausfordern. Dies weist darauf hin, daß die Klienten zahlreiche persönliche Probleme in die Therapie einbringen. Ein Faktum, daß auch durch den hohen Bedeutungsgehalt der Spiele (s. Kap. 2.5.1) dokumentiert wird.

4.2 Ausprägung der Therapeutenmerkmale im Verlauf der Spieltherapie für Erwachsene

In diesem Kapitel soll die zweite Fragestellung beantwortet werden:

2. Gibt es für die Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* und das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* phasenspezifische Unterschiede bezüglich der Höhe und Variation der Merkmalsausprägungen?

Die Ergebnisse aus der *Analysen der Therapiephasen* werden in Tabelle 11 abgebildet. Die Tabelle enthält die Intensitäten und die Variationen der Merkmalsausprägungen des Therapeutenverhaltens und der *Schwierigkeit der Therapiesituation* (in der Tabelle als *Therapieschwierigkeit* bezeichnet) für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapien. Auch werden dort die Signifikanzen der Mittelwertsunterschiede zwischen den Phasen abgebildet, welche mit einem t-Test ermittelt worden sind.

Bei der Interpretation der Ergebnisse wird davon ausgegangen, daß die Basismerkmale: *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* im Phasenverlauf keine signifikanten Veränderungen aufweisen werden, sondern generell konstant realisiert werden, weil sie nach dem klientenzentrierten Interventionskonzept in einer gleichbleibend hohen Intensität realisiert werden müßten. Auch die Merkmale *Persönliches Einbringen* und *Therapeutisches Mitspiel* dürften - wenn man Analysen zum Verhalten von Kinderspieltherapeuten zum Vergleich heranzieht (vgl. SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996, S. 18 f) - keine phasenspezifische Unterschiede aufweisen.

Aufgrund organisatorischer Probleme sind zwei Merkmale nicht von Anfang an bei allen 21 Therapien erhoben worden. Es handelt sich um die Merkmale *Persönliches Einbringen* (N = 13) und *Interventionsgeschick* (N = 18).

Tabelle 11: Ausprägung der Therapeutenmerkmale und der Schwierigkeit der Therapiesituation in der Anfangs-, Mittel- und Endphase von Erwachsenenspielertherapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 21-13. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Zeitpunkt der Therapie **Signifikanz der Unterschiede zwischen den Phasen***

Therapeutenmerkmale	Anfangsphase (A)		Mittelpphase (M)		Endphase (E)		A : M	M : E	A : E
	AM ₁	s ₁	AM ₂	s ₂	AM ₃	s ₃			
Akzeptanz (Wärme)	3.62	.72	3.79	.75	3.97	.78	ns	s	s
Einfühlungsvermögen	3.47	.60	3.57	.67	3.86	.55	ns	s	s
Echtheit	3.88	.78	3.99	.53	4.29	.55	ns	s	s
Persönliches Einbringen	3.24	.91	3.38	.78	3.71	.74	ns	ns	T
Therapeutisches Mitspiel	3.66	.64	3.60	.63	3.98	.69	ns	s	ns
Interventionsgeschick	3.37	.87	3.46	.58	3.66	.67	ns	T	ns
Therapieschwierigkeit	2.57	.91	2.83	.92	3.08	.87	ns	ns	s

* t-Test für abhängige Stichproben bei zweiseitiger Fragestellung².

ss (1%-Signifikanzniveau): hoch signifikant

s (5%-Signifikanzniveau): signifikant

T (10%-Signifikanzniveau): tendentiell signifikant

ns: nicht signifikant

Wie aus einem Blick auf die Tabelle 11. aus den Signifikanzwerten der Therapeutenmerkmale über die Therapiephasen hinweg ersichtlich ist, weisen die Merkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* - also die sogenannten Basismerkmale - von der Mittel- zur Endphase und von der Anfangs- zur Endphase ansteigende signifikante Unterschiede auf.

Das Merkmal *Therapeutisches Mitspiel* weist einen signifikanten Anstieg von der Mittel- zur Endphase auf und das Merkmal *Interventionsgeschick* einen signifikanten Anstieg von der Mittel- zur Endphase. Das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* erfährt einen tendentiell signifikanten Anstieg von der Anfangs- zur Endphase. Auch

² t-Grenzwerte und errechnete t-Werte für die einzelnen Therapeutenmerkmale und Therapieschwierigkeit befinden sich im *Anhang*, S. 138.

die *Schwierigkeit der Therapiesituation* vergrößert sich signifikant von der Anfangs- zur Endphase.

Im folgenden soll der Phasenverlauf der Merkmale im einzelnen dargestellt und diskutiert werden.

Das Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* erfährt eine ansteigende signifikante Veränderung vom ersten Drittel: $AM_1 = 3.62$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.97$; und vom zweiten Drittel: $AM_2 = 3.79$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.97$.

Die Ausprägung des Merkmals befindet sich in der Anfangsphase im unteren Bereich der hohen Intensität ($AM_1 = 3.62$) und verändert sich ansteigend über die Mittelphase ($AM_2 = 3.79$) bis zur Endphase um 0.35 Skaleneinheiten bis zu einer hohen Ausprägung ($AM_3 = 3.97$). Die Standardabweichungen von $s_1 = .72$, $s_2 = .75$ und $s_3 = .78$ weisen darauf hin, daß es zwischen den Therapeuten Schwankungen in der Merkmalsausprägung gegeben hat.

Interpretation: Interpretiert man die Verlaufsbefunde, so ist festzustellen, daß der beobachtete Anstieg der Merkmalsausprägungen etwas überraschend und nicht erwartungskonform ist, denn aufgrund der klientenzentrierten Interventionstheorie wäre mit einer gleichbleibenden Ausprägung auf hohem Niveau zu rechnen gewesen.

Als Erklärung für diesen Befund bietet sich die Hypothese an, daß die etwas niedrigere Merkmalsausprägung in der Anfangs- und Mittelphase auf eine anfängliche Unsicherheit der Therapeuten in Bezug auf die Rollenfindung und Interaktionsgestaltung zurückzuführen ist.

Das Therapeutenmerkmal *Einfühlungsvermögen* erfährt eine ansteigende signifikante Veränderung vom ersten Drittel: $AM_1 = 3.47$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.86$; und vom zweiten Drittel: $AM_2 = 3.57$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.86$.

Das Merkmal *Einfühlungsvermögen* weist in der Anfangsphase eine Ausprägung im oberen Grenzbereich der mittleren Intensität ($AM_1 = 3.47$) auf, die über die Mittelphase ($AM_2 = 3.57$) bis zur Endphase um .39 Skaleneinheiten bis zu einer hohen Intensität ($AM_3 = 3.86$) ansteigt.

Die Werte der Standardabweichungen von $s_1 = .60$, $s_2 = .67$ und $s_3 = .55$ zeigen, daß es zwischen den Therapeuten Schwankungen in der Merkmalsausprägung gegeben hat.

Interpretation: Auch dieses Ergebnis ist nicht erwartungsgemäß. Eine gleichbleibende Ausprägung dieses Merkmals von hoher bzw. sehr hoher Intensität wäre zu erwarten gewesen.

Ein Grund für die zunächst niedrigeren Merkmalsausprägungen könnte die Unsicherheit der Therapeuten sein, die sich dann im Therapieverlauf immer weniger zeigt. Ein Blick auf die Merkmalsausprägung in der Endphase ($AM_3 = 3.86$), zeigt an, daß die Therapeuten im letzten Drittel der Therapien ein theoriekonformes Ausmaß in der Merkmalsausprägung erreichen. Dies könnte darauf hinweisen, daß die Therapeuten zum Anfang ihrer ersten Therapie stark durch die Auseinandersetzung mit dem Setting, dem Medium Spiel und der Beziehung zum Klienten verunsichert sind und sich dadurch anfänglich nur in einem etwas geringeren Ausmaß in den Klienten einfühlen können als sie es zum Ende der Therapie tun.

Das Therapeutenmerkmal *Echtheit* erfährt eine ansteigende signifikante Veränderung vom ersten Drittel: $AM_1 = 3.88$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 4.29$; und vom zweiten Drittel: $AM_2 = 3.99$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 4.29$.

Die Ausprägung befindet sich in der Anfangsphase an der Grenze zur hohen Intensität ($AM_1 = 3.88$) und verändert sich über die Mittelphase ($AM_2 = 3.99$) bis zur Endphase ($AM_3 = 4.29$) um 0.41 Skaleneinheiten zu einer hohen Intensität. Die Werte der Standardabweichungen von $s_1 = .78$, $s_2 = .53$ und $s_3 = .55$ deuten auf Unterschiede zwischen den Therapeuten hinsichtlich der Merkmalsrealisierung hin.

Interpretation: Die Veränderungen der Ausprägungsintensitäten sind - wie bei den beiden vorherigen Merkmalen *Akzeptanz (Wärme)* und *Einfühlungsvermögen* - nicht theoriekonform.

Als Erklärung bietet sich die Vermutung an, daß die Therapeuten aus den bereits oben genannten Gründen eine gewisse Anlaufzeit brauchten, um ihre Scheu vor den Klienten und Cotherapeuten (hinter der Beobachtungsscheibe sitzend) abzulegen.

Das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* erfährt eine tendentiell signifikant ansteigende Veränderung vom ersten Drittel: $AM_1 = 3.24$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.71$ ³.

Die Ausprägung des Merkmals befindet sich in der Anfangsphase im oberen Bereich der mittleren Intensität ($AM_1 = 3.24$) und verändert sich über die Mittelphase ($AM_2 = 3.38$) bis zur Endphase ($AM_3 = 3.71$) in den unteren Bereich der hohen Intensität. Insgesamt erfährt das Merkmal eine Veränderung um 0.47 Skaleneinheiten. Die Standardabweichungen von $s_1 = .91$, $s_2 = .78$ und $s_3 = .74$ zeigen, daß es zwischen den Therapeuten in der Merkmalsausprägung Unterschiede gegeben hat.

³ Die Differenz von $AM_3 = 3.71$ und $AM_1 = 3.24$ scheint zwar im Vergleich zu den oben genannten Differenzen verhältnismäßig groß zu sein, unterliegt jedoch aufgrund der geringen Stichprobe ($N = 13$) einer „härteren“ Signifikanzprüfung.

Interpretation: Dieses Ergebnis der phasenspezifischen Veränderung entspricht nicht den Erwartungen. Man könnte nach den Konzept der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie annehmen, daß sich die Therapeuten im Verlauf der Erwachsenentherapien eher stärker zurückhalten sollten.

Eine Ursache für diesen langsamen Anstieg im Therapieverlauf könnte die größere Sicherheit bezogen auf die Therapeutenrolle sein, mit der die Therapeuten gegen Therapieende stärker auch ihre Meinung eingebracht haben. Ein Grund für die niedrigeren Merkmalsausprägungen in der Anfangsphase könnte auch in einer Unsicherheit hinsichtlich dieser Variable zu suchen sein: In den Supervisionen tauchten besonders in der Anfangsphase immer wieder Fragen bezüglich des persönlichen Einbringens auf: z.B. in welchem Ausmaß dies geschehen dürfe.

Das Therapeutenmerkmal ***Therapeutisches Mitspiel*** erfährt eine signifikante Veränderung vom zweiten Drittel: $AM_2 = 3.60$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.98$.

In der Anfangsphase hat das Merkmal eine durchschnittliche Ausprägung an der Grenze zum hohen Ausmaß ($AM_1 = 3.66$), sinkt über die Mittelphase gering ab ($AM_2 = 3.60$) und steigt dann in der Endphase zu einer hohen Intensität ($AM_3 = 3.98$) an. Das Merkmal erfährt insgesamt eine aufsteigende Veränderung um 0.32 Skaleneinheiten. Die Standardabweichungen von $s_1 = .64$, $s_2 = .63$ und $s_3 = .69$ lassen auf Unterschiede in den Merkmalsausprägungen zwischen den Therapeuten schließen.

Interpretation: Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen. Es kann dahingehend interpretiert werden, daß sich die Therapeuten in der Anfangsphase deshalb im Mitspiel zurückgehalten haben, um den Klienten nicht zu sehr zu beeinflussen und um auch erst zu sehen, in welcher Weise der Klient sein Spiel anlegt. Erst nach Klärung dieser Aspekte war es dann sinnvoll, die Mitspieltätigkeit zu vertiefen und damit stärkere Spielimpulse zu setzen.

Das Therapeutenmerkmal ***Interventionsgeschick*** erfährt eine ansteigende tendentiell signifikante Veränderung vom zweiten Drittel: $AM_2 = 3.46$ zum letzten Drittel: $AM_3 = 3.66$.

Die Merkmalsausprägung hat in der Anfangsphase eine mittlere Intensität ($AM_1 = 3.37$) und nimmt über die Mittelphase ($AM_2 = 3.46$) bis zur Endphase ($AM_3 = 3.66$) hin zu. Sie weist in der Endphase eine hohe Intensität auf. Insgesamt verändert sich das Merkmal um 0.29 Skaleneinheiten. Die Standardabweichungen von $s_1 = .87$, $s_2 = .58$ und $s_3 = .67$ deuten darauf hin, daß sich die Therapeuten in ihrer Merkmalsausprägung voneinander unterscheiden.

Interpretation: Dieses Ergebnis der durchschnittlichen Merkmalsausprägungen entspricht den Erwartungen. Die Werte für die Merkmalsausprägungen liegen nur gering unter denen von Kinderspieltherapeuten (vgl. 2.3.2). Es fällt jedoch auf, daß die ansteigende Veränderung der Ausprägung von der Mittel- zur Endphase erfolgt, - die der Kinderspieltherapeuten hingegen von der Anfangs- zur Mittel-, bzw. Endphase.

Ein Grund für die Befunde des Interventionsverhaltens der Erwachsenentherapeuten könnte sein, daß die Anfängertherapeuten erst nach einiger Zeit und spezieller Supervision die Sicherheit hatten, in geschickter Weise die Problem der Klienten zu bearbeiten.

Die *Schwierigkeit der Therapiesituation* erfährt eine ansteigende signifikante Veränderung vom ersten Drittel: $AM_1 = 2.57$ zum Drittel: $AM_3 = 3.08$.

Das Merkmal hat in der Anfangsphase eine Ausprägung an der unteren Grenze der mittleren Intensität ($AM_1 = 2.57$), verändert sich über die Mittelphase ($AM_2 = 2.83$) bis zur Endphase ($AM_3 = 3.08$) um 0.51 Skaleneinheiten. Die Standardabweichungen von $s_1 = .91$, $s_2 = .92$ und $s_3 = .87$ weisen auf Unterschiede in der Merkmalsausprägung zwischen den Therapien hin.

Interpretation: Diese Ergebnisse veranschaulichen, daß die Klienten im Verlauf der Therapien in dem universitären Rahmen zunehmend stärker bereit waren, ihre Probleme aufzudecken und diese in der Gegenwart des Therapeuten zu bearbeiten.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die phasenhaften Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen den Ausprägungen und Standardabweichungen der Therapeutenmerkmale sowie des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* interpretiert. Die Unterschiede der Ausprägungen in den Phasen wurden auf ihre Signifikanz hin mit statistischen Prüfverfahren getestet.

Als Ergebnis wurde gefunden, daß fünf Merkmale Veränderungen (vier signifikante und eine tendentiell signifikante Veränderungen) von ansteigender Art von der Mittel- zur Endphase aufweisen. Und von der Anfangs- zur Endphase weisen fünf Merkmale Veränderungen (vier signifikante und eine tendentiell signifikante Veränderungen) von ansteigender Art auf.

Das Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung im Bereich der hohen Intensität⁴. Die Standardabweichungen liegen in

⁴ Alle in der Zusammenfassung beschriebenen Veränderungen sind statistisch *signifikante* bzw. *hoch signifikante* Veränderungen.

einem Bereich von $s = .72$ bis $s = .78$. Das Ergebnis wird so interpretiert, daß die jungen Therapeuten aufgrund ihrer Unerfahrenheit, insbesondere in der Anfangsphase, noch etwas unsicher bezüglich der Realisierung des Therapeutenmerkmals *Akzeptanz (Wärme)* waren. Die Standardabweichungen weisen darauf hin, daß sich die Therapeuten in der Realisierung dieses Merkmals heterogen verhalten haben.

Das Therapeutenmerkmal *Einfühlungsvermögen* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung von einer mittleren Intensität in der Anfangsphase zu einer hohen Intensität in der Endphase. Die Standardabweichungen liegen in einem Bereich von $s = .55$ bis $s = .67$. Das Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, daß die Therapeuten aufgrund ihrer Unsicherheit zu Beginn der Therapien das Therapeutenmerkmal *Einfühlungsvermögen* noch nicht in ihrer endgültigen Intensität einnehmen können. Die Standardabweichungen zeigen auf, daß die Therapeutengruppe bezüglich der Realisierung dieses Merkmals heterogen ist.

Das Therapeutenmerkmal *Echtheit* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung im Bereich der hohen Intensität. Die Standardabweichung nimmt von der Anfangsphase mit $s = .78$ zur Endphase hin mit $s = .55$ ab. Das Ergebnis läßt sich dahingehend interpretieren, daß die Therapeuten auch bezüglich der Realisierung des Therapeutenmerkmals *Echtheit* am Anfang der Therapien noch leichte Schwierigkeiten aufweisen. Die Standardabweichungen zeigen, daß die Therapeutengruppe zum Ende der Therapien das Merkmal in homogener Weise realisieren konnten.

Zusammenfassend kann also für den Verlauf der drei genannten Therapeutenmerkmale festgestellt werden, daß sich die Therapeuten im Verlauf der Therapien immer sicherer fühlten und sie es schafften, die Merkmale in immer stärker Intensität zu realisieren.

Das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung von einer mittleren Intensität in der Anfangsphase zu einer hohen Intensität in der Endphase. Die Standardabweichung nimmt von der Anfangsphase mit $s = .91$ zur Endphase mit $s = .74$ hin ab. Das Ergebnis wird dahingehend interpretiert, daß die sich die Therapeuten im Therapieverlauf mit zunehmender Sicherheit (in Bezug auf die Realisierung dieses Merkmals und der Therapeutenrolle insgesamt) stärker persönlich einbringen konnten.

Das Therapeutenmerkmal *Therapeutisches Mitspiel* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung im Bereich der hohen Intensität. Die Standardabweichungen liegen in einem Bereich von $s = .63$ bis $s = .69$. Die ansteigende Veränderung wird damit interpretiert, daß die Therapeuten ihre Mitspieltätigkeit erst nach einer anfänglichen Klärungsphase vertiefen. Die Standardabweichungen weisen darauf hin, daß die Gruppe der Therapeuten in der Realisierung dieses Merkmals heterogen ist.

Das Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung von einer mittleren Intensität in der Anfangsphase zu einer hohen Intensität in der Endphase. Die Standardabweichungen liegen in einem Bereich von $s = .58$ bis $s = .87$. Das Ergebnis wird dahingehend interpretiert, daß die Therapeuten nach einer Eingewöhnung und gezielter Supervision zunehmend geschickter Probleme der Klienten bearbeiten können.

Das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* erfährt im Phasenverlauf eine ansteigende Veränderung im Bereich der mittleren Intensität. Die Standardabweichungen liegen in einem Bereich von $s = .87$ bis $s = .92$. Die ansteigende Veränderung läßt sich so interpretieren, daß die Klienten mit der Zeit immer stärker persönliche Probleme in die Therapie einbrachten.

4.3 Analyse der faktoriellen Struktur der Therapeutenmerkmale in der Spieltherapie für Erwachsene

Zur Beschreibung und Analyse des Therapeutenverhaltens dienen in dieser Arbeit die sechs Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*. Sie stammen weitgehend aus dem Konzept der klientenzentrierten Erwachsenen- und Kinderpsychotherapie (SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996).

In dem ersten Unterkapitel 4.3.1 wird untersucht, welche korrelativen Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen bestehen und im anschließenden Unterkapitel wird aufgrund der Interkorrelationen die übergeordnete Faktorenstruktur gesucht. Die Bedingung der Normalverteilung pro Merkmal für die Korrelationsberechnung mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation wird erfüllt.

4.3.1 Interkorrelationen der Therapeutenmerkmale

In diesem Kapitel soll folgende Fragestellung soll beantwortet werden:

3. Lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* finden?

In Tabelle 12. werden die Interkorrelationskoeffizienten zwischen den sechs Therapeutenmerkmalen angegeben. Von den 36 gerechneten Produkt-Moment-Korrelationen haben sich 14 als signifikant und 8 als tendentiell signifikant erwiesen. Per Zufall wären beim kleinsten Signifikanzniveau von 10% 3,6 signifikante bzw. tendentiell signifikante Korrelationen zu erwarten gewesen. Die signifikanten Korrelationen verteilen sich wie folgt auf die Merkmale:

<i>Akzeptanz (Wärme)</i>	(1 Signifikanz und 3 tendentielle Signifikanzen),
<i>Einfühlungsvermögen</i>	(4 Signifikanzen),
<i>Echtheit</i>	(3 Signifikanzen und 1 tendentielle Signifikanz),
<i>Persönliches Einbringen</i>	(1 tendentielle Signifikanz),
<i>Therapeutisches Mitspiel</i>	(3 Signifikanzen und 1 tendentielle Signifikanz) und
<i>Interventionsgeschick</i>	(3 Signifikanzen und 2 tendentielle Signifikanzen).

Bevor die Ergebnisse im Einzelnen analysiert werden sollen, ist in einer ersten Stellungnahme festzuhalten, daß bis auf das Merkmal *Persönliches Einbringen* eine enge Verflechtung zwischen den Merkmalen besteht, so daß die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß sie alle auf einem gemeinsamen Faktor zurückgehen. Dieses Ergebnis ist überraschend, denn es wäre zu erwarten gewesen, daß zumindest das *Therapeutische Mitspiel* und das *Interventionsgeschick* neben dem Merkmal *Persönliches Einbringen* eine gewisse Unabhängigkeit von den Basismerkmalen *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlung* und *Echtheit* aufweisen würden. - Im folgenden sollen die Interkorrelationen der Therapeutenmerkmale besprochen werden.

Begonnen werden soll mit der gemeinsamen Besprechung der drei sogenannten Basismerkmalen: *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlung* und *Echtheit*.

Tabelle 12: Interkorrelationen der Therapeutenmerkmale: Errechnung der Korrelationskoeffizienten (r)

mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation. Basis der Berechnung: $N = 21$ Therapien.

Therapeutenmerkmale	Akzeptanz (Wärme)	Einfühlungsvermögen	Echtheit	Persönliches Einbringen	Therapeutisches Mitspiel	Interventionsgeschick
Akzeptanz (Wärme)	.77	.38	.42	.38	.38	.38
Einfühlungsvermögen	.77	.72	.64	.74	.74	.74
Echtheit	.38	.72	.56	.75	.75	.75
Persönliches Einbringen	-	-	-	.31	.31	.31
Therapeutisches Mitspiel	.42	.64	.56	-	.68	.68
Interventionsgeschick	.38	.74	.75	.31	.68	.68

* **Signifikanzniveau** für $N = 21$:

1%-Niveau: $r \geq .55$; **ss**

5%-Niveau: $r \geq .43$; **s**

10%-Niveau: $r \geq .30$; **T**

Die Intensitäten von **Akzeptanz (Wärme)**, **Einfühlungsvermögen** und **Echtheit** - den sogenannten Basismerkmale - weisen untereinander signifikante Korrelationen auf. Hoch signifikant korrelieren **Akzeptanz (Wärme)** mit **Einfühlungsvermögen** (.77) und **Einfühlungsvermögen** mit **Echtheit** (.72), und tendenziell signifikant korrelieren **Akzeptanz (Wärme)** mit **Echtheit** (.38).

Interpretation: Diese Interkorrelationen werden hier zusammenfassend interpretiert. Sie unterstützen die Ausführungen von BIERMANN-RATJEN ET AL. (1995, S. 56) bezüglich der interdependenten und moderierenden Zusammenhänge zwischen den Basismerkmalen und ihrer Wirkung auf den Klienten: „Psychologisch bedeutsame Veränderungen beim Klienten werden in der Therapie durch die *Empathie* des *kongruenten* Therapeuten auf dem Hintergrund seiner *Unbedingten Wertschätzung* des Klienten bewirkt“.

Die Korrelationen der Basismerkmale mit anderen Therapeutenmerkmalen sind in den Beschreibungen der Interkorrelationen der Therapeutenmerkmale *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* mit aufgeführt (s.u.).

Die Intensität des **Persönliches Einbringen** korreliert tendenziell signifikant mit dem Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* (.31). Die beiden Merkmale stehen demnach in einem korrelativen Zusammenhang.

Interpretation: Das Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, daß das Merkmal *Persönliches Einbringen* möglicherweise Aspekte einer Intervention ausweist. Der Therapeut wirkt als Modell für eine größere Offenheit in der Kommunikation und für eine souveräne Selbstexploration. Dem Merkmal *Persönliches Einbringen* könnten womöglich mehr Funktionen und Nutzen zugesprochen werden, als bisher angenommen (s. Kapitel 4.4.2.). Der Therapeut könnte demnach persönliche Stellungnahmen und Wertungen direkt, aktiv und bewußt als Interventionsmaßnahme im Therapiekontakt einbringen.

Die Intensität des **Therapeutischen Mitspiels** korreliert hoch signifikant mit den Therapeutenmerkmalen *Einfühlungsvermögen* (.64), *Echtheit* (.56) und *Interventionsgeschick* (.68). Zudem weist es eine tendenziell signifikante Korrelation mit dem Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* (.42) auf.

Interpretation: Die Korrelationen des Therapeutenmerkmals *Therapeutisches Mitspiel* mit den sogenannten Basismerkmalen *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* sollen so interpretiert werden, daß in der Spieltherapie für Erwachsene insbesondere in der Art der Mitspieltätigkeit die Basismerkmale realisiert werden, so daß das

Spiel des Therapeuten eine *Trägerfunktion* für die Verwirklichung der Basismerkmale hat.

Die Korrelation des Merkmals *Therapeutisches Mitspiel* mit dem Merkmal *Interventionsgeschick* wird dahingehend interpretiert, daß das Mitspielen nach Interventionsgesichtspunkten stattfindet und nicht nach einer persönlichen Laune des Therapeuten.

Die Intensität des *Interventionsgeschicks* korreliert hoch signifikant mit den Therapeutenmerkmalen *Einfühlungsvermögen* (.74), *Echtheit* (.75) und *Therapeutisches Mitspiel* (.68). Des weiteren weist sie tendentiell signifikante Korrelationen mit den Therapeutenmerkmalen *Akzeptanz (Wärme)* (.38) und *Persönliches Einbringen* (.31) auf. Das Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* steht damit als einziges Therapeutenmerkmal in einem korrelativen Zusammenhang zu allen anderen Therapeutenmerkmalen.

Interpretation: Dieser Befund soll dahingehend interpretiert werden, daß eine erfolgreiche Interventionstätigkeit nur auf der Grundlage der Basismerkmale möglich ist und daß auch die *Mitspieltätigkeit* und das *Persönliche Einbringen* nicht um ihres Selbstzwecks, sondern bezogen auf die therapeutischen Interventionsziele eingesetzt werden müssen.

4.3.2 Faktorenstruktur der Therapeutenmerkmale

In diesem Kapitel soll die Fragestellung beantwortet werden:

4. Können die Merkmale des Therapeutenverhalten durch eine Faktorenstruktur dargestellt werden?

Die Korrelationsrechnungen zwischen den Therapeutenmerkmalen (s. Tab. 12) haben deutlich gemacht, daß es zahlreiche signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Merkmalen gibt. Es wird daher angenommen, daß sich die Merkmale auf einem oder zwei zugrunde liegenden Faktoren zurückführen lassen. Zur Prüfung dieser Annahme wurde eine Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode gerechnet.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sollen mit einer vergleichbaren Analyse der Therapeutenmerkmale in der Kinderspieltherapie von SCHMIDTCHEN & HENNIES (1996, S. 20 f) verglichen werden. Diese haben gefunden, daß sich die Merkmale *Einführendes Verständnis*, *Reflexion von Gefühlen*, *Akzeptanz (Wärme)*, *Selbstkongruenz*, *Vertiefung im Mitspiel*, *Hilfe beim Problemlösen*, *Persönliches Einbringen* und *Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive* auf zwei Faktoren zurückführen lassen. Es sind die Faktoren: Faktor 1: „*Merkmale der Beziehungsgestaltung und Kommunikationsgestaltung*“ mit den Variablen: *Einführendes Verständnis*, *Reflexion von Gefühlen*, *Akzeptanz (Wärme)*, *Selbstkongruenz*, *Vertiefung im Mitspiel* und *Einnehmen einer therapeuti-*

schen Metaperspektive - und Faktor 2: „Merkmale zur Problemlösungshilfe und Entwicklungsförderung“ mit den Variablen: Akzeptanz (Wärme), Hilfe beim Problemlösen, Persönliches Einbringen und Einnehmen einer therapeutischen Metaperspektive.

In der folgenden Tabelle 13 werden die Befunde aus der Faktorenanalyse des Therapeutenverhaltens in der Erwachsenenspieltherapie dargestellt. Die Faktorenanalyse basiert auf der Methode der Hauptkomponentenmethode (principal components analysis; PCA) auf der Grundlage der Interkorrelationen zwischen den arithmetischen Mittelwerten der Merkmale über einundzwanzig Therapien. Als Abbruchkriterium für die Wahl der Faktorenanzahl wurde einerseits ein minimaler Eigenwert der Variablen von 1 gewählt (Kaiser-Guttman-Kriterium) und andererseits die graphische Darstellung des „Scree-Tests“ nach CATTEL (1966, zit. in BORTZ, 1993, S. 528).

Als Ergebnis wurden mit Hilfe der Varimax-Rotation⁵ zwei unabhängige Faktoren extrahiert, die zusammen 80.2% der Gesamtvarianz erklären.

Tabelle 13: Darstellung der Faktorenstruktur der Therapeutenmerkmale in der Spieltherapie für Erwachsene Datenbasis: Produkt-Moment-Korrelation zwischen den arithmetischen Mitteln der Merkmale. Anzahl der Therapien: N = 21. Angabe der Ladungen bei Werten gleich bzw. größer .50. Hauptkomponentenmethode rotiert nach varimax.

Therapeutenmerkmale	Faktor 1	Faktor 2
Akzeptanz (Wärme)	.63	-.68
Einfühlungsvermögen	.92	
Echtheit	.84	
Therapeutisches Mitspiel	.81	
Persönliches Einbringen		.88
Interventionsgeschick	.89	

Die Faktoren lassen sich durch folgende *Markiervariablen* darstellen:

Auf dem Faktor 1 laden folgende Markiervariablen: *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*. Mit dem Faktor 1 werden 58.1 % der Gesamtvarianz erfaßt. Die gemeinsamen Ladungen der Basismerkmale und der Merkmale des *Therapeutischen Mitspiels* und des *Interventionsgeschicks* auf dem Faktor 1 zeigen, daß sie eine gemeinsame Grundlage haben.

⁵ „Varimax“ • sukzessiv varianzmaximierende, orthogonale Rotationstransformation. Mit der Drehung (Rotation) der Faktorenachsen um den Winkel ϕ soll erreicht werden, daß die Korrelation zwischen den beiden neuen Achsen gleich Null wird und daß die Punkte auf der 1. neuen Achse (Faktor 1) maximale Varianz aufweisen (vgl. BORTZ, 1993, S. 532).

Diese könnte in den von SCHMIDTCHEN & HENNIES (1996) angesprochenen spezifischen klientenzentrierten Merkmalen der Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung bestehen und in einem damit korrespondierenden behutsamen Intervenieren auf der Mitspielebene.

Auf den Faktor 2 laden die Markiertvariablen: *Akzeptanz (Wärme)* (negativ gepolt) und *Persönliches Einbringen*. Mit ihm werden 22.1% der Gesamtvarianz erfaßt. In diesem Faktor hat das Merkmal *Persönliches Einbringen* die größte Ladung (.88). Er wird demnach von diesem Merkmal bestimmt. Grundlegend bei dem Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* ist der aktiv-vorschlagende oder modellgebende Einsatz des Therapeuten. Er realisiert dieses Verhalten, um dem Klienten deutlicher mitzuteilen, was er von ihm erwartet und wie er (der Therapeut) bestimmte Probleme lösen würde.

Der Therapeut kann hier als 'gutes Modell' gesehen werden, indem er zum Beispiel sein Erleben mitteilt und wichtige eigene Ereignisse und Erfahrungen berichtet. Mit dem *Persönlichen Einbringen* des Therapeuten scheint ein Abzug von *Akzeptanz und Wärme* einherzugehen. Der Faktor 2 soll in Anlehnung an SCHMIDTCHEN & HENNIES (1996) als Merkmale der Problemlösungs- und Entwicklungshilfe bezeichnet werden.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* auf mögliche Interkorrelationen hin überprüft. Bei genügend signifikanten korrelativen Zusammenhängen innerhalb der Gruppe der Therapeutenmerkmale, sollte anschließend mit Hilfe einer Faktorenanalyse nach einer höheren Faktorenstruktur geprüft werden.

Von 36 gerechneten Korrelationen sind insgesamt 22 signifikant. Die signifikanten bzw. tendentiell signifikanten Korrelationen verteilen sich zusammengefaßt wie folgt: *Akzeptanz (Wärme)* (vier Signifikanzen), *Einfühlungsvermögen* (vier Signifikanzen), *Echtheit* (vier Signifikanzen), *Persönliches Einbringen* (eine Signifikanz), *Therapeutisches Mitspiel* (vier Signifikanzen) und *Interventionsgeschick* (fünf Signifikanzen).

Die Interkorrelationen der Basismerkmale (*Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit*) werden als bestehende Zusammenhänge innerhalb dieser Merkmalsgruppe interpretiert. Korrelationen der Basismerkmale und dem Merkmal *Interventionsgeschick* zum Merkmal *Therapeutisches Mitspiel* werden dahingehend erklärt, daß das *Therapeutische Mitspielen* des Therapeuten eine *Trägerfunktion* für die Basismerkmale inne hat und bezogen auf die Interventionsziele eingesetzt wird.

Eigenständige entwicklungs- und heilungsfördernde Aspekte in der Therapie scheinen sich für das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* herauszubilden.

Korrelationen der Basismerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* mit dem Therapeutenmerkmale *Interventionsgeschick* könnten darauf hinweisen, daß geschickte Interventionsmaßnahmen nur bzw. besonders effektiv auf dem Hintergrund der Basismerkmale realisiert werden können.

Mit einer varimax-rotierten Faktorenanalyse lassen sich aus der Gruppe der Therapeutenmerkmale zwei Faktoren herausarbeiten, die insgesamt 80,2% der Gesamtvarianz erklären. Auf den Faktor 1 laden die Merkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*. Der Faktor 1 beschreibt den Bereich der *Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung* und das Mitspielen des Therapeuten. Auf den Faktor 2 laden die Markiertvariablen *Persönliches Einbringen* und *Akzeptanz (Wärme)* (negativ gepolt). Der Faktor 2 wird als *Problemlösungs- und Entwicklungshilfe* bezeichnet.

4.4 Analyse der Zusammenhänge zwischen den Therapeuten- und Klientenmerkmalen in der Spieltherapie für Erwachsene

Die Effektivität von Therapieverfahren kann auf unterschiedliche Weise geprüft werden. Werden zum Beispiel Daten zu definiertem Störungs- bzw. Gesundheitsverhalten und Störungs- bzw. Gesundheitserleben vor (prae) und nach (post) einer abgeschlossenen Therapie erhoben, so können die Unterschiede auf eine mögliche Signifikanz hin überprüft werden. Daraus lassen sich anschließend Aussagen zur Effektivität eines Therapieverfahrens ableiten⁶ (vgl. SCHMIDTCHEN, 1996 b, S. 102 ff; VIETH, 1997).

In Kapitel 2.4.2 wurden die Ergebnisse von WULF (1998) zur Effektivität der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene erörtert. Dort dient als Erfolgskriterium die Variable *Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung*: Die Klienten formulieren nach den Therapien ihre Therapieziele und beurteilen deren Ausmaß an Verbesserung. Die genannten Methoden der Effektivitätskontrolle erfassen die sogenannte *externe Wirksamkeit* der Therapieverfahren.

Andere Methoden messen dagegen die *interne Wirksamkeit* von Therapieverfahren. Dort steht die Frage nach den Merkmalen der Therapieprozesse (z.B. Klientenerleben,

⁶ Werden die oben genannten Differenzen mit den entsprechenden Differenzen aus einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen, so erhält man die sogenannte *Effektivitätsstärke*. Mit diesem Wert können dann unterschiedliche Therapierichtungen bezüglich ihrer Effektivität gegeneinander abgewägt werden.

Therapiedynamik) im Vordergrund. Die interne Wirksamkeit kann zum Beispiel durch „spezifische Wirkfaktoren“ und „unspezifische Wirkfaktoren“ (GRAWE, DONATI & BERNAUER, 1994, S. 713) beeinflusst werden. Nach ORLINSKI & HOWARD (1984, zit. nach REVENSTORF, 1993, S. 49/50) tragen zum Beispiel insgesamt 34 Einzelkomponenten zur Wirksamkeit von Therapien bei. Diese Merkmale lassen sich in die Gruppen *Rahmenbedingungen, Therapeutenrolle, Intervention, Klientenrolle, Klientenerleben* und *Therapeut-Klient-Interaktion* einordnen. Die Therapiewirksamkeit läßt sich demnach zum Beispiel durch die Beschreibung des Klientenerlebens beschreiben.

Um die *interne Wirksamkeit der Erwachsenenspieltherapie* zu prüfen, wird nach einer Übersicht der Ausprägungen der ausgewählten Klientenmerkmale im Unterkapitel 4.4.1, im darauffolgenden Unterkapitel 4.4.2 die Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelation zwischen den Therapeuten- und Klientenmerkmalen beschrieben. Ein korrelativer Zusammenhang der Therapeutenmerkmale mit den unten beschriebenen Klientenmerkmalen wird erwartet. Dies entspricht der Annahme, daß das Therapeutenverhalten einen therapeutischen Einfluß auf das Klientenerleben ausübt.

4.4.1 Ausprägung der Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum der Spieltherapie

In diesem Abschnitt werden die Ausprägungen der ausgewählten Klientenmerkmale für die Stichprobengröße $N = 21-18$ dargestellt, um folgende Fragestellung zu beantworten:

5. In welchem Ausmaß treten die Klientenmerkmale *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit*, *„Kind-Ich“-Anteil*, *Lernerfolg im Therapiekontakt*, *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* über den Gesamtzeitraum der Erwachsenenspieltherapien auf?

Um die Wirksamkeit der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene beschreiben zu können, werden die Therapeutenmerkmale mit einer Auswahl von Klientenmerkmalen korreliert, welche wichtige heilungsfördernde Prozesse für die Klienten erklären können (*Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* und *„Kind-Ich“-Anteil*) und Effekte der Therapien beschreiben (*Lernerfolg im Therapiekontakt*, *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt*).

Das Urteil der Klienten über die *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* beschreibt die für die Klienten subjektive Wichtigkeit der Spiele, bezogen auf die im Spiel gemachten Erfahrungen für das Selbsterleben und die Selbsterkenntnis und die angestrebten Therapieziele. Die Einschätzung der an den Spielen beteiligten *„Kind-Ich“-Anteile* erklärt die vom Klienten im Spiel unternommenen Bezugnahmen auf eigene frühere Kindheitserfahrungen. Der affektive Gehalt des Erlebten kann von den Klienten bestimmten Phasen der eigenen Entwicklung in der Kindheit zugeordnet werden. Es wird davon ausgegan-

gen, daß die Klienten in diesen Prozessen wichtige Lernerfahrungen machen können und zum Beispiel alte, frühkindliche Schemata verändert werden können (vgl. Kapitel 2.3.1).

Das Klientenmerkmal *Lernerfolg im Therapiekontakt* beschreibt das Ausmaß der im Spiel gemachten Erfahrungen, welche sich auf persönliche oder alltägliche Themen beziehen. Die Merkmalsausprägung wird von den Klienten direkt nach dem Therapiekontakt eingeschätzt. Entsprechend skizziert dieses Merkmal demnach einen *innertherapeutischen Lern-effekt*.

Das Klientenmerkmal *Lerneffekt* hingegen kennzeichnet das Ausmaß der vom Klienten erworbenen neuen Strukturen und Erfahrungen (Akkomodation), die vom Klienten eine Woche nach dem Therapiekontakt eingeschätzt werden. Demnach erfaßt dieses Merkmal den *außertherapeutischen Lerneffekt*. Der *Übungseffekt* erklärt die Intensität des Wiederholens und Einübens von schon angeeigneten, bekannten Verhaltens- und Wahrnehmungsmustern des Klienten im Spiel. Der *Entspannungseffekt* charakterisiert eine Art Ablenkung des Klienten von Alltagsorgen durch die im Therapiekontakt gemachten Erfahrungen.

In Tabelle 14 werden nun die Höhen und Variationen der Merkmalsausprägungen des Klientenverhaltens für den Gesamtzeitraum der Erwachsenenspieltherapien aufgezeigt.

Tabelle 14: Ausprägung der Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum von Erwachsenenspieltherapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM_{ges}) und der Standardabweichungen (s). Anzahl der Therapien für die Merkmale *Lernerfolg im Therapiekontakt* und *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit*: $N = 21$. Für die Merkmale *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* ist die Anzahl der Therapien: $N = 18$. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß. Für das Merkmal „*Kind-Ich*“-Anteil wurden Prozentangaben gemacht.

Klientenmerkmale	AM_{ges}	s
Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit	3.67	.44
„ <i>Kind-Ich</i> “-Anteil (%)	42%	.17
Lernerfolg im Therapiekontakt	3.18	.62
Lerneffekt	2.52	.61
Übungseffekt	2.64	.69
Entspannungseffekt	3.14	.57

Die Ausprägungen der Klientenmerkmale für die Stichprobe von WULF (1998) mit einem Umfang von $N = 12$ sind in Kap. 2.5 anhand der Darstellung und Interpretation von WULF zusammengefaßt beschrieben worden. Die Stichprobe von $N = 12$ unter-

scheidet sich in bezug auf die Klientenmerkmale nicht von der erweiterten Stichprobe mit $N = 21$ bzw. $N = 18$, welche unten für die Korrelation mit den Therapeutenmerkmalen verwandt wird⁷. Auf eine erneute ausführliche Beschreibung wird hier daher verzichtet. Detaillierte Ausführungen hierzu sind bei WULF (1998, S. 96 ff) nachzusehen.

4.4.2 Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche korrelativen Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen und den ausgewählten Klientenmerkmalen bestehen, um die Fragestellung zu beantworten:

6. Lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen den Therapeutenmerkmalen *Akzeptanz (Wärme), Einfühlungsvermögen, Echtheit, Persönliches Einbringen, Therapeutisches Mitspiel, Interventionsgeschick* und den Klientenmerkmalen *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit, „Kind-Ich“-Anteil, Lernerfolg im Therapiekontakt, Lerneffekt, Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* finden?

Hierfür werden die Beziehungen zwischen den Mittelwerten der Therapeutenmerkmale und den Mittelwerten der Klientenmerkmale mit Hilfe einer Produkt-Moment-Korrelation über die Therapien berechnet. Aus den errechneten Signifikanzen der Korrelationen können hypothetische Zusammenhänge aufgestellt, jedoch keine kausalen Aussagen gemacht werden. Die Bedingung der Normalverteilung für die Berechnung der Korrelationen ist erfüllt.

Die sechs Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme), Einfühlungsvermögen, Echtheit, Persönliches Einbringen, Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* werden mit folgenden sechs Klientenmerkmalen korreliert: *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit, „Kind-Ich“-Anteil, Lernerfolg im Therapiekontakt, Lerneffekt, Übungseffekt* und *Entspannungseffekt*.

Insgesamt sind 13 signifikante und 8 tendentiell signifikante Korrelationskoeffizienten errechnet worden. Das sind also 21 mindestens tendentiell signifikante Ergebnisse (vgl. Tabelle im *Anhang*, S. 141). Mit diesem Ergebnis wurden also mehr mindestens tendentiell signifikante Ergebnisse errechnet, als dies bei einem kleinsten Signifikanzniveau von 10%, nämlich nur 3,6 mindestens tendentiell signifikante Korrelationen, erwartet worden wären. In der nun folgenden Tabelle 15 werden nur die Korrelationen zwischen den Therapeutenmerkmalen und den Klientenmerkmalen dargestellt, die nach den Signifikanzgrenzwerten signifikant und hoch signifikant sind.

⁷ Die beiden Stichproben weisen mit einem Korrelationskoeffizient von $r = .99$ einen hoch signifikanten Zusammenhang auf. Auch der t-Test (paired, two tails) zeigt eine Übereinstimmung beider Stichproben auf.

Tabelle 15: Produkt-Moment-Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen Angabe der *hoch signifikanten* (ss) und *signifikanten* (s) Korrelationskoeffizienten (r) aus der Produkt-Moment-Korrelation der Therapeutenmerkmale gemäß dem Therapeutenurteil mit den Klientenmerkmalen gemäß dem Klientenurteil.

Anzahl der Therapien: N = 21-18 **.

Therapeutenmerkmale	Klientenmerkmale	r	N	Signifikanz*
Akzeptanz (Wärme)	-	-	-	-
Einfühlungsvermögen	Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit	.60	21	ss
	„Kind-Ich“-Anteil	.48	21	s
Echtheit	Lerneffekt	.44	21	s
Persönliches Einbringen	Lerneffekt	.72	21	ss
	Übungseffekt	.58	21	ss
	Entspannungseffekt	.73	18	ss
	„Kind-Ich“-Anteil	.52	21	s
Therapeutisches Mitspiel	Lerneffekt	.54	21	s
	Entspannungseffekt	.51	18	s
Interventionsgeschick	Lernerfolg im Therapiekontakt	.68	21	ss
	Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit	.50	21	s
	Lerneffekt	.52	21	s
	Entspannungseffekt	.51	18	s

Werte der Signifikanzgrenzen für jeweils N = 21 und N = 18 auf dem 1%- und 5%-Niveau.

N = 21 1% (ss) ≥ .55 5% (s) ≥ .43

N = 18 1% (ss) ≥ .59 5% (s) ≥ .47

* Signifikanz: Signifikanz der Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen.

** Nicht in allen Therapien wurden - bedingt durch Designveränderungen während der Datenerhebungsphase - Daten zu sämtlichen Merkmalen erfaßt.

Die Intensität der **Akzeptanz (Wärme)** weist mit den Klientenmerkmalen keine signifikante Korrelationen auf.

Interpretation: Dies entspricht nicht den Erwartungen. Dem Merkmal *Akzeptanz (Wärme)* wird nach dem klientenzentrierten Konzept, zusammen mit den beiden anderen Basismerkmalen *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit*, ein entwicklungsfördernder Einfluß im Rahmen der Therapeut-Klient-Beziehung zugeschrieben. Die hier gezeigten Ergebnisse sprechen jedoch dafür, daß dem Merkmal *Akzeptanz (Wärme)* scheinbar keine direkte Wirkung auf das Klientenerleben zuzuschreiben ist. Möglicherweise ent-

spricht das der Annahme von BIERMANN-RATJEN ET AL. (1995, S. 57), daß dem Merkmal *Akzeptanz (Wärme)* eine „moderierende Wirkung innerhalb des Therapieprozesses“ zuzuschreiben ist.

Die Intensität des *Einfühlungsvermögens* korreliert hoch signifikant mit dem Klientenmerkmal *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* (.60) und signifikant mit dem Klientenmerkmal „*Kind-Ich*“-Anteil (.48).

Interpretation: Das Ausmaß des *empfindenden* Verstehens des Therapeuten in die Welt des Klienten steht in einem korrelativem Zusammenhang mit den „Spielmerkmalen“ (*Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* und „*Kind-Ich*“-Anteil). Das Ergebnis könnte in einem ersten Versuch so interpretiert werden, daß die Fähigkeit des Therapeuten, sich in den Klienten hineinzusetzen, dessen Erleben und Gefühle wahrzunehmen und sie ihm widerzuspiegeln, einen Einfluß darauf hat, in welchem Ausmaß der Klient im Spiel Erfahrungen macht, die für sein Selbsterleben, seine Selbstverwirklichung und für das Erreichen seiner Therapieziele von Relevanz sind. Womöglich öffnet das *Einfühlungsvermögen* des Therapeuten den Klienten in der Hinsicht, daß er *prinzipiell* im Therapiekontakt wichtige Elemente und Aspekte seiner eigenen Person betreffend wahrnehmen und erfahren kann. Das Ergebnis zeigt auch, daß das *Einfühlungsvermögen* des Therapeuten auch wichtig ist, damit der Klient im Spiel Erfahrungen machen kann, die er von der Art des Erlebens her in frühere Kindheitsphasen einordnen kann, d.h. daß er Erfahrungen auf einer Ebene mit einem hohen „*Kind-Ich*“-Anteil macht. Es kann angenommen werden, daß in diesem Prozeß Erfahrungen gemacht werden, die insbesondere zu Erweiterungen bzw. Ergänzungen frühkindlicher und kindlicher Schemata führen können.

Die Intensität der *Echtheit* korreliert signifikant mit dem Klientenmerkmal *Lerneffekt* (.44).

Echtheit ist - wie die beiden vorherigen beschriebenen Therapeutenmerkmale, *Akzeptanz (Wärme)* und *Empathie* - einerseits als Basismerkmal Voraussetzung für den Therapieprozeß und andererseits maßgebender *Bestandteil* des therapeutischen Prozesses. Demnach entsprechen die Befunde weitgehend den Erwartungen.

Interpretation: Die Korrelation des Therapeutenmerkmals *Echtheit* mit dem Klientenmerkmal *Lerneffekt* könnte dahingehend interpretiert werden, daß ein mögliches Therapieziel des Klienten, in seinem Erleben und Verhalten kongruenter zu werden, durch das Ausmaß an Kongruenz des Therapeuten begünstigend beeinflusst wird.

Der Therapeut könnte mit seinem Verhalten eine Modellwirkung innehaben und dem Klienten mögliche Alternativen für dessen Erleben und Verhalten aufzeigen. Er könnte

dem Klienten so zu neuen *Lernerfahrungen* verhelfen. Dies würde bedeuten, daß das Merkmal *Echtheit* nicht nur eine rahmengebende Funktion innehat (‘therapeutische Haltung’), sondern daß das kongruente (echte) Verhalten des Therapeuten bei dem Klienten durch den oben (Kap. 2.3.1 und 2.3.2) umschriebenen Prozeß der Akkomodation zu Erneuerungen der Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensschemata führen kann.

Die Intensität des ***Persönlichen Einbringens*** korreliert hoch signifikant mit den Klientenmerkmalen *Entspannungseffekt* (.73), *Lerneffekt* (.72) und *Übungseffekt* (.58). Mit dem Klientenmerkmal „*Kind-Ich*“-*Anteil* (.52) korreliert es signifikant. Das Merkmal *Persönliches Einbringen* korreliert insgesamt mit vier Klientenmerkmalen.

Interpretation: Als ersten Interpretationsversuch werden die Korrelationen des Therapeutenmerkmals *Persönliches Einbringen* mit den drei Effektmerkmalen *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* zusammen betrachtet. Der Person des Therapeuten, d.h. der Therapeut mit seinem Verhalten, seinen Einstellungen und seinen Werten, kann allgemein eine therapeutische Funktion zugeschrieben werden. Der Therapeut kann als Mitspieler und als Gesprächspartner in der Spieltherapie durch das aktive, gezielte und differenzierte Einbringen eigener persönlicher Inhalte zum Beispiel Hinweise auf mögliche Alternativen zum Verhalten, Erleben und Wahrnehmen des Klienten bieten (SCHMIDTCHEN, 1996 a, S. 106, 114). Hierdurch kann es zu einer Veränderung und Erweiterung des Erfahrungsfeldes des Klienten kommen. Ähnlich wie beim Therapeutenmerkmal *Echtheit* oben beschrieben, kommt es zu Veränderungen der Schemata. Die Veränderungen durch das Merkmal *Einbringen der Person* sind aber vielfältiger: Erneuerung (Akkomodation) sowie Erweiterung, Veränderung (Assimilation) alter Schemata. Die im Therapiekontakt gemachten Erfahrungen bewirken beim Klienten zudem eine Art von *Entspannung* von Alltagssorgen. Die bedrohlichen Aspekte von aktuellen Themen, die den Klienten eventuell stark belasten, können durch die therapeutische Bearbeitung vielleicht gemindert werden,

Das Merkmal *Persönliches Einbringen* weist wie oben beschrieben Korrelationen mit dem Klientenmerkmal „*Kind-Ich*“-*Anteil* auf. Eine mögliche Interpretation könnte sein, daß sich der Therapeut dann stark mit persönlichen Meinungen, Stellungnahmen und Wertungen einbringt, wenn die Klienten Spiele spielen, welche durch einen hohen Anteil an Bezugnahmen auf eigenen Kindheitserfahrungen gekennzeichnet sind. Dies könnte auf dem Hintergrund einer aktiven kontrollierenden Intervention und persönlichen Gestaltung des Therapeuten-Klienten-Kontaktes geschehen.

In der Faktorenanalyse in Kapitel 4.3.2 wurde gezeigt, daß das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* mit dem Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* gemeinsam auf einem von den anderen Therapeutenmerkmalen gesonderten Faktoren, dem Faktor 2 lädt. Aufgrund der vielfältigen Korrelationen des Therapeutenmerkmals *Einbringen der*

Person mit den Klientenmerkmalen, kann davon vermutet werden, daß der Person des Therapeuten als solches ein großer Stellenwert zuzuschreiben ist, welcher in weiteren Untersuchungen noch weiter ausdifferenziert werden könnte, um einzelne Aspekte des *Persönlichen Einbringens* aufzeigen zu können.

Die Intensität des ***Therapeutischen Mitspiels*** korreliert signifikant mit den Klientenmerkmalen *Lerneffekt* (.54) und *Entspannungseffekt* (.51).

Interpretation: :Ähnlich den oben beschriebenen Zusammenhängen des Therapeutenmerkmals *Persönliches Einbringen* mit den Merkmalen *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt*, lassen sich auch die hier gefundenen Zusammenhänge des Therapeutenmerkmals *Therapeutisches Mitspiel* mit den beiden Klientenmerkmalen *Lerneffekt* und *Entspannungseffekt* interpretieren. Dabei kann auch angenommen werden, daß das *Therapeutische Mitspiel* von den Therapeuten differenziert und wohl überlegt eingesetzt wird.

Es hätte auch mit einem Zusammenhang des Therapeutenmerkmals *Therapeutisches Mitspiel* mit dem dritten Effektmerkmal, dem *Übungseffekt* erwartet werden können. Vielleicht ist dies ein Hinweis darauf, daß für das Üben von bekannten Verhaltens-, Erlebens- und Wahrnehmungsmustern das *therapeutische Mitspiel* des Therapeuten nicht so stark bedeutsam ist. Möglicherweise vollzieht der Klient dieses Üben im Spiel eher allein oder in einem anderen Kontext während des Therapiekontaktes.

Die Intensität des ***Interventionsgeschicks*** korreliert hoch signifikant mit dem Klientenmerkmal *Lernerfolg im Therapiekontakt* (.68). Und es korreliert signifikant mit den Klientenmerkmalen *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* (.50), *Lerneffekt* (.52) und *Entspannungseffekt* (.51).

Für das Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* könnten insbesondere Korrelationen mit den *Effekt*-Variablen erwartet werden. Damit entspricht das Ergebnis weitgehend den Erwartungen.

Interpretation: Das Merkmal *Interventionsgeschick* wird durch den souveränen Umgang des Therapeuten zum Beispiel mit emotionsstarken, persönlichen Themen des Klienten gekennzeichnet. Es faßt dabei verschiedene Methoden der Intervention zusammen. Dies können unter anderem direkte Problemhilfestellungen, Konfrontieren oder auch exaktes Grenzsetzungsverhalten des Therapeuten sein. Gelungene Interventionsmaßnahmen können sich zum Beispiel in strukturellen Veränderungen auf Seiten des Klienten zeigen. Die Interventionsmaßnahmen des Therapeuten führen daher zu verschiedenen Lernerfahrungen. Das gelungene Be- und Verarbeiten von persönlichen Themen führt dann wiederum zur inneren Entspannung im Alltag des Klienten.

Der Zusammenhang des Therapeutenmerkmals *Interventionsgeschick* mit dem Klientenmerkmal *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* könnte dahingehend interpretiert werden, daß die Klienten in den Spielen erst dann wichtige Erfahrungen für das Selbsterleben und für die Selbstverwirklichung und die angestrebten Therapieziele machen, wenn die Therapeuten es schaffen, in der Therapie ständig den Überblick zu behalten und hilfreiches Interventionsverhalten zeigen.

Betrachtet man sich abschließend aus der entgegengesetzten Perspektive die Therapeutenmerkmale, die gemeinsam mit einem Klientenmerkmal korrelieren, so fällt auf, daß mit dem Klientenmerkmal *Lerneffekt* die meisten, nämlich vier, Therapeutenmerkmale in einem korrelativen Zusammenhang stehen: *Echtheit* (.44), *Persönliches Einbringen* (.72), *Therapeutisches Mitspiel* (.54) und *Interventionsgeschick* (.52).

Interpretation: Nimmt man nun hypothetisch an, daß das Klientenmerkmal *Lerneffekt* möglicherweise am stärksten die Therapiewirksamkeit charakterisiert, so könnte die Annahme geäußert werden, daß die Effektivität von Spieltherapien für Erwachsene neben dem umfassenden Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* maßgeblich durch das *Persönliche Einbringen*, das *Therapeutische Mitspiel* und durch die *Echtheit* des Therapeuten beeinflusst wird.

Vor dem Hintergrund, daß die Therapeutenmerkmale *Persönliches Einbringen* und *Therapeutisches Mitspiel* in klientenspezifischer Differentialität, sowie die Basismerkmale konstant und klientenunspezifisch realisiert werden, kann abschließend die Annahme gemacht werden, daß das Konzept der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene vielfältige Aspekte einer differentiellen bzw. „allgemeinen Psychotherapie“ enthält (vgl. Kapitel 2.2.4 und GRAWE ET AL., 1994, S. 745).

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die Therapeutenmerkmale zur Überprüfung der *internen Wirksamkeit* der Klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene auf korrelative Zusammenhänge mit den Klientenmerkmalen hin untersucht. Die mit Hilfe einer Produkt-Moment-Korrelation errechneten 21 *signifikanten* Korrelationskoeffizienten können für das Aufstellen einiger hypothetischer Zusammenhänge verwandt werden⁸.

Das Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)* weist mit keinem Klientenmerkmale eine signifikante Korrelation auf. Es hat scheinbar keinen direkten Einfluß auf das Klientenerleben und Spielgeschehen. Vermutet wird eine eher indirekte, moderierende Wirkung der Therapeutenmerkmale auf die Klientenmerkmale.

⁸ In der *Zusammenfassung* wird nicht mehr zwischen *hoch signifikanten* und *signifikanten* Korrelationen unterschieden.

Das Therapeutenmerkmal *Einfühlungsvermögen* korreliert mit den Klientenmerkmalen *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit* und „*Kind-Ich*“-*Anteil*. Dies wird dahingehend interpretiert, daß das Therapeutenmerkmal *Einfühlungsvermögen* einen Einfluß als sogenanntes *Basismerkmal* auf einer eher atmosphärischen, den spezifischen Interventionen raumgebenden Ebene ausübt. Dies könnte erklären, daß die Klienten durch das Gefühl, vom Therapeuten wahrgenommen und verstanden zu werden, in dem Therapiekontakt ein entsprechend großes Ausmaß an Vertrauen zum Therapeuten und zu den Rahmenbedingungen der Therapie aufbauen. Dies ermöglicht ihnen, sich auf das Spiel einzulassen, sich in einem hohen Ausmaß in das Spiel zu vertiefen. In den vertieften Spielen kommt es fast unweigerlich zu regressiven Prozessen (hoher „*Kind-Ich*“-*Anteil*). Es ist wahrscheinlich, daß die Klienten diesen Spielen aufgrund der gemachten unspezifischen Erfahrungen eine große Bedeutsamkeit zukommen lassen.

Das Therapeutenmerkmal *Echtheit* korreliert mit dem Klientenmerkmal *Lerneffekt*. Die Beziehung des Therapeutenmerkmals *Echtheit* zu dem Klientenmerkmal *Lerneffekt*, ließe sich damit erklären, daß das echte, kongruente Verhalten der Therapeuten für die Klienten Modellcharakter besitzen könnte. Das Verhalten der Therapeuten könnte den Klienten damit Alternativen für eigene Erlebens- und Verhaltensmuster geben.

Das Therapeutenmerkmal *Persönliches Einbringen* korreliert mit den vier Klientenmerkmalen *Lerneffekt*, *Übungseffekt*, *Entspannungseffekt* und „*Kind-Ich*“-*Anteil*. Das Ergebnis läßt sich so interpretieren, daß dem Merkmal *Persönliches Einbringen* aufgrund seiner vielfältigen korrelativen Zusammenhänge eine überaus bedeutsame Funktion innerhalb der therapeutischen Rahmenbedingungen im Klientenzentrierten Konzept eingeräumt werden könnte. Es hat scheinbar einen Einfluß auf alle drei Effektmerkmale: auf den *Lerneffekt*, den *Übungseffekt* und den *Entspannungseffekt*. Hierbei wird noch nicht zwischen gezielt und spezifischem bzw. ungezieltem und unspezifischem Einbringen persönlicher Inhalte unterschieden. Das *Persönliche Einbringen* könnte als Interventionsmethode verstanden und definiert werden, wobei eine differenzierte Analyse dieses Merkmals in weiteren Untersuchungen hierfür hilfreich sein könnte. Weiterhin konnte das Ergebnis erklären, daß das *Persönliche Einbringen* durch das Ausmaß an „*Kind-Ich*“-*Anteilen* im Spiel der Klienten beeinflusst wird. So könnten sich Therapeuten besonders nach Spieltätigkeiten der Klienten mit vielfältigen „*Kind-Ich*“-*Anteilen*, im Sinne von bedachten Interventionen, verstärkt mit persönlichen Stellungnahmen und Bewertungen einbringen.

Das Therapeutenmerkmal *Therapeutisches Mitspiel* korreliert mit den Klientenmerkmalen *Lerneffekt* und *Entspannungseffekt*. Das therapeutische Mitspiel der Therapeuten mit den Klienten hat für die Klienten auch Modellcharakter und kann damit auch als eine besondere Art der Interventionsmethode verstanden werden. Die Klienten können auf der Spielebene vielfältige Lernerfahrungen (*Lerneffekt*) machen und wichtige The-

men bearbeiten. Dies führt dann bei den Klienten zu einer verstärkten inneren Entlastung (*Entspannungseffekt*). Das Therapeutenmerkmal *Therapeutisches Mitspiel* korreliert nicht mit dem Klientenmerkmal *Übungseffekt*. Dies könnte darauf hinweisen, daß für das *Üben* von neuen inneren Wahrnehmungs-, Verhaltens- und Erlebisschemata das *Therapeutische Mitspiel* der Therapeuten scheinbar nicht notwendig ist. Möglicherweise sind gerade hier die Therapeuten als beobachtende, wertende und reale Personen für das Wiederholen und Integrieren von neu gelernten Erfahrungen wichtig.

Das Therapeutenmerkmal *Interventionsgeschick* korreliert mit den Klientenmerkmalen *Lernerfolg im Therapiekontakt*, *Lerneffekt*, *Entspannungseffekt* und *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit*. Das Ergebnis wird so interpretiert, daß die Klienten in den Stunden insbesondere dann vielfältige Lernaspekte erfahren (*Lernerfolg im Therapiekontakt* und *Lerneffekt*), wenn die Therapeuten die von den Klienten gezeigten Themen und Anliegen erfolgreich bearbeiten, d.h. es verstehen, geschickt zu intervenieren (*Interventionsgeschick*). Es ist wahrscheinlich, daß die Klienten dann eine Entlastung (*Entspannungseffekt*) nach den Therapiekontakten verspüren. Gerade die Spieltätigkeiten, in denen die Therapeuten ein hohes Ausmaß an *Interventionsgeschick* aufweisen, sind für die Klienten dementsprechend von *hoher Bedeutsamkeit*.

4.5 Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* und den Klientenmerkmalen in der Spieltherapie für Erwachsene

Abschließend soll in diesem Kapitel geprüft werden, welche Klientenmerkmale mit dem Merkmal der Therapiesituation, der *Schwierigkeit der Therapiesituation*, in korrelativem Zusammenhang stehen, um die Fragestellung zu klären:

7. Lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen dem Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* und den Klientenmerkmalen *Vertiefung im Spiel*, *Schwierigkeiten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle*, *Spaß*, *Wut oder Ärger*, *Aggressives Verhalten*, *Angst oder Furcht*, *Trauer*, *Enttäuschung oder Resignation*, *Offenheit für den Therapeuten*, *Eigene Echtheit* und *Selbstbehauptung* finden?

Ziel ist es, festzustellen, ob sich die *Schwierigkeit der Therapiesituation* durch bestimmte Klientenmerkmale umschreiben läßt. Es wird davon ausgegangen, daß Therapiesituationen von den Therapeuten dann als schwierig bzw. sehr schwierig eingeschätzt werden, wenn die Klienten Gefühle, wie zum Beispiel *Wut oder Ärger*, *Angst*

oder Furcht und Trauer, Enttäuschung oder Resignation sowie Aggressives Verhalten von einer hohen bzw. sehr hohen Intensität zeigen.

Das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* wird mit folgenden Merkmalen zum Klientenverhalten über eine Produkt-Moment-Korrelation verrechnet: *Vertiefung im Spiel; Schwierigkeit bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle; Spaß, Neugier oder Lebendigkeit; Wut oder Ärger; Aggressives Verhalten; Angst oder Furcht; Enttäuschung, Trauer oder Resignation; Offenheit für den Therapeuten; Eigene Echtheit und Selbstbehauptung*. Die Stichprobengröße beträgt: $N = 21$. In Tabelle 16 werden nun die Höhen und Variationen der Ausprägungen der ausgewählten Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien dargestellt.

Tabelle 16: Ausprägung der ausgewählten Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum von Erwachsenenspieltherapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM_{ges}) und der Standardabweichungen (s). Anzahl der Therapien: $N = 21$. Für das Merkmal *Selbstbehauptung* Anzahl der Therapien: $N = 18$. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß. 4 = hohes Ausmaß. 3 = mittleres Ausmaß. 2 = geringes Ausmaß. 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Klientenmerkmale	AM_{ges}	s
Vertiefung im Spiel	3,95	,34
Schwierigkeiten bei der Kombination von Kind- und Erwachsenenrolle	2,41	,54
Spaß, Neugier oder Lebendigkeit	3,83	,41
Wut oder Ärger	1,94	,68
Aggressives Verhalten	2,05	,72
Angst oder Furcht	1,69	,47
Trauer, Enttäuschung oder Resignation	1,93	,55
Offenheit für den Therapeuten	3,85	,55
Eigene Echtheit	3,94	,40
Selbstbehauptung	3,73	,57

Die Ausprägungen der Klientenmerkmale für die Stichprobe von WULF (1998) mit einem Umfang von $N = 12$ sind in Kap. 2.4 anhand der Darstellung und Interpretation von WULF zusammengefaßt beschrieben worden. Die Stichprobe von $N = 12$ unterscheidet sich nicht in bezug auf die Klientenmerkmale von der erweiterten Stichprobe mit $N = 21$ bzw. $N = 18$, welche unten für die Korrelation mit dem Merkmal *Schwierig-*

keit der *Therapiesituation* verwandt wird⁹. Auf eine erneute ausführliche Beschreibung wird hier daher auch hier verzichtet. Insgesamt sind drei *signifikante* Korrelationskoeffizienten und ein *tendentiell signifikanter* Korrelationskoeffizient errechnet worden. Per Zufall wäre bei einem kleinsten Signifikanzniveau von 10% eine signifikante Korrelation erwartet worden. Tabelle 17 zeigt nun die signifikanten Korrelationen.

Tabelle 17: Produkt-Moment-Korrelation des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* mit den ausgewählten Klientenvariablen Angabe der *hoch signifikanten* (ss) und *signifikanten* (s) Korrelationskoeffizienten (r) aus der Produkt-Moment-Korrelation der *Schwierigkeit der Therapiesituation* gemäß dem Therapeutenurteil mit den Klientenmerkmalen gemäß dem Klientenurteil. Anzahl der Therapien: N = 21.

Therapiesituation	Klientenmerkmale	r	N	Signifikanz*
Therapieschwierigkeit	Spaß, Neugier oder Lebendigkeit	-.49	21	s
	Angst oder Furcht	.45	21	s
	Trauer, Enttäuschung oder Resignation	.52	21	s
	Eigene Echtheit	.36	21	T

Werte der Signifikanzgrenzen für jeweils N = 21 auf dem 1%- und 5%-Niveau.

N = 21 1% (ss) ≥ .55 5% (s) ≥ .43 10% (T) ≥ .30

* Signifikanz: Signifikanz der Korrelation der *Schwierigkeit der Therapiesituation* mit den Klientenmerkmalen.

Die Intensität der *Schwierigkeit der Therapiesituation* korreliert negativ mit dem Klientenmerkmal *Spaß* (-.49). Dies Ergebnis entspricht nicht den Erwartungen, da nicht per se davon ausgegangen werden wird, daß Therapiekontakte, in denen die Klienten ein hohes Ausmaß an *Trauer, Enttäuschung oder Resignation* bzw. *Wut oder Ärger* zeigen, gleichzeitig Kontakte mit einem geringen Ausmaß an *Spaß* sind.

Interpretation: Das Ergebnis könnte darauf hinweisen, daß die Therapeuten mit solchen Situationen im Therapiekontakt Probleme haben, in denen die Klienten nur wenig *Spaß* nach außen hin zeigen. Das könnten Situationen sein, in denen die Therapeuten den Eindruck gewinnen, ihre Klienten würden sich langweilen.

⁹ Die beiden Stichproben weisen mit einem Korrelationskoeffizient von r = .99 einen hoch signifikanten Zusammenhang auf. Auch der t-Test (paired, two tails) zeigt eine Übereinstimmung beider Stichproben auf!

Die Intensität der *Schwierigkeit der Therapiesituation* korreliert signifikant mit den Klientenmerkmalen *Angst oder Furcht* (.45) und *Trauer, Enttäuschung oder Resignation* (.52). Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen.

Interpretation: Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* durch die Therapeuten entsprechend beurteilt wird, wie intensiv die Klienten Gefühle der *Angst oder Furcht* und *Trauer, Enttäuschung oder Resignation* zeigen.

Die Intensität der *Schwierigkeit der Therapiesituation* korreliert tendentiell mit dem Klientenmerkmal *Eigene Echtheit* (.36).

Interpretation: Dies könnte in einem ersten Versuch einer Interpretation beschrieben werden, als daß die Therapeuten mit Situationen Schwierigkeiten haben und sich überfordert fühlen, in denen die Klienten ein hohes Ausmaß an *Eigener Echtheit* zeigen. Dies könnten insbesondere solche Situationen sein, in denen die *Echtheit* der Klienten die Therapeut-Klient-Beziehung betrifft

Den oben genannten Erwartungen nach, hätte auch mit einer Korrelation des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* mit dem Klientenmerkmal *Wut und Ärger* und *Aggressives Verhalten* gerechnet werden können. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Interpretation: Dies Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, daß Therapeuten mit Gefühlen der *Wut* und *aggressivem Verhalten* zum Beispiel aufgrund von Alltagserfahrungen eher vertraut sind, als mit den Gefühlen der *Angst oder Furcht* und *Trauer, Enttäuschung oder Resignation*. Diese Vertrautheit könnte den Umgang mit der *Wut* und *aggressivem Verhalten* erleichtern.

5 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg wurde in der Zeit von 1992 bis 1997 unter der Leitung von Professor Stefan Schmidtchen das Projekt zur *Spieltherapie für Erwachsene* realisiert. Erstmals wurde damit das von SCHMIDTCHEN (1996 a) entwickelte Konzept einer klientenzentrierten Kinderspieltherapie auf erwachsene Klienten übertragen. Auf der Basis von einundzwanzig Spieltherapien mit Erwachsenen Klienten mit durchschnittlich zwölf Therapiekontakten wurde das Therapeutenverhalten von zwanzig studentischen Therapeuten bezüglich heilungs- und entwicklungsfördernder Aspekte untersucht.

Neben den drei sogenannten Basismerkmalen *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* wurden mit Hilfe von Ratingskalen für die Therapeutenmerkmale *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick* nach jedem Therapiekontakt Merkmalsintensitäten erfaßt. Zusätzlich wurden Beurteilungen zu den Intensitäten des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* und zu insgesamt neunzehn Klientenmerkmalen abgegeben..

Ziel war es, für die Therapeutenmerkmale mit Hilfe der beschreibenden Statistik Aussagen über die Merkmalsausprägungen für den Gesamtzeitraum und für den Phasenverlauf machen zu können. Anschließend sollte die faktorielle Struktur der Therapeutenmerkmale und deren Korrelationen mit einer Auswahl von Klientenmerkmalen ermittelt werden. Abschließend wurde das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* auf Korrelationen mit den Klientenmerkmalen hin geprüft.

Die Analyse der Intensitäten der Therapeutenmerkmale für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien zeigt, daß das gezeigte Verhalten der Therapeuten in der Regel nicht den Erwartungen entspricht, die nach dem klientenzentrierten Konzept aufgestellt wurden.

Die Basismerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* werden in geringerer Intensität realisiert. Verantwortlich ist womöglich ein unterschiedlicher Erfahrungsgrad der Therapeuten mit dem Setting; - dies bedingt durch persönliche Unterschiede aufgrund bereits abgeschlossener Berufsausbildungen, bereits begonnener Therapiezusatzbildungen und gemachter Selbsterfahrungen als Klienten.

Die Erwachsenenspieltherapeuten realisieren die Merkmale *Persönliches Einbringen* und *Therapeutisches Mitspiel* stärker als Kinderspieltherapeuten; - dies vermutlich aufgrund einer intensiveren Begegnung und Beziehung der Erwachsenen auf einer gleichen personalen Ebene und einer starken Auseinandersetzung mit der Realisierung dieser Merkmale in den therapiebegleitenden Supervisionen.

Des Weiteren hat sich gezeigt, daß die Therapeuten ein fast gleich stark ausgeprägtes *Interventionsgeschick* entwickeln wie Kinderspieltherapeuten. Als ein Zeichen für ein positives therapeutisches Klima könnten die teilweise starken Intensitäten bei der Beurteilung des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* beschrieben werden.

Betrachtet man die Ausprägungen der Therapeutenmerkmale und des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* über die Therapiephasen (Anfangs-, Mittel- und Endphase) hinweg, so zeigt sich für die Basismerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* ein nicht theoriekonformer Anstieg von der Anfangs- über die Mittel- zur Endphase hin. Dieser Anstieg rührt vermutlich aus der teilweise noch leichten Unerfahrenheit und Unsicherheit der Therapeuten mit dem Setting und ihrer Rolle als Therapeuten in der Anfangsphase. Letztendlich realisieren die Therapeuten die Basismerkmale im Therapieverlauf in einem theoriekonformen hohen beziehungsweise sehr hohen Ausmaß.

Im Verlauf der Therapien steigt bei den Therapeuten auch zunehmend das Ausmaß an, in wie weit sie sich *persönlich einbringen* und wie stark sie im Sinne eines *therapeutischen Mitspiels* am Spiel des Klienten beteiligt sind. Dabei ist anzunehmen, daß das *Persönliche Einbringen*, das *Therapeutische Mitspiel* und auch das *Interventionsgeschick* des Therapeuten sich in einer Verbindung zu den Merkmalen des Klientenerlebens, zum Beispiel dem Vertrauen, das der Klient dem Therapeuten dessen therapeutischen Fähigkeiten gegenüber ausdrückt, in einer Art Synergieeffekt zeigt: so läßt sich im Verlauf der Therapien ein Anstieg des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* beschreiben.

Die Faktorenanalyse der Therapeutenmerkmale erbringt eine zweifaktorielle Lösung: Faktor 1 erfaßt 58% der Gesamtvarianz: *Merkmale der Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung* mit den Markiertvariablen *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen*, *Echtheit*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*; Faktor 2 erfaßt 22.1% der Gesamtvarianz: *Merkmale der Problemlösungs- und Entwicklungshilfe* mit den Markiertvariablen *Persönliches Einbringen* und *Akzeptanz (Wärme)* (negativ gepolt).

Bis auf das Therapeutenmerkmal *Akzeptanz (Wärme)*, weisen alle Therapeutenmerkmale vielfältige signifikante Korrelationen mit den ausgewählten Klientenvariablen: *Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit*, „*Kind-Ich*“-*Anteil*, *Lernerfolg im Therapiekontakt*, *Lerneffekt*, *Übungseffekt* und *Entspannungseffekt* auf. Die wohl wichtigste Feststellung aus den zahlreichen Ergebnissen ist, daß das Klientenmerkmal *Lerneffekt* mit den meisten Therapeutenmerkmalen, nämlich *Echtheit*, *Persönliches Einbringen*, *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*, signifikant korreliert. Durch die Annahme, daß das Klientenmerkmal *Lerneffekt* von allen Klientenmerkmalen die Effektivität der Therapien womöglich am differenziertesten erfaßt, kann die Hypothese aufgestellt wer-

den, daß neben der Realisierung der Basismerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* für die Therapiewirksamkeit noch weitere differenziert eingesetzte Therapeutenmerkmale, wie *Persönliches Einbringen* und *Therapeutisches Mitspiel* von großer Bedeutung sind.

Abschließend konnte aufgezeigt werden, daß die *Schwierigkeit der Therapiesituation* wahrscheinlich maßgeblich danach beurteilt wird, wie stark die Klienten Gefühle der *Angst oder Furcht* oder der *Trauer, Enttäuschung oder Resignation* zeigen. Des weiteren werden auch die Situationen, die sich durch ein geringes Ausmaß des Klienten an *Spaß Neugier oder Lebendigkeit* auszeichnen als besonders *schwierig* empfunden.

Die Ergebnisse und Interpretationen dieser Arbeit zeigen, daß die klientenzentrierte Spieltherapie für erwachsene Klienten - ähnlich wie für Kindklienten - Möglichkeiten anbietet, auf der Ebene des freien intrinsisch motivierten Spiels wichtige heilungs- und entwicklungsfördernde Erfahrungen machen.

Die Therapeuten in der Spieltherapie für Erwachsene zeigen nicht nur das klientenzentrierte Basisverhalten durch stetiges Realisieren der Therapeutenmerkmale *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit*. Neben den anderen Therapeutenmerkmalen *Therapeutisches Mitspiel* und *Interventionsgeschick*, hat das Merkmal *Persönliches Einbringen* einen wichtigen Einfluß auf die Klienten hinsichtlich der Veränderung, Erweiterung oder Erneuerung von Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensschemata. Diese Veränderungen umfassen die Bereiche des Lernens und Übens. Das Merkmal *Persönliches Einbringen* hat bei diesen Veränderungsprozessen scheinbar Kennzeichen inne, die es von den anderen Therapeutenmerkmalen unterscheidet und isoliert. Diese Aspekte bedürften der weiteren Überprüfung.

Des weiteren zeigt sich, daß der Supervision innerhalb des Konzeptes der klientenzentrierten Spieltherapie eine starke Wichtigkeit zuzuschreiben ist. Neben der Klärung konzeptueller Fragen und persönlicher Anliegen, ist insbesondere die Auseinandersetzung mit Aspekten zu den direktiven, aktiven Maßnahmen des Therapeuten, wie zum Beispiel zu den oben beschriebenen Therapeutenmerkmalen *Einbringen der Person* und *Therapeutisches Mitspiel* von außerordentlicher Aktualität.

Es ist nicht das Anliegen dieser Arbeit, eine weitere, *neue* Therapiemethode zu entwickeln. Ziel ist es, mögliche weitere Dimensionen bzw. weitere Aspekte in einem Kontext zu einem Konzept einer „Allgemeinen Psychotherapie“ (GRAWE ET AL., 1994, S. 747-786) zu beschreiben. Vor dem Hintergrund einer Realisierung der klientenzentrierten Basismerkmalen *Akzeptanz (Wärme)*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit*, zeigen die Therapeuten in der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene klientenspezifisch und differentiell eingesetzte fördernde Maßnahmen, wie zum Beispiel das gezielte Ein-

bringen der Person und das *Therapeutische Mitspiel*. Das Verhalten des Therapeuten läßt sich somit durch Interventionen beschreiben, die in störungs- und zielspezifischer Weise auf die jeweiligen Besonderheiten des Klienten ausgerichtet sind (vgl. SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996, S. 22).

Um mehr detailliertere Ergebnisse in weiteren Forschungen zum Bereich Spieltherapie für Erwachsene zu bekommen, könnte die Effektivitätsüberprüfung anhand von Meßinstrumenten vorgenommen werden, die vor, während und nach den Therapien Aussagen zum Gesundheits- und Störungserleben der Klienten machen lassen. Die „Individuellen Problemlisten“ von SCHMIDTCHEN (1996, S. 152/153) wären hierfür ein geeignetes Instrument. Aus diesen Listen lassen sich dann explizit Therapieziele der Klienten und deren Veränderungen herausarbeiten.

Die therapeutische Arbeit sollte in weiteren Untersuchungen professionellen Therapeuten übertragen werden und als Erwachsenenklienten könnten zum Beispiel allgemein Studenten aus verschiedenen Fachbereichen gewählt werden.

Abschließend bleibt für mich der Gedanke, daß mit dieser Untersuchung ein kleiner Stein ins Rollen gekommen sein könnte: daß in der zukünftigen psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen dem freien *intrinsisch motivierten* Spiel als therapeutisches Medium ein ihm zustehenden Platz eingeräumt wird.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- ALTERHOFF, GERNOT (1994). *Grundlagen klientenzentrierter Beratung: eine Einführung für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und andere in sozialen Berufen Tätige*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- AXLINE, VIRGINA (1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. 9. neugestaltete Auflage. München: Reinhardt. (engl. Originalausgabe: 1947. *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.)
- BIERMANN-RATJEN, EVA-MARIA; ECKERT, JOCHEN & SCHWARTZ, HANS-JOACHIM (1995). *Gesprächspsychotherapie*. 7. Aufl. Hrsg. BOMMERT, H. & SCHMIDTCHEN, S. Stuttgart: Kohlhammer.
- BINDER, UTE (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie - Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.
- BOECK-SINGELMANN, CLAUDIA; EHLERS, BEATE; KEMPER, FRANZ; HENSEL, THOMAS & MONDEN-ENGELHARDT, CHRISTIANE (1996) (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd.1,. Göttingen: Hogrefe.
- BORTZ, JÜRGEN (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 4. vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer.
- BÜNTE-LUDWIG (1994). *Gestalttherapie - Integrative Therapie*. In: PETZOLD, HILARION (1994). *Wege zum Menschen*. Band 1, S. 217-307. Paderborn: Jungfermann.
- CAILLOIS, ROGER (1960). *Die Spiele und die Menschen*. Stuttgart: Curt E. Schwab.
- CATTEL, R. B. (1966). The scree Test for the number of factors. *Multivariate behav. Res.* 1, 245-276; zit. in BORTZ, 1983.
- CLAUS & EBNER (1989). *Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner*. 6., unveränderte Auflage. Tafel 3, Seite 478. Thun und Frankfurt am Main: Deutsch.
- DIEKSTRA, RENE F. W. & DASSEN, WILL F. M. (1982). *Rational-Emotive-Therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- DORFMAN, ELAINE (1983). *Spieltherapie*. In: ROGERS, CARL (1983a). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. S. 219 - 254. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch. Das amerikanische Original erschien 1951.
- ECKERT, JOCHEN (1996). *Gesprächspsychotherapie*. In: REIMER, CHRISTIAN; ECKERT, JOCHEN; HAUTZINGER, MARTIN & WILKE, EBERHARD (1996). *Psychotherapie - Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, S. 124-189. Heidelberg: Springer.

- ELLIS, ALBERT (1995) (Hrsg.). *Praxis der rational-emotiven Therapie*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- FINKE, JOBST (1994). *Empathie und Interaktion*. Stuttgart: Thieme.
- FREUD, ANNA (1995). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. 7. neugest. Auf. München: Reinhardt. (Ersterscheinung: 1927).
- GENDLIN, EUGEN T. (1985). *Focusing: Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. 5. Aufl. Salzburg: O. Mueller.
- GOETZE, HERBERT (1981). *Personenzentrierte Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, KLAUS; DONATI, RUTH & BERNAUER, FRIEDERIKE (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 2. Aufl.. Göttingen: Hogrefe.
- GREENBERG, LESLIE; ELLIOTT, ROBERT & LIETAER GERMAIN (1994). *Research on Experiential Psychotherapies*. In: BERGIN, ALLEN E. & GARFIELD, SOL L. (1994) (Hrsg.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4. Aufl., S.509-539. New York: John Wiley & Sons.
- GUTTMAN, L. (1954). Some necessary conditions for common factor analysis. *Psychometrika*, 19, 149-161. zit. nach BORTZ (1983).
- HAMANN, PETER (1983). *Kinderanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- HUIZINGA, JOHAN (1956). *Homo Ludens*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch. Original erschien 1938.
- JERNBERG, ANN M. (1997). *Theraplay - Eine direktive Spieltherapie*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- KLEIN, MELANIE (1991). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- MATTEJAT, FRITZ (1997). *Indikationsstellung und Therapieplanung*. In: REMSCHMIDT, HELMUTH (1997) (Hrsg.). *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Thieme.
- MOGEL, HANS (1996). *Spiel - ein fundamentales Lebenssystem des Kindes*. In: BOECK-SINGELMANN ET AL. (1996) (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 1. , S. 179 - 191. Göttingen: Hogrefe.
- OERTER, ROLF (1993). *Die Psychologie des Spiels*. München: Quintessenz.
- ORLINSKI, D. E. & HOWARD, K. L. (1986). *Process and outcome in psychotherapy*. In: GARFIELD, SOL. L. & BERGIN, ALLEN. E. (1986) (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. S. 283-329. New York: Wiley.

- PETERMANN, FRANZ (1994). *Verhaltenstherapie mit Kindern*. 2. überarb. u. erw. Aufl. München: Röttger.
- PIAGET, JEAN (1988). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- PIAGET, JEAN (1993). *Die Psychologie des Kindes*. München: Klett-Cotta.
- PÜHL, HARALD (1991). *Supervision in der Ausbildung: Bindeglied zwischen Theorie und Praxis*. in: PÜHL, HARALD & SCHMIDBAUER, WOLFGANG (1991) (Hrsg.). *Supervision und Psychoanalyse*. Überarb. Neuausgabe. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- REVENSTORF, DIRK (1994). *Psychotherapeutische Verfahren*, Bd.1: Humanistische Therapien. 2. überarb. u. erweiter. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer - Urban-Taschenbücher.
- ROGERS, CARL (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (engl. Original: 1942. *Counseling and Psychotherapy*.)
- ROGERS, CARL (1983 a). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie - Client-Centered Therapy*. S.23 Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch. Die Originalausgabe „Client-Centered Therapy“ erschien 1951 im Verlag Houghton Mifflin Co., Boston.
- ROGERS, CARL (1983 b). *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- RÖHRS, HERMANN (1981) (Hrsg.). *Das Spiel - ein Urphänomen des Lebens*. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- SACHSE, RAINER (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie - eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHEUERL, HANS (1968). *Das Spiel*. 6./8. Aufl. Weinheim: Beltz.
- SCHMID, PETER F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- SCHMIDTCHEN, STEFAN (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHMIDTCHEN, STEFAN (1996 a). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz - Psychologie Verlags Union.
- SCHMIDTCHEN, STEFAN (1996 b). *Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Kinderspieltherapie*. In: BOECK-SINGELMANN ET AL. (1996) (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 1. S.99 - 139. Göttingen: Hogrefe.
- SCHMIDTCHEN, STEFAN (1997). *Spieltherapie als entwicklungsorientierte Intervention*. Im Druck.

- SCHMIDTCHEN, STEFAN & HENNIES, STEFAN (1996). Wider den Non-Direktivitätsmythos. Hin zu einer differentiellen Psychotherapie! - Empirische Analyse des Therapeutenverhaltens in erfolgreichen Kinderspieltherapien. *GwG Zeitschrift*, 104, 14-24.
- SCHMIDTCHEN, STEFAN; HENNIES, STEFAN & ACKE, HILDTRUD (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? - Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 40, 34-42.
- SCHMIDTCHEN, STEFAN; HENNIES, STEFAN & ACKE, HILDTRUD (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! - Prozeßanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG Zeitschrift*, 99, 25-30.
- SUTTON-SMITH, BRIAN (1978). *Die Dialektik des Spiels*. Schorndorf: Hofmann.
- TAUSCH, R; EPEL, H.; FITTKAU, B & MINSSEL, W.-R. (1969). Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychologie*, 176, 93-102. zit. in BIERMANN-RATJEN, EVA-MARIA; ECKERT, JOCHEN & SCHWARTZ, HANS-JOACHIM (1995).
- TAUSCH, REINHARD & TAUSCH, ANNE-MARIE (1979). *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- TSCHULIN, DIETER (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- VIETH, MAREN (1997). *Die Effektivität von klientenzentrierter Spieltherapie im Rahmen der Schule - Eine Untersuchung an zwei Hamburger Grundschulen*. Diplomarbeit. Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- WULF, JUTTA (1998). *Ergebnisse und Prozesse einer ersten Analyse der Klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene*. Dissertation am Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.

7 ANHANG, TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Anhang zu Kapitel 3.2.5:

Variable I.e) : *Alter des „Kind-Ichs“.*

Detaillierte Beschreibung der Entwicklungsabschnitte.

Säuglingsalter und Kleinkindalter (0. - 3. Lebensjahr)

Das Säuglingsalter ist charakterisiert durch eine starke symbiotische Abhängigkeit des Kindes von den Bezugspersonen, die die Befriedigung von Grundbedürfnissen gewährleisten. Ohne diese Fürsorge durch die Bezugspersonen kann das Kind keine vitale Energie, keine Ruhe, keine Geborgenheit und kein Vertrauen erlangen. Die Bezugspersonen werden benötigt, um die Bedürfnisse nach Nahrung, Reinigung, Stressentlastung, Spiel, Schutz etc. befriedigt zu bekommen. In diesem Sinne kann auch eine Erwachsenenperson, wenn sie ins Säuglingsalter regrediert ist, von wichtigen Sozialpartnern abhängig sein.

Des Weiteren ist das Säuglingsalter dadurch charakterisiert, daß man primär passiv, nehmend leben darf und erwarten kann, daß andere Personen einen versorgen, entlasten, stimulieren und schützen. Diese Haltung kann als Sehnsucht oder direkte Forderung ausgedrückt werden. Es ist nicht notwendig, daß die Sehnsucht oder Forderung erfüllt wird; wichtig ist allein die Äußerung dieser Motive.

Zum Säuglingsalter soll auch das Streben nach einer sicheren Bindung gehören. Hiermit ist gemeint, daß das Kind die Sicherheit hat, in seelischen Notsituationen von einer Bezugsperson geschützt zu werden. Bezüglich der Versorgungs- und Schutzhilfe ist dieses Alter durch ein Stadium der größten sozialen Abhängigkeit charakterisiert. Damit die Menschen in diesem Alter die angemessenen Antworten von den Bezugspersonen bekommen können, ist es erforderlich, daß die Bezugspersonen immer in der Nähe sind, daß die Säuglinge in ihren Bedürfnissen erkannt und verstanden und prompt und ausreichend befriedigt werden. Insofern fällt in dieses Alter auch das Bedürfnis nach einer fürsorgenden Gegenwart von wichtigen Bezugspersonen und nach deren empathischem Verstandenwerden und ihrer prompten und angemessenen Bedürfnisbefriedigung.

Im Zentrum der Motive des Kleinkindalters steht das Bestreben nach Loslösung aus der symbiotischen Abhängigkeit. Das Kind will seinen eigenen Willen durchsetzen und gemäß seiner sich ständig verbessernden Fertigkeiten selbständig Dinge tun. Das Ausprobieren und Üben von Ich-Wirksamkeit, senso-motorischer Kompetenz und sozialer

Durchsetzung gegen andere Personen und insbesondere die ursprünglichen Symbiosepartner steht jetzt im Zentrum des Interesses.

In diesen Altersabschnitt fällt auch die Fähigkeit zur gehenden Fortbewegung, zur eigenständigen Reinlichkeitsregulation, zur selbständigen Nahrungsaufnahme, zum selbständigen An- und Ausziehen, zur Eroberung eines erweiterten Lebensraumes, zum Erwerb der Sprache als intensive Form der Willenskundgebung und der sprachlich-gedanklichen Informationsverarbeitung und zur spielerischen Verarbeitung von Erfahrungen. - Es ist auch das Alter intensiver Phantasien über die Realisierung von Wünschen und Lebensperspektiven; das Verhalten anderer Menschen und von Weltereignissen. Damit verbunden sind zuweilen auch starke Ängste und Sorgen über Kriege; den Verlust der eigenen Unversehrtheit; Ohnmachtserlebnisse und diffuse oder reale Befürchtungen über mögliche Gefahren aus der Umwelt. (z.B. Atomängste; Krankheitsängste etc.).

Vorschulalter (4. - 6. Lebensjahr)

Dieser Lebensabschnitt ist durch den Eintritt in die soziale Gemeinschaft anderer Kinder und anderer Familien gekennzeichnet. Das Kind entdeckt sich als soziales Wesen und erweitert seinen Erfahrungshorizont durch das Entdecken von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu anderen Kindern und zu anderen Familien. Es ist aber auch der Abschnitt von externen Freundschaften mit anderen Kindern und Erwachsenen.

Es muß sich in Gruppen durchsetzen, seine Interessen im Wettbewerb mit den Interessen anderer Kinder durchsetzen und Gefühle von Eifersucht und Neid ertragen können. Die bisherige alleinige Konzentration auf die Familie, - sofern sie vorgelegen hat -, geht jetzt verlustig und statt dessen muß sich das Kind in verschiedenen neuen Welten (z.B. Kindergarten, andere Familien, etc.) bewähren. Durch den Wettbewerb mit anderen Kindern, z.B. um die Aufmerksamkeit und Gunst der Erziehungspersonen, erlebt sich das Kind in einer Hierarchie bzw. Hackordnung sozialer Anerkennung, nicht nur von Autoritätspersonen, sondern auch von Gruppenmitgliedern. Damit kann es in die verschiedensten Gruppenpositionen gelangen, z.B. die des "Mauerblümchens", oder die der "beliebtesten Person".

Dieses Spektrum, das zwischen einer niedrigen und hohen Position sozialer Anerkennung durch Erwachsene und Kinder schwankt, dient jetzt als wichtiger Orientierungspunkt zum Erwerb sozialer Rollenkompetenzen und Normen. - Außerdem müssen die Kinder in diesem Alter erstmals auch lernen, unangenehme Gefühle in sozialen Situationen zurückzuhalten, um ihre vermeintliche Gruppenposition und das damit verbundene Sozialprestige nicht zu gefährden. Sie müssen also auch ihr emotionales Verhalten gemäß der vorherrschenden Gruppenerwartungen kontrollieren. Dies ist der Beginn der Einflußnahme der Gesellschaft auf die öffentlichen Aspekte des Selbstkonzeptes, im

Gegensatz zu den privaten. Dadurch kann eine Spannung in der Persönlichkeit entstehen, die die Ursache vieler Probleme sein kann.

Grundschulalter und Vorpubertät (7. - 12. Lebensjahr)

Das Grundschulalter ist vorrangig auf das Erbringen von schulischen Leistungen, den sogenannten Kulturleistungen des Lesens, Schreibens und allgemeinen Wissens bestimmt. Das Kind muß lernen, abstrakte, häufig fremdgestellte Ziele anzustreben und sich in seinen Leistungen im Vergleich mit anderen Kindern (also objektiv) beurteilen zu lassen. Nicht mehr allein das Spielen und selbstinitiierte In-den-Tag-leben steht während der Schul- und Schularbeitszeit im Vordergrund, sondern die Herstellung bestimmter Ergebnisse mit bestimmten vorgegebenen Methoden.

Im Zentrum der Aufmerksamkeit und des Lernens steht das Verstehen und Gehorchen der Anweisungen einer Lehrerin sowie die Zurückstellung eigener Impulse. Die Kinder müssen ca. 8 Stunden ihrer Tageszeit mit Tätigkeiten verbringen, zu denen sie häufig keinen erfahrungsmäßigen eigenen Bezug haben.

Durch die Konkurrenzsituationen in der Schule werden Minderwertigkeits- und Leistungsmotive aufgebaut und zuweilen auch Haltungen des Mogelns und der Anwendung von Raffinesse und Gewalt. Zum Zwecke der Erlangung eines bestimmten Erfolges wird zu unehrlichen Mitteln gegriffen, die im privaten Leben als unehrenhaft, im Wettbewerbsleben der Schule aber häufig als "angemessen" oder zumindest "verständlich" angesehen werden. Damit werden die ersten Grundlagen eines "Ego-Selbsts" gelegt, in dem der Zweck die Mittel "heilig" und der Erfolg mehr wert ist, als die Ehrlichkeit. Dieses Ego-Selbst orientiert sich im wesentlichen am Schein oder "Haben" und weniger am authentischen Sein.

In diesem Altersabschnitt beginnt in der Zeit der Vorpubertät die Vorbereitung auf die Geschlechtsrollen der Frau und des Mannes und damit auf den Abschied von der Kindheitsrolle und den Erwerb der Erwachsenenrolle. Man wird jetzt nicht mehr mit den tolerierenden Haltungen gegenüber einer Kindheitsexistenz gesehen, sondern mit den fordernden Erwartungen gegenüber einer angehenden Erwachsenenexistenz. Die von der Gesellschaft gestellte Entwicklungsaufgabe lautet jetzt, kontrolliert, selbstverantwortlich, rational und rollenkonform zu handeln. Der zukünftige Erwachsene muß sich aus der Geborgenheit und "Deckung" der Familie in die Öffentlichkeit der Erwachsenenwelt stellen. Er darf sich nicht mehr von den Eltern schützen und "bedauern" lassen, sondern muß sein tägliches Leben und die entstehenden unangenehmen und angenehmen Gefühle selbständig bewältigen. Aus diesem "Auf-sich-allein-gestellt sein" entsteht auch eine verstärkte Bezugnahme und Solidarisierung mit Gleichaltrigen, Freunden und Cliques.

In diesem Alter erwächst die Solidarität mit einer Gruppe und es entstehen wichtige Motive wie das Geborgenheitsgefühl in der Gruppe (das Gruppenwir) und die Identifi-

kation mit Gruppenzielen und Gruppennormen. - Bezogen auf das Verhältnis von Jungen zu Mädchen entstehen Kameradschaftsgefühle, die noch nicht durch ein geschlechtsmäßig bestimmtes Rollenverhalten gekennzeichnet sind.

Durch den Übergang in weiterführende Schulen kann auf der gesellschaftsbezogenen Ebene eine erste Trennung zwischen schulleistungs- und zertifikatsmäßig definierten Gruppen stattfinden. Es können die Gruppen der Gymnasiasten, der Realschüler und der Hauptschüler entstehen. Damit verbunden entstehen unterschiedliche Privilegien und statusmäßige und finanzielle Zukunftserwartungen. In diesem Altersabschnitt entwickelt die Gesellschaft mit Hilfe der Schulen ihre "Schichten" bzw. "Klassen". Von hier ab entscheidet sich häufig, wer im späteren Erwachsenenleben zur Elite und wer zur niederen Schicht gehört.

Pubertätsalter (13. - 18. Lebensjahr)

In diesem Lebensabschnitt soll vorrangig die Stabilisierung des Erwachsenen-Rollenverhaltens vorgenommen und der Umgang mit einer Geschlechterrolle erlernt werden. Letzterer bezieht sich auf den Umgang mit seiner Sexualität als Einzelperson, als Gruppenwesen von gleichgeschlechtlichen Jugendlichen sowie auf den heterosexuellen Austausch mit gegengeschlechtlichen Personen.

Durch die Veränderung des sexuell geprägten körperlichen Bildes entstehen eine Fülle von Ängsten, Schamgefühlen, Genußmöglichkeiten und sozialen Rollenerwartungen. Dem eigenen körperlichen Veränderungszustand wird ein umfassendes Gebilde von kulturellen Rollenerwartungen an die Frau und den Mann übergestülpt, das zu extremen Überforderungen und Verfremdungen des authentischen Personenerlebens führen kann. So kann ein junges Mädchen mit dem Fortschreiten seiner körperlich-sexuellen Erscheinung in relativ kurzer Zeit zu einem Sexualobjekt werden, demgegenüber sich von heute auf morgen der Vater, und andere Männer völlig anders verhalten. Aus einer geborgenen und kameradschaftlichen Mitgliedsposition kann die junge Frau so zu einer herausragenden, primär sexuell gesehenen Begehrlichkeitsperson werden. Die Identität der weiblichen Jugendlichen wird dabei vorrangig unter dem Aspekt einer sexuellen Partnerschaft und nicht mehr unter dem Aspekt eines personenzentrierten Miteinanders gesehen.

An den männlichen Jugendlichen werden im wesentlichen Erwartungen des Unterdrückens seiner ängstlichen, weichen Gefühle und Bedürfnisse gestellt, zugunsten eines "harten", angstlosen Umgangs mit sich selbst und anderen. Diese Erwartungen beziehen sich auch auf den Umgang mit seinen weiblichen Sexualpartnern. Die Sexualität wird in eine männliche und weibliche Sexualität aufgespalten und es wird nicht das Gemeinsame und Dialogische betont, sondern das Beherrschende und Abhängige. Dadurch wird die kulturelle Trennung von Männer- und Frauenrollen aufgebaut.

Gegen Ende der Jugendlichenzeit steht im 18. Lebensjahr die Zuerkennung der gesellschaftlichen Rolle des Erwachsenen mit der Strafmündigkeit, der Geschäftsfähigkeit und dem Wahlrecht. Damit entstehen Rechte, aber auch Pflichten, die den Jugendlichen sehr überfordern können. Diese Form der gesellschaftlichen Autonomie kann zu einer Scheinautonomie führen, wenn die soziale und finanzielle Eigenständigkeit noch nicht gegeben ist.

Im letzten Altersabschnitt der Pubertät fällt die Aufgabenstellung der Paarfindung und Paarbildung zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen und damit ein Erlebnis- und Gemeinschaftsfeld, das die Auflösung von individuellen Interessen herstellt und eine neue Form des Symbioseerlebnisses schafft, in dem nun die erwachsenen Partner eine Ergänzungspartnerschaft aufbauen können. Diese Ergänzungspartnerschaft kann ein Mehr an Bedürfnisbefriedigung und sozialer Durchsetzung erwirken, als ein individuelles soziales Sein. Sie wird deshalb als herausragendes Ziel erprobt und kurzfristig oder langfristig angestrebt. Aus der Aufgabe der Paarbildung ergeben sich eine Vielzahl von Anforderungen und Kompetenzen, deren Erwerb ein intensives erotisches und heterosexuelles Experimentieren und Üben erfordert. Da alle diese Tätigkeiten stark affektbetont sind, entstehen beständige Liebes- und Affektkrisen, die die volle Aufmerksamkeit der jungen Erwachsenen beanspruchen und den Erwerb von adäquaten Coping-Techniken. Man pendelt häufig zwischen einem Zustand der starken Verliebtheit und traurigen Verlassenheit oder dem Gefühl, mitten im (Liebes)-Leben zu stehen oder vergessen an seinem Rande, hin und her.

Tabelle a) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Akzeptanz (Wärme)* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 21). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.1	4.46	.66	3	5	2
TH.2	4.80	.42	4	5	1
TH.3	4.33	.50	4	5	1
TH.4	4.34	.60	3	5	2
TH.5	4.75	.44	4	5	1
TH.6	4.00	.82	3	5	2
TH.7	3.75	.46	3	4	1
TH.8	3.44	.73	2	4	2
TH.9	2.50	.55	2	3	1
TH.10	2.50	.55	2	3	1
TH.11	3.00	.63	2	4	2
TH.12	3.70	.82	2	5	3
TH.13	3.09	.54	2	4	2
TH.14	4.67	.50	4	5	1
TH.15	4.00	.50	3	5	2
TH.16	3.44	.53	3	4	1
TH.17	3.87	.52	3	5	2
TH.18	3.25	.62	2	4	2
TH.19	3.93	.26	3	4	1
TH.20	3.80	1.23	2	5	3
TH.21	3.90	.74	3	5	2
Gesamt	3.79	.60	2.81	4.48	1.67

Tabelle b) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Empfindungsvermögen* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 21). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.1	4.31	.75	3	5	2
TH.2	4.30	.82	3	5	2
TH.3	3.67	.50	3	4	1
TH.4	4.31	.59	3	5	3
TH.5	4.00	.42	3	5	2
TH.6	3.40	.97	2	5	3
TH.7	3.63	.52	3	4	1
TH.8	3.11	.78	2	4	2
TH.9	3.17	1.17	1	4	3
TH.10	3.50	.55	3	4	1
TH.11	3.33	.82	2	4	2
TH.12	3.70	.48	3	4	1
TH.13	3.09	.70	2	4	2
TH.14	4.33	.71	3	5	2
TH.15	3.53	.62	3	5	2
TH.16	3.78	.67	3	5	2
TH.17	3.60	.63	2	4	2
TH.18	3.00	.43	2	4	2
TH.19	3.40	.51	3	4	1
TH.20	3.30	1.12	1	5	4
TH.21	3.50	.97	2	5	3
Gesamt	3.62	.70	2.48	4.48	2.05

Tabelle c) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Echtheit* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 21). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.1	5.00	0	5	5	0
TH.2	4.90	.32	4	5	1
TH.3	4.44	.73	3	5	2
TH.4	4.75	.44	4	5	1
TH.5	4.00	.42	3	5	2
TH.6	3.30	.95	2	5	3
TH.7	3.75	.46	3	4	1
TH.8	3.89	.33	3	4	1
TH.9	4.50	.84	3	5	2
TH.10	4.00	.63	3	5	2
TH.11	4.00	.63	3	5	2
TH.12	4.10	.57	3	5	2
TH.13	3.46	.69	2	4	2
TH.14	4.11	1.17	2	5	3
TH.15	4.24	.56	3	5	2
TH.16	3.89	.60	3	5	2
TH.17	4.13	.64	3	5	2
TH.18	3.50	.52	3	4	1
TH.19	3.93	.46	3	5	2
TH.20	3.30	1.34	1	5	4
TH.21	3.90	.99	2	5	3
Gesamt	4.05	.63	2.90	4.81	1.90

Tabelle d) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Persönliches Einbringen* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 13). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.9	3.33	.52	3	4	1
TH.10	4.83	.41	4	5	1
TH.11	3.83	.41	3	4	1
TH.12	3.50	.71	2	4	2
TH.13	3.46	.93	2	5	3
TH.14	3.67	1.51	1	5	4
TH.15	3.59	.51	3	4	1
TH.16	3.63	.52	3	4	1
TH.17	3.47	.99	2	5	3
TH.18	3.60	.70	2	4	2
TH.19	2.27	.70	1	4	3
TH.20	2.10	.88	1	3	2
TH.21	3.70	1.16	2	5	3
Gesamt	3.46	.77	2.23	4.31	2.08

Tabelle e) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Therapeutisches Mitspiel* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 21). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.1	4.67	.65	3	5	2
TH.2	4.50	.53	4	5	1
TH.3	3.78	.67	3	5	2
TH.4	4.23	.71	3	5	2
TH.5	4.24	.54	3	5	2
TH.6	4.10	.88	3	5	2
TH.7	3.25	1.04	1	4	3
TH.8	3.33	.50	3	4	1
TH.9	3.50	.84	2	4	2
TH.10	4.33	.82	3	5	2
TH.11	4.00	.71	3	5	2
TH.12	3.30	1.42	1	5	4
TH.13	3.09	.83	2	4	2
TH.14	3.56	.88	2	5	3
TH.15	3.77	.90	2	5	3
TH.16	3.33	.71	2	4	2
TH.17	3.40	.91	2	5	3
TH.18	3.17	.94	2	5	3
TH.19	3.20	.86	2	5	3
TH.20	3.70	1.16	2	5	3
TH.21	3.90	.88	3	5	2
Gesamt	3.73	.83	2.43	4.76	2.33

Tabelle f) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Interventionsgeschick* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 18). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.1	4.54	.52	4	5	2
TH.2	4.70	.48	4	5	1
TH.3	3.33	.50	3	4	1
TH.4	4.34	.65	3	5	2
TH.5	3.25	.61	2	4	2
TH.6	3.70	.68	3	5	2
TH.7	3.13	.64	2	4	2
TH.8	2.89	.78	1	4	3
TH.12	3.40	.70	2	4	2
TH.13	3.30	.82	2	4	2
TH.14	3.56	1.24	1	5	4
TH.15	3.77	.66	3	5	2
TH.16	3.78	.83	2	5	3
TH.17	3.60	.51	3	4	1
TH.18	2.67	.49	2	3	1
TH.19	2.87	.74	2	4	2
TH.20	2.70	1.25	1	4	3
TH.21	3.40	.70	2	4	2
Gesamt	3.50	.71	2.33	4.33	2.06

Tabelle g) zu Kapitel 4.1: Ausprägungen des Merkmals *Schwierigkeit der Therapiesituation* für den Gesamtzeitraum der Spieltherapien der einzelnen Therapien.

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM), Standardabweichungen (s), der minimalen Werte (min), der maximalen Werte (max) und der Variationsbreite (Range) für jede einzelne Therapie und die Gesamtgruppe gemäß Therapeutenurteil (N = 21). Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	AM	s	min	max	Range
TH.1	4.00	.71	3	5	2
TH.2	3.50	1.08	1	5	4
TH.3	2.44	.73	1	3	2
TH.4	4.41	.84	2	5	3
TH.5	2.63	1.01	1	5	4
TH.6	2.00	.84	1	3	2
TH.7	2.75	.89	2	4	2
TH.8	3.00	.71	2	4	2
TH.9	2.00	1.10	1	4	3
TH.10	1.67	.82	1	3	2
TH.11	2.83	.75	2	4	2
TH.12	3.10	.74	2	4	2
TH.13	2.73	1.27	1	5	4
TH.14	2.44	1.59	1	5	4
TH.15	2.47	.72	2	4	2
TH.16	2.67	.71	2	4	2
TH.17	1.87	.52	1	3	2
TH.18	3.33	.78	2	5	3
TH.19	3.33	.49	3	4	1
TH.20	3.40	1.90	1	5	4
TH.21	2.30	1.25	1	5	4
Gesamt	2.80	.93	1.57	4.24	2.67

Tabelle a) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals Akzeptanz (Wärme) im Therapieverlauf der Spieltherapien der einzelnen The-

rapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 21. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

		<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelpfase</i>		<i>Endphase</i>	
Therapie	Kontakt	AM	s	AM	s	AM	s
TH.1	13	3.75	.50	4.80	.45	4.75	.50
TH.2	9	4.67	.58	4.67	.58	5.00	0
TH.3	18	4.50	.55	4.33	.52	4.83	.41
TH.4	32	4.20	.42	4.55	.52	4.27	.79
TH.5	25	4.88	.35	4.78	.44	4.57	.53
TH.6	10	3.33	.58	4.25	.50	4.33	1.15
TH.7	8	3.50	.71	3.67	.58	4.00	0
TH.8	9	3.00	1.00	3.67	.58	3.67	.58
TH.9	6	3.00	0	2.00	0	2.50	.71
TH.10	6	2.50	.71	2.50	.71	2.50	.71
TH.11	6	2.50	.71	3.00	0	3.50	.71
TH.12	10	3.67	.58	3.25	.96	4.33	.58
TH.13	11	3.00	1.00	3.25	.50	3.00	0
TH.14	9	4.33	.58	4.67	.58	5.00	0
TH.15	17	4.20	.45	3.83	.75	4.00	0
TH.16	9	3.33	.58	3.67	.58	3.33	.58
TH.17	15	4.00	0	3.60	.55	4.00	.71
TH.18	12	3.75	.50	3.25	.50	2.75	.50
TH.19	15	4.00	0	3.80	.45	4.00	0
TH.20	10	2.33	.58	4.25	.96	4.67	.58
TH.21	10	3.67	.58	3.75	.50	4.33	1.15
	AM	3.62	.52	3.79	.53	3.97	.49

**Tabelle b) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Ein-
fühlungsvermögen im Therapieverlauf der Spieltherapien der einzelnen***

Therapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 21. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

		<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelfase</i>		<i>Endphase</i>	
Therapie	Kontakt	AM	s	AM	s	AM	s
TH.1	13	3.50	.58	4.80	.45	4.50	.58
TH.2	9	4.00	1.00	4.67	.58	4.67	.58
TH.3	18	3.50	.55	4.00	0	4.33	.52
TH.4	32	4.40	.52	4.36	.67	4.18	.60
TH.5	25	3.88	.64	4.00	0	4.14	.38
TH.6	10	3.33	.58	3.25	.96	3.67	1.53
TH.7	8	3.50	.71	3.33	.58	4.00	0
TH.8	9	2.67	.58	3.00	1.00	3.67	.58
TH.9	6	4.00	0	2.00	1.41	3.50	.71
TH.10	6	4.00	0	3.00	0	3.50	.71
TH.11	6	3.00	1.41	4.00	0	3.00	0
TH.12	10	3.67	.58	3.50	.58	4.00	0
TH.13	11	3.33	.58	2.75	.50	3.25	.96
TH.14	9	3.67	.58	4.33	.58	5.00	0
TH.15	17	3.20	.45	3.50	.84	3.83	.41
TH.16	9	4.33	.58	3.33	.58	3.67	.58
TH.17	15	3.60	.55	3.80	.45	3.40	.89
TH.18	12	3.25	.50	3.00	0	2.75	.50
TH.19	15	3.40	.55	3.20	.45	3.60	.55
TH.20	10	1.67	.58	3.75	.50	4.33	.58
TH.21	10	3.00	1.00	3.50	1.00	4.00	1.00
	AM	3.47	.60	3.57	.53	3.86	.56

Tabelle c) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Echtheit* im Therapieverlauf der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 21. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	Kontakt	<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelfase</i>		<i>Endphase</i>	
		AM	s	AM	s	AM	s
TH.1	13	5.00	0	5.00	0	5.00	0
TH.2	9	4.67	.58	5.00	0	5.00	0
TH.3	18	4.17	.75	4.67	.52	4.83	.41
TH.4	32	4.70	.48	4.73	.47	4.82	.40
TH.5	25	4.00	.53	4.00	0	4.00	.58
TH.6	10	2.67	1.15	3.50	1.00	3.67	.58
TH.7	8	3.00	0	4.00	0	4.00	0
TH.8	9	3.67	.58	4.00	0	4.00	0
TH.9	6	5.00	0	3.50	.71	5.00	0
TH.10	6	4.00	0	3.50	.71	4.50	.71
TH.11	6	4.00	0	4.00	0	4.00	1.41
TH.12	10	4.00	0	4.00	.82	4.33	.58
TH.13	11	4.00	0	3.25	.96	3.25	.50
TH.14	9	3.33	.58	4.00	1.73	5.00	0
TH.15	17	4.20	.84	4.50	.55	4.00	0
TH.16	9	4.33	.58	3.33	.58	4.00	0
TH.17	15	4.20	.45	4.20	.84	4.00	.71
TH.18	12	3.75	.50	3.50	.58	3.25	.50
TH.19	15	3.80	.45	3.80	.45	4.20	.45
TH.20	10	1.67	.58	3.50	.58	4.67	.58
TH.21	10	3.33	1.15	3.75	.96	4.67	.58
	AM	3.88	.44	3.99	.55	4.29	.38

Tabelle d) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Persönliches Einbringen im Therapieverlauf der Spieltherapie der einzelnen Therapien*

Therapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 13. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	Kontakt	<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelfase</i>		<i>Endphase</i>	
		AM	s	AM	s	AM	s
TH.9	6	3.50	.71	3.00	0	3.50	.71
TH.10	6	5.00	0	5.00	0	4.50	.71
TH.11	6	3.50	.71	4.00	0	4.00	0
TH.12	10	3.00	1.00	3.50	.58	4.00	0
TH.13	11	3.67	.58	2.75	.96	4.00	.82
TH.14	9	2.67	1.53	2.67	1.53	4.67	.58
TH.15	17	3.80	.45	3.50	.55	3.50	.55
TH.16	9	4.00	0	3.67	.58	3.33	.58
TH.17	15	2.60	.89	4.20	.84	3.60	.55
TH.18	12	4.00	0	3.25	.96	3.75	.50
TH.19	15	2.00	.71	2.40	.55	2.40	.89
TH.20	10	1.67	.58	2.25	.96	2.33	1.15
TH.21	10	2.67	.58	3.75	1.26	4.67	.58
	AM	3.24	.60	3.38	.67	3.71	.59

Tabelle e) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Therapeutisches Mitspiel* im Therapieverlauf der Spieltherapien der einzelnen Therapien

Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 21. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	Kontakt	<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelphase</i>		<i>Endphase</i>	
		AM	s	AM	s	AM	s
TH.1	13	4.25	.96	4.80	.45	5.00	0
TH.2	9	4.67	.85	4.67	.58	4.33	.58
TH.3	18	3.50	.55	4.17	.41	4.33	.82
TH.4	32	4.10	.32	4.20	.92	4.50	.84
TH.5	25	4.14	.69	4.43	.53	4.14	.38
TH.6	10	4.00	1.00	3.50	.58	5.00	0
TH.7	8	3.50	.71	2.67	1.53	3.67	.58
TH.8	9	3.33	.58	3.00	0	3.67	.58
TH.9	6	3.50	.71	3.00	1.41	4.00	0
TH.10	6	5.00	0	4.00	0	4.00	1.41
TH.11	6	4.50	.71	4.00	0	3.00	•
TH.12	10	2.67	1.53	3.00	1.41	4.33	1.15
TH.13	11	4.00	0	3.00	.82	2.50	.58
TH.14	9	2.67	.58	4.00	1.00	4.00	0
TH.15	17	3.40	.55	3.67	1.21	4.17	.75
TH.16	9	3.33	1.15	3.33	.58	3.33	.58
TH.17	15	3.60	1.14	3.20	.84	3.40	.89
TH.18	12	3.50	1.29	3.00	.82	3.00	.82
TH.19	15	3.20	.45	2.80	.84	3.60	1.14
TH.20	10	2.67	.58	3.50	1.00	5.00	0
TH.21	10	3.33	.58	3.75	.96	4.67	.58
	AM	3.66	.71	3.60	.76	3.98	.58

Tabelle f) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Therapeutenmerkmals *Inter-ventionsgeschick* im Therapieverlauf der Spieltherapien der einzelnen The-

rapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 18. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	Kontakt	<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelfase</i>		<i>Endphase</i>	
		AM	s	AM	s	AM	s
TH.1	13	4.25	.50	4.60	.55	4.75	.50
TH.2	9	4.67	.58	4.67	.58	5.00	0
TH.3	18	3.33	.52	3.33	.52	3.33	.52
TH.4	32	4.60	.52	4.18	.75	4.27	.65
TH.5	25	3.12	.83	3.33	.50	3.29	.49
TH.6	10	3.67	.58	3.75	.50	3.67	1.15
TH.7	8	2.50	.71	3.00	0	3.67	.58
TH.8	9	2.33	1.15	3.00	0	3.33	.58
TH.12	10	3.67	.58	3.25	.96	3.33	.58
TH.13	11	4.00	0	3.25	.96	3.00	.82
TH.14	9	3.67	1.15	3.00	2.00	4.00	•
TH.15	17	3.60	.89	3.83	.75	3.83	.41
TH.16	9	3.67	1.53	3.67	.58	4.00	0
TH.17	15	3.60	.55	3.60	.55	3.60	.55
TH.18	12	3.00	0	3.00	0	2.00	0
TH.19	15	3.00	1.00	2.40	.55	3.20	.45
TH.20	10	1.00	0	3.25	.50	3.67	.58
TH.21	10	3.00	0	3.25	.96	4.00	0
	AM	3.37	.62	3.46	.87	3.66	.46

Tabelle g) zu Kapitel 4.2: Ausprägungen des Merkmals Schwierigkeit der Therapiesituation im Therapieverlauf der Spieltherapien der einzelnen The-

rapien Angabe der arithmetischen Mittelwerte (AM) und der Standardabweichungen (s) gemäß Therapeutenurteil für die Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie; sowie Angabe des erreichten Signifikanzniveaus der Ergebnisse des Mittelwertvergleichs der angegebenen Phasenpaare. Anzahl der Therapien: N = 21. Intensität der Merkmalsausprägungen auf der Ratingskala: 5 = sehr hohes Ausmaß; 4 = hohes Ausmaß; 3 = mittleres Ausmaß; 2 = geringes Ausmaß; 1 = kein bzw. sehr geringes Ausmaß.

Therapie	Kontakt	<i>Anfangsphase</i>		<i>Mittelfase</i>		<i>Endphase</i>	
		AM	s	AM	s	AM	s
TH.1	13	4.00	.82	4.00	.71	4.00	.82
TH.2	9	3.67	1.15	4.00	0	3.67	.58
TH.3	18	2.50	.84	2.33	.52	3.33	.82
TH.4	32	4.50	.71	4.09	1.14	4.64	.50
TH.5	25	2.38	1.19	2.33	.87	3.29	.76
TH.6	10	2.33	1.15	1.25	.50	2.67	.58
TH.7	8	3.00	1.41	2.33	.58	3.00	1.00
TH.8	9	2.67	.58	3.00	1.00	3.33	.58
TH.9	6	1.50	.71	1.50	.71	3.00	1.41
TH.10	6	2.50	.71	1.00	0	1.50	.71
TH.11	6	2.50	.71	3.00	1.41	3.00	0
TH.12	10	2.67	1.15	3.50	.58	3.00	0
TH.13	11	3.00	1.00	2.00	1.41	3.25	1.26
TH.14	9	1.00	0	3.33	1.53	3.00	1.73
TH.15	17	2.00	0	2.83	.75	2.50	.84
TH.16	9	2.67	.58	3.00	1.00	2.33	.58
TH.17	15	1.80	.45	2.00	.71	1.80	.45
TH.18	12	3.00	.82	3.25	.50	3.75	.96
TH.19	15	3.60	.55	3.40	.55	3.00	0
TH.20	10	1.00	0	4.00	1.41	5.00	0
TH.21	10	1.67	.58	3.25	1.50	1.67	.58
	AM	2.57	.72	2.83	.83	3.08	.67

Tabelle zu 4.2: Übersicht über die t-Grenzwerte für das 1%-, 5%- und 10%-Signifikanzniveau und die errechneten t-Werte für die Therapeutenmerkmale und das Merkmal *Schwierigkeit der Therapiesituation* Angabe der Stichprobengrößen (N), die t-Grenzwerte für das 1%-, 5%- und 10%-Niveau für jedes Merkmal.

Therapeutenmerkmale	N	t-Grenzwert ¹			Errechneter Wert ²		
		1%	5%	10%	A : M	M : E	A : E
Akzeptanz (Wärme)	21	2.85	2.09	1.73	1.18	2.19	2.27
Einfühlungsvermögen	21	2.85	2.09	1.73	.55	2.51	2.27
Echtheit	21	2.85	2.09	1.73	.69	2.66	2.26
Persönliches Einbringen	13	3.05	2.18	1.78	.71	1.63	1.99
Therapeutisches Mitspiel	21	2.85	2.09	1.73	.41	2.57	1.52
Interventionsgeschick	18	2.90	2.11	1.74	.59	1.85	1.48
Therapieschwierigkeit	21	2.85	2.09	1.73	1.11	1.48	2.27

¹ CLAUS & EBNER (1989). *Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner*. 6., unveränderte Auflage. Tafel 3, Seite 478. Thun und Frankfurt am Main: Deutsch.

² Summenwert; d.h. negative Vorzeichen wurden nicht mit übertragen, da sie für die letztendliche Signifikanzprüfung nicht relevant sind.

.2: Produkt-Moment-Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen. Angabe der *hoch signifikanten (ss)*, *signifizi-*
tendientell signifikanten (T) Korrelationskoeffizienten aus der Produkt-Moment-Korrelation der Therapeutenmerkmale gemäß Therapeuten-
merkmale gemäß Klientenurteil. Anzahl der Therapie: N = 21 - 18 **.

kmale	n	Therapeutenmerkmale							
		Akzeptanz & Wärme *	Einfühlungs- vermögen *	Echtheit *	Persönliches Einbringen *	Therapeutisches Mitspiel *	Interventions- geschick *		
r Spieltätigkeit	21	.41 T	.60 ss	.41 T			.50 s		
l	21		.48 s		.52 ss				
erapiekontakt	21		.39 T	.40 T	.37 T	.35 T	.68 ss		
	21			.44 s	.72 ss	.54 s	.52 s		
	21		.33 T		.58 ss				
kt	18		.39 T		.73 ss	.51 s	.51 s		

ignifikanzgrenzen für jeweils N = 21 und 18 auf dem 1%- (ss = stark signifikant), 5%- (s = signifikant) und 10% (T = Tendenz) -Niveau.

1: 1% = .55; 5% = .43; 10% = .30

8: 1% = .59; 5% = .47; 10% = .32

ifikanz: Signifikanz der Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen.

t in allen Therapien wurden - bedingt durch Designveränderungen während der Datenerhebungsphase Daten zu sämtlichen Merkmalen erfasst.

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abb. 1: Spezifische Therapeutenstrategien nach SCHMIDTCHEN (1996 a, S. 92 f)	31
Abb. 2: <i>Indirekte</i> und <i>direkte Hilfsmaßnahmen</i> nach SCHMIDTCHEN und HENNIES (1996, S. 16)	32
Abb. 3 : Darstellung der Faktorenstruktur der Therapeutenmerkmale in Kinderspieltherapien (aus SCHMIDTCHEN & HENNIES, 1996, S. 20)	35
Abb. 4.1: Psychopathologische Aspekte als Indikationskriterien zur Wahl klärungs- oder beziehungszentrierter Therapiemethoden aus MATTEJAT (1997, S. 30 ff)	37
Abb. 4.2: Individuelle, familiäre und soziale Aspekte als Indikationskriterien zur Wahl klärungs- oder beziehungszentrierter Therapiemethoden aus MATTEJAT (1997, S. 30 ff)	38
Abb. 5: Beobachtungsbogen zur Erfassung der Variablen zum Spielgeschehen, zum Therapeutenverhalten und zur Therapiesituation sowie zum Klientenverhalten.	67

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 : Ausprägung der Therapeutenmerkmale für den Gesamtzeitraum von Kinderspieltherapien (aus SCHMIDTCHEN UND HENNIES, 1996, S. 18)	33
Tab. 2 : Analyse der phasenspezifischen Ausprägungen der Therapeuten- merkmale in Kinderspieltherapien (aus SCHMIDTCHEN UND HENNIES, 1996, S. 19)	34
Tab. 4 : Ausprägung der Variablen zum Spielgeschehen der Erwachsenen- klienten (aus WULF, 1998, S. 108)	47
Tab. 5: Katalog von Kompetenzen zur Selbstverwirklichung (nach WULF, 1998, S. 76 f)	52

Tab. 6: Rankkorrelation der Variablen zum <i>Klientenempfinden der Therapiesituation</i> mit dem Therapieerfolg aus WULF (1998, S. 131)	53
Tab. 7: Alter und Geschlecht der Therapeuten und Klienten	58
Tab. 8: Raterübereinstimmung in der 1. Testung	74
Tab. 9: Raterübereinstimmung in der 2. Testung nach Abschluß des Zusatztrainings	75
Tab. 10: Ausprägung der Therapeutenmerkmale und der <i>Schwierigkeit der Therapiesituation</i> für den Gesamtzeitraum von Erwachsenen-spieltherapien	78
Tab. 11: Ausprägung der Therapeutenmerkmale und der <i>Schwierigkeit der Therapiesituation</i> in der Anfangs-, Mittel- und Endphase von Erwachsenen-spieltherapien	86
Tab. 12: Interkorrelationen der Therapeutenmerkmale	94
Tab. 13: Darstellung der Faktorenstruktur der Therapeutenmerkmale in der Spieltherapie für Erwachsene	97
Tab. 14: Ausprägung der Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum von Erwachsenen-spieltherapien	101
Tab. 15: Produkt-Moment-Korrelation der Therapeutenmerkmale mit den Klientenmerkmalen	103
Tab. 16: Ausprägung der ausgewählten Klientenmerkmale für den Gesamtzeitraum von Erwachsenen-spieltherapien.	110
Tab. 17: Produkt-Moment-Korrelation des Merkmals <i>Schwierigkeit der Therapiesituation</i> mit den ausgewählten Klientenvariablen.	111