

Herbert Goetze

## Spieltherapeutische Orientierungen in der heilpädagogischen Praxis

### - Ein Plädoyer für den vermehrten Einsatz einer heilpädagogischen Spieltherapie bei Risikokindern -

In diesem Beitrag werden spieltherapeutische Orientierungen in der Arbeit von HeilpädagogInnen begründet und aufgezeigt. Gründe, solche Akzente in die Heilpädagogik einzubringen, ergeben sich aus allgemeinen Anforderungsstrukturen für HeilpädagogInnen und aus der besonderen Problematik, Hilfen zur Erziehung bei jungen Menschen mit emotionalen und Verhaltensstörungen sowie mit Behinderungen anzubieten. Eine heilpädagogische Spieltherapie richtet sich dann z.B. auf risikobelastete, verwahrloste, vernachlässigte, sprachgestörte Kinder, die über verbale Kommunikationen erst einmal nicht erreichbar sind. Kennzeichnend für alle Spieltherapien ist, dass sie eine Alternative zu anderen Kinder- und Jugendlichentherapien darstellen, bei denen vornehmlich verbal kommuniziert wird. Bei der Spieltherapie wird das natürlichste Ausdrucksmedium von Kindern, das Spiel, in einer Weise genutzt, dass unverarbeitete traumatische Erfahrungen, Ängste, erlebter Stress zum Ausdruck gebracht wird, ohne dass das Kind zum Sprechen gedrängt wird. Die in diesem Beitrag fokussierte personenzentrierte Spieltherapie wird mit ihren Grundlagen als ein Verfahren gekennzeichnet, dass die Potenziale des Kindes in einer liebevollen Atmosphäre auszuschöpfen sucht und dabei die Therapeutenvariablen der Echtheit (Unverfälschtheit, Transparenz), der Akzeptanz (Anteilnahme, Wertschätzung) und der Empathie (Einfühlung) zur Geltung bringt. Das Verfahren ist weiterhin durch die Therapieprinzipien von Virginia Axline und durch ein typisches Phasengeschehen zu kennzeichnen, das von Non-Personalität über Non-Direktivität und Klientenzentrierung bis zur Personenzentriertheit reicht. Die personenzentrierte Spieltherapie weist ein spezifisches Methodenrepertoire auf, das äußere Bedingungen von Raum und Zeit sowie inhaltliche Bedingungen der Materialausstattung, Beziehungsgestaltung und Spielsymbolik umfasst. Von besonderer Bedeutung ist die Auseinandersetzung mit Grenzsetzungen. Schließlich werden heilpädagogische Anwendungen der Spieltherapie vorgestellt. Da explizite Trainingsmöglichkeiten für praktisch tätige HeilpädagogInnen im personenzentrierten Spielen kaum vorhanden sind, wird am Schluss ein Angebot des BHP, die zertifizierte Weiterbildung Personenzentriertes Spiel, ausführlicher vorgestellt.

#### Warum spieltherapeutische Orientierungen einen festen Platz in der heilpädagogischen Praxis finden sollten

In diesem Beitrag werden spieltherapeutische Orientierungen in der Arbeit von HeilpädagogInnen aufgezeigt. 'Spiel-

therapeutische Orientierungen' bedeutet dabei, dass die Heilpädagogik auf Erkenntnisse und Methoden der Spieltherapie zurückgreift, ohne dass die heilpädagogische Arbeit selbst zur Spieltherapie i.e.S. wird. Spieltherapeutische Orientierungen heißt dann, dass die heilpädagogische Arbeit in

besonderer Weise spieltherapeutisch akzentuiert und angereichert wird, so dass sich auch von einer „Heilpädagogischen Spieltherapie“ sprechen ließe.

Es gibt gute Gründe dafür, solche Akzente in die Heilpädagogik einzubringen. Bekanntlich umfasst die praktische Heilpädagogik ein weites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten, das sich von Wohnheimen und Wohngruppen für behinderte Menschen, Sonder- und Integrationskindergärten, über Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren, heilpädagogische Tagesstätten, über Erziehungs- und Familienberatungsstellen bis hin zu Einrichtungen der Jugendhilfe, heilpädagogischen Praxen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstreckt. Dieses breit gefächerte Angebot der Heilpädagogik richtet sich an Menschen, deren Bedarf an Erziehung, Bildung, Förderung, Therapie, Pflege, Begleitung, Hilfe, Betreuung und Assistenz aufgrund von Störungen der Körperfunktionen bzw. -strukturen und in Abhängigkeit von Lebenskontexten erhöht ist und deren gesellschaftliche Teilhabe erschwert ist.

Die entsprechenden heilpädagogischen Tätigkeiten sind jedoch nur adäquat umzusetzen, wenn fachliche Kompetenzen vorliegen, mit denen man den komplexen Anforderungen aller Altersgruppen begegnen kann. Dazu zählen z.B. Einfühlungsvermögen und soziale Fertigkeiten, psychische Belastbarkeit und das Aushalten-Können der Balance zwischen persönlichem Mit-Fühlen und professioneller Distanz, was erst die Handlungsfähigkeit ermöglicht.

Besteht die Zielgruppe aus jüngeren Menschen, zentriert sich die Tätigkeit auf Modifikation von Gefühls- und Verhaltensstörungen, sozialen Anpassungsschwierigkeiten und -problemen oder geistigen, körperlichen und sprachlichen Behinderungen von Kindern und Jugendlichen. Die Heilpädagogik leistet dabei Hilfen zur Erziehung bei jungen Menschen mit emotionalen und Verhaltensstörungen sowie mit Behinderungen. Um diese Hilfen anwenden zu können, sollten so unterschiedliche Verfahren wie Wahrnehmungsförderung, sensorische Integration, Rhythmik, Psychomotorik, Kunst- und Musiktherapie, Rollenspiel und Psychodrama, verhaltenstherapeutische Verfahren, Methoden der Gesprächsführung und

Beratung sowie Systemtherapien angewandt werden, die auch in das Ausbildungscurriculum neuzeitlicher Heilpädagogik-Ausbildungen gehören.

Aber auch die Spieltherapie sollte zumindest als spieltherapeutische Orientierung oder auch als sog. Heilpädagogische Spieltherapie ihren festen Platz in der heilpädagogischen Praxis haben; sie ist zwar in manchen Ausbildungsgängen einiger Fach(hoch)schulen vorhanden, hat jedoch ein eher stiefmütterliches Dasein im heilpädagogischen Alltagsgeschäft.

Dabei lassen sich gute Gründe dafür finden, warum gerade eine spieltherapeutische Orientierung in diesen Rahmen eingebracht werden sollte. Wenn z.B. die Zielgruppe unserer Bemühungen risikobelastete, verwahrloste, vernachlässigte, sprachgestörte Kinder sind, dann kommen auf uns Anforderungen zu, sich diesen Kindern in nicht offensiver Weise zu nähern, mit ihnen einen vertrauensvollen Kontakt anzubahnen, mit ihnen zu kommunizieren, sie bei der Ausfaltung ihrer oft kaum sichtbaren Potenziale zu unterstützen und ihnen über Krisen und Traumata, denen sie in ihrem noch jungen Leben ausgesetzt waren und möglicherweise noch sind, hinweg zu helfen. Manchen unserer kindlichen Klienten ist der Zugang über die Sprache verwehrt, weil sie das Sprachmedium aus unterschiedlichen Gründen zum Ausdruck noch nicht verwenden können oder weil unaussprechliche Ereignisse den Mund verschließen. An dieser Stelle setzen die Möglichkeiten ein, die das kindliche Spiel innerhalb einer spieltherapeutischen Orientierung zu bieten hat. Deshalb sollen diese Möglichkeiten im Weiteren näher erläutert werden.

## Spieltherapeutische Grundlagen

Spieltherapie ist fachlich betrachtet eigentlich ein unspezifischer Begriff, der eine Reihe unterschiedlicher therapeutischer Zugänge umfasst. Kennzeichnend für alle Spieltherapien ist, dass sie eine Alternative zu anderen Kinder- und Jugendlichentherapien darstellen, bei denen vornehmlich verbal kommuniziert wird. Bei der Spieltherapie wird das natürlichste Ausdrucksmedium von Kindern, das Spiel, in einer Weise genutzt, dass unverarbeitungste traumatische Erfahrungen,

Ängste, erlebter Stress zum Ausdruck gebracht wird, ohne dass das Kind zum Sprechen gedrängt wird.

Spieltherapien werden nach unterschiedlichen theoretischen Orientierungen durchgeführt. Dabei sind psychoanalytische, gestalttherapeutische, kognitiv-behavioristische, entwicklungsbezogene und schließlich klientenzentriert-personenzentrierte Spieltherapien vorherrschend.

Ich bevorzuge aus mehreren Gründen den klientenzentrierten, personenzentrierten Ansatz in der Nachfolge von Carl Rogers, der historisch aus psychoanalytischen Spieltherapien hervorgegangen ist. Um den personenzentrierten Ansatz plastisch werden zu lassen, seien psychoanalytische Spielverfahren knapp gekennzeichnet.

In den psychoanalytischen Spieltherapien kommt es darauf an, die unbewusste Dynamik der kindlichen Spielaktivität auf dem Hintergrund Freudschen Denkens mit Hilfe verbaler Therapeutenkommentare zu interpretieren. Der Therapeut versucht also, das kindliche Verhalten durch eigene Erklärungen zu interpretieren. Im Spiel des Kindes könnten z.B. Abwehrmechanismen sichtbar werden oder auch starke Affekte wie Wut, die sich gegen bestimmte Spielmaterialien oder den Therapeuten richten kann, welche dann in für das Kind verständlichen Worten interpretiert werden. Das Ziel solcher Interpretationen ist es, unbewusste Gedanken und Gefühle bewusst zu machen. Die Interpretationen richten sich auf strukturelle Aspekte (Gebrauch von Raum, Zeit und Materialien), entwicklungsbezogene Aspekte (Umgang mit Spielmaterialien, Koordination, Phantasieeinsatz, Sprachgebrauch), inhaltsbezogene Aspekte (Konflikte - wenn ein Kind z. B. eine Spielpuppe häufiger schlägt) und materialbezogene Aspekte (Auswahl der Spielmaterialien).

Die personenzentrierte Spieltherapie hat nicht das Freudsche Persönlichkeitsmodell zur Grundlage, weshalb es auch weniger auf die Aufdeckung unbewusster Motivationen ankommt. Sie basiert auf einem phänomenologischen Ansatz, wie er von Carl Rogers und Abraham Maslow grundgelegt worden ist. Das Kind wird als ein Wesen angesehen, das motiviert ist, zur Selbstaktualisierung zu finden. Um das eigene Potenzial auszuschöpfen, wird

dem Kind eine Atmosphäre angeboten, in der es innerhalb eines bestimmten Rahmens eigenen Aktivitätsimpulsen nachgehen kann, die seine Bedürfnisse und Wünsche reflektieren. Deshalb ist es nicht die Aufgabe, zu instruieren und zu dirigieren, sondern lediglich auf die Wegweisung durch das Kind einzugehen, seine Gefühle zu reflektieren und bewusst bei ihm zu sein.

In der Therapie realisiert eine professionell trainierte Person in einer helfenden Beziehung diese drei therapeutischen Grundhaltungen:

- Echtheit, Unverfälschtheit, Transparenz als „enge(r) Entsprechung oder Kongruenz zwischen dem körperlichen Erleben, den Bewußtseinsinhalten und den Mitteilungen an den Klienten“ durch den Helfer (Rogers, 1978, S. 20);
- Akzeptieren, Anteilnahme, Wertschätzung des Kindes;
- empathisches, einführendes Verstehen des Kindes, d.h. dass die helfende Person die Gefühle und persönlichen Bedeutungsgehalte, die von dem Kind im Spiel erfahren werden, genau spürt und dieses Verständnis dem Kind gegenüber auf verbale, paraverbale oder aktionale Weise kommuniziert.

Diese drei Grundhaltungen sind durch weitere Kompetenzen zu ergänzen, wie die Bereitschaft zum Mitspielen, die Herstellung eines kindangemessenen Angebotes in Form von Spielmaterialien, das Sich-Einbringen des Helfers in das Spiel des Kindes und weitere, auf das Kind zugeschnittene Hilfen. Das Spieltherapiekonzept geht von der Annahme aus, dass es bei hinreichender, kontrollierter Verwirklichung dieser Haltungen und Kompetenzen der helfenden Person zu Erlebens- und Verhaltensänderungen des kindlichen Klienten kommen wird.

## Prozesse der personenzentrierten Spieltherapie

Der Weg einer Spieltherapie führt über die folgenden vier Stufen:

- *Non-personales Stadium.* Im non-personalen Stadium ist die Beziehung zwischen den Beteiligten (noch) unpersönlich, distanziert. Gefühlsmäßige Vorgänge können (noch) nicht sensitiv aufgenommen und verarbeitet

werden. Es gibt jedoch eine starke Motivation, dieses non-personale Stadium baldmöglichst zu verlassen.

• **Non-direktives Stadium.** Hier bekommt der Klient das Gefühl für die eigenen Möglichkeiten in einer Atmosphäre der Freiheitlichkeit, die durch den Helfer geschaffen wird. Dieses non-direktive Stadium ist von einer Rogers-Schülerin, Virginia Axline (1972, S. 73ff) beschrieben worden. Axline führte in ihrer Veröffentlichung die folgenden Therapieprinzipien an:

1. Zur Gestaltung der Beziehung: „Der Therapeut muß eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt.“
2. Die vollständige Annahme des Kindes: „Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist.“
3. Zum Herstellen eines Klimas des Gewährenlassens: „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. Zum Erkennen und Reflektieren von Gefühlen: „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. Zur Achtung vor dem Kind: „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. Zur Wegweisung durch das Kind: „Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm.“
7. Zur Nicht-Beschleunigung: „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. Zum Wert von Begrenzungen: „Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klarzumachen.“

Dieses non-direktive Stadium stellt die Basis für jede personenzentrierte Spieltherapie dar. Das Kind kann unter freiheitlichen Bedingungen die Spielumgebung und die Person der Helferperson explorieren, die Helferperson wiederum lernt Stärken und Schwächen des Kindes während des Beziehungsaufbaus kennen. Im Mittelpunkt steht eindeutig die Erlebnis- und Erfahrungswelt des Kindes, nicht dagegen die diagnostische oder technische Detailplanung.

• **Klientenzentriertes Stadium.** Dieses Stadium lässt sich zunächst dadurch kennzeichnen, dass die Beteiligten sich kennen gelernt und eine tragfähige Beziehung aufgebaut haben. Der Helfer kann nun Erlebnisinhalte bzw. persönliche Schwierigkeiten des Kindes intensiver nachfühlen; er versteht also besser, was im Kind vorgeht; er hat eine differenzierte Wahrnehmung für die Vorgänge im Kind ausgebildet und kann entsprechend feinfühlig darauf reagieren. Das Verhältnis ist belastbar, d.h. vorsichtigere Versprachlichungen des non-direktiven Stadiums der Hier-und-Jetzt-Spielsituation können um metakommunikative, mitunter auch konfrontative Kommunikationen ergänzt werden. In die Interventionen gehen nicht nur Hier-und-Jetzt-Situationen (wie im non-direktiven Stadium) ein; der Therapeut wird auch auf vergangene oder künftig zu erwartende Vorgänge Bezug nehmen, so dass die Zeitperspektive für das Kind erweitert wird. Im klientenzentrierten Stadium kann diagnostisches Wissen, das zuvor gezielt noch nicht einbezogen wurde (um eine originäre Beziehung nicht zu verfälschen), nun genutzt werden; diagnostische Fakten können zum Beispiel das Verständnis für den Helfer erleichtern, sich bestimmte Schwierigkeiten des Kindes zu vergegenwärtigen (zum Beispiel familienpathologische Fakten). Klientenzentriert wird dieses Stadium hinsichtlich der Interventionen auch deshalb genannt, weil ausreichend abgeklärt ist, in welchen Bereichen für das Kind weitere Hilfen eingebracht sind. Schmidtchen (1974) hat einen Versuch unternommen, die entsprechenden Hilfen auf drei Ebenen zu systematisieren, und zwar auf der *kognitiven*

Ebene (das Problemlösungsverhalten betreffend), auf der *emotionalen* Ebene (zur Steigerung und Ausdifferenzierung der Erlebnisfähigkeit, der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit, der Selbst- und Fremdwertgefühle, des Selbstbehauptungsverhaltens und zum Abbau von Minderwertigkeitsgefühlen) und auf der *aktionalen* Ebene (Einbezug von Strategien der Verhaltensmodifikation).

• **Personenzentriertes Stadium.** Die Prozesse und Interventionen des klientenzentrierten Stadiums führen schließlich in ein letztes, das personenzentrierte Stadium. Im personenzentrierten Stadium wachsen die Spielpartner noch enger in ihrer Beziehung zusammen, so dass geradezu von einem partnerschaftlichen Verhältnis gesprochen werden kann (s. dazu Rogers, 1978). Partnerschaftlichkeit bedeutet dabei keineswegs die Nicht-Wahrnehmung von realen Unterschieden zwischen Personen unterschiedlichen Lebensalters; auf dieser Basis einer voll belastungsfähigen Beziehung werden gezielte Generalisierungen möglich. Das personenzentrierte Stadium bedeutet zugleich das Therapieende, das mit geeigneten Mitteln in die Wege geleitet wird (s. dazu Goetze, 2002).

Zusammenfassend lässt sich das Konzept so beschreiben, dass eine personenbezogene Beziehung aufgebaut werden soll, die durch Partnerschaftlichkeit, gegenseitige Achtung, soziale Reversibilität im Sprechen und Handeln, wechselseitige Hilfe und Anteilnahme, Offenheit und Aufrichtigkeit gekennzeichnet ist. Damit es zu einer personenzentrierten Beziehung kommen kann, werden in aller Regel bestimmte Prozesse durchlaufen. Diese Prozesse laufen darauf hinaus, dass das Kind zunächst einmal einen Freiraum bewusst erfährt, den es nach eigenen Wünschen, also auch mit seinen Verhaltensstörungen, ausfüllen kann. Ich halte es für wichtig, dass während dieser Anfangsphase der Therapeut sich selbst zurücknimmt - etwa in der Weise, wie von Axline (1972) vorgeschlagen - und von sich selbst noch wenig einbringt. Er sollte seine ganze gefühlsmäßige Anteilnahme und Aufmerksamkeit auf das Kind richten, um es so kennen zu lernen, wie es sich

momentan fühlt. Wir verzichten noch auf die Kenntnisnahme diagnostischer Eingangsdaten, weil diese allzu leicht als Etiketten die eigene Wahrnehmung des Therapeuten verfälschen könnten. Diagnostische Informationen sollten erst dann einbezogen werden, wenn sich eine relativ gefestigte Beziehung ergeben hat und Diagnosedaten helfen können, das Kind mit seinen Stärken und Schwächen besonders innerhalb solcher Bereiche besser kennen zu lernen, die während einer Spieltherapie weniger zum Tragen kommen. Die klientenzentrierte Phase ist dann neben der Realisierung der drei Kernvariablen noch dadurch gekennzeichnet, dass gezielte konstruktiv-konkrete Hilfen angeboten werden können, wenn das Kind damit einverstanden ist (z.B. Desensibilisierungs- oder Interaktionsübungen in entsprechenden Situationen). Das personenzentrierte Stadium ist schließlich ein Stadium der Festigung und Generalisierung von Therapieerfahrungen des Kindes. Im Mittelpunkt der Spieltherapie steht jedoch das kindliche Spiel mit all seinen Facetten und therapeutischen Möglichkeiten. Die Aspekte kindlichen Spielens gehen unmittelbar in das spieltherapeutische Geschehen ein und sind insbesondere bei der Methodik zu berücksichtigen.

## Methoden

Um therapeutische Prozesse auf den Weg zu bringen und um sich den Therapiezielen anzunähern, wird ein definierbares *Methodenrepertoire* realisiert, das sich auf so unterschiedliche Aspekte wie die äußerliche Gestaltung und Ausstattung, die sprachlichen Kompetenzen des Helfers und den gezielten Einsatz spieltherapeutischer Materialien und Medien bezieht.

Das methodische Vorgehen in der personenzentrierten Spieltherapie bezieht sich auf die Herstellung der *physikalischen Voraussetzungen* der Räumlichkeit (mit ausgewiesenen Merkmalen und ausgesuchten Spielmitteln) und die *Strukturierung der Sitzungen* (die Platzierung der Spielsitzungen, Therapie-dauer, Vertraulichkeit der Mitteilungen des Kindes, Video- und Tonaufzeichnungen, mitgebrachte Spielsachen, Protokollierung der Sitzungen, Beendigung der Spieltherapie und Therapeutenwechsel betreffend).

Der Spielraum sollte so gestaltet sein, dass Verletzungsgefahren praktisch ausgeschaltet sind. Dies bezieht sich natürlich auch auf die bereit gestellten Spielmaterialien.

Wenn keine Einwegscheibe vorhanden ist, sollte eine Ecke des Spielzimmers zu Beobachtungszwecken abgeteilt sein. Im Ganzen sollte das Spielzimmer eine Wohnatmosphäre ausstrahlen.

Vor Therapiebeginn wird man Information über das Kind einholen, um mögliche Gegenindikationen auszuschließen. Die Erstsitzung dient dazu, das Kind mit den Zielen der Spieltherapie und mit der Räumlichkeit vertraut zu machen. Besonderes Gewicht wird auf die Vertraulichkeit der vom Kind gegebenen Informationen gelegt, wobei Ausnahmen von der Regel der Vertraulichkeit dem Kind gegenüber geäußert werden.

Zur Methodik gehören Lösungen von Problemen, die vor und während der *Erstsitzung* anzugehen sind (z.B. Probleme mit schweigsamen Kindern, Einführung von Ritualen, Gestaltung des Sitzungsabschlusses). Zentrale Aufmerksamkeit wird im Methodenkonzept den *Therapeutenkompetenzen* zugewiesen (wie Echtheit und Selbstkongruenz, positive Wertschätzung und emotionale Wärme, einführendes/nicht-wertendes Verstehen, aber auch die Veränderung therapeutischer Reflexionen während des Therapieprozesses während der non-direktiven, klientenzentrierten und personenzentrierten Phase).

Last but not least gehören zum Methodenkonzept der Spieltherapie die bereit gestellten und spontan oder geplant genutzten *Medien und Materialien*. Die Materialien lassen sich fünf Kategorien zuordnen: familienbezogen, aggressionsbezogen, ausdrucksbezogen, mehrzweckbezogen, sozialbezogen. Es wird also eine große Variationsbreite an Spielsachen eingebracht, allerdings bleiben elektronische Spielsachen ausgeschlossen, denn es kommt auf den kreativen Ausdruck von Gefühlen an. Weiterhin gibt es die sog. *kreativen Medien* (Zeichnen und Malen, Finger-malen, Ton und Knete, Puppen in unterschiedlichen Formen, Einsatz des Sandkastens, das Spielen mit Wasser im Spielzimmer), aber auch die typischen *Gesellschaftsspiele, Konstruktions- und Kommunikationsspiele*, schließlich

*Rollenspiele* und *psychodramatische Aufführungen*. Im klientenzentrierten Stadium können noch andere Methoden eingesetzt werden wie Metapher-geschichten und Entspannungsübungen.

Das methodische Konzept der personenzentrierten Spieltherapie stellt sich damit als ungeheuer vielfältig und reichhaltig dar. Ausstattungsbezogen hat es sich allerdings als sinnvoll erwiesen, das Materialangebot konstant und überschaubar zu halten.

Typischerweise nimmt die Auseinandersetzung mit *Grenzsetzungen* im Methodenkonzept der Spieltherapie einen breiten Raum ein. Die Personenzentriertheit des Ansatzes bringt es mit sich, dass eine Spannung einerseits zwischen Permissivität und andererseits Eingriffen in bestimmten Situationen entsteht. Grenzen zu setzen bedeutet nicht, dass das Kind als Person nicht akzeptiert würde. Alle Gedanken und Gefühle dürfen auf symbolische Art zum Ausdruck gebracht werden, wie zum Beispiel Wut, Hass, Ekel, Abscheu. Der Gefühlsausdruck darf sich jedoch nicht in verletzenden Verhaltensäußerungen zeigen, wie z. B. Angriffen auf Personen. Wann Grenzsetzungen angezeigt sind, zeigt diese Aufstellung:

- absolute Grenzen (gesundheitliche Gefährdungen anderer Personen oder der eigenen Person),
  - klinische Grenzen (auf den Fall bezogen)
  - praktische Grenzen (auf die Ordnung und die Reinhaltung des Spielzimmers bezogen),
  - persönliche Grenzen (über das Toleranzniveau des Therapeuten hinausgehende Verhaltensweisen des Kindes),
  - soziale Standards (zum Beispiel in das Spielzimmer urinieren).
- Zu beachten sind diese Aspekte beim Grenzsetzen:
- Begründungen (Sicherheit gewährleisten, Erlernen von Selbstkontrolle, Konsistenz gewährleisten, Sachbeschädigungen vorbeugen),
  - Umsetzungen (Unterlassen von autoritären Verhaltensweisen, sprachliche Formulierung und Verhaltensregeln, Zeitpunkt der Verbalisierung, Durchsetzbarkeit, Benennung klarer, nicht diffuser Grenzen, Bearbeitungsschritte bei Grenzverletzungen sowie mögliche körperliche Eingriffe zur Durchsetzung absoluter Grenzen).

Sich mit Grenzen auseinander zu setzen, sollte für jeden Therapeuten willkommen sein, denn Grenzüberschreitungsversuche von Kindern zeigen ihre Wachstumstendenzen an. Aber auch die Eltern bestehen darauf, dass bestimmte Grenzen innerhalb der Therapie eingehalten werden, denn sie möchten nach der Spielsitzung nicht mit ausagierendem Verhalten der Kinder konfrontiert werden. Es gibt bestimmte Richtlinien, wie mit Grenzen umgegangen werden soll: Sie sollten unmittelbar angewandt und konsistent umgesetzt werden. Sie sollten klar und spezifisch formuliert werden, sodass das Kind sie auch verstehen kann. Sie sollten in nicht strafender Weise formuliert sein, mit ruhiger, aber fester Stimme. Die Stimme des Therapeuten sollte also nie Ablehnung oder Aggression zum Ausdruck bringen. Stets sollte das Gefühl des Kindes am Anfang einer Verbalisierung stehen. Grenzen sollten in eher unpersönlicher Form formuliert werden, sodass das Kind sich nicht getadelt fühlt.

## Heilpädagogische Anwendungen

Die Skizzierung der spieltherapeutischen Grundlagen und Methoden macht offenbar, dass die heilpädagogische Praxis unmittelbar dafür unter der Voraussetzung empfänglich ist, dass das heilpädagogische Personal dafür auch trainiert ist. HeilpädagogInnen sind zwar keine trainierten Therapeuten, und sie sollten auch nicht vorgeben, welche zu sein, aber innerhalb ihres Arbeitsbereiches gibt es viele Gelegenheiten, in denen sie als therapeutische Agenten tätig werden können. Allerdings sollten sie bei tief greifenden psychischen Störungen das Kind an einen Therapeuten überweisen. HeilpädagogInnen sind bereits durch ihre Profession dazu verpflichtet, Kindern zu adaptiven Verhaltensweisen zu verhelfen, zum Beispiel im Kommunikationsbereich, beim Problemlösen, im sozialen Skill-Bereich. Wenn freie Spielstunden aufgesucht werden, können HeilpädagogInnen Kinder beobachten und von einer anderen Seite kennen lernen, welche Spielsachen Kinder nutzen, wie sie Spielkontexte aufbauen und wie sie beim Spielen mit anderen Kindern umgehen. Auf diese Weise kann es ihnen gelingen, eine normale

Entwicklung und Sozialisation auf den Weg zu bringen.

Da das Spiel nun einmal die natürliche Sprache von Kindern ist, können Spielsitzungen dazu verhelfen, Kommunikationsfähigkeiten zu steigern. Kinder, die Schwierigkeiten haben zu kommunizieren (z. B. wegen eines nicht deutschen Elternhauses), können mit Hilfe von Gruppenspielen dazu verleitet werden, mit anderen Kindern in einen kommunikativen Kontakt zu treten und dabei auch die Sprache einzusetzen. Kinder, die neben verminderten Kommunikationsskills emotionale Schwierigkeiten haben, die zurückgezogen und ängstlich sind, können durch das personenzentrierte Spiel lernen, mehr aus sich herauszugehen und - im Falle der Gruppenarbeit - dem Gruppenprozess wie den anderen Kindern zu vertrauen. In jeder Gruppenkonstellation gibt es Kinder, die für Andere als Modell wirksam werden können; so kann ein zurückgezogenes Kind positive Verhaltensmodelle bei anderen Kindern finden, die weniger scheu sind. Diese Verhaltensmodelle zeigen gewissermaßen, wie man im Spiel miteinander redet, wie man Gruppenregeln einhält und wie man aus sich herausgeht. Diese Erfahrungen werden dann auch auf andere Situationen außerhalb der Spielstunden übertragen. Der Vorzug von Kleingruppen-Spielaktivitäten ist, dass sie für scheue Kinder weniger Angst erregend sind. Es gibt keinen Druck, sich an Spielaktivitäten zu beteiligen, die Beteiligung ist freiwillig - wie auch in Einzelstunden.

Kinder mit Impulsivität lernen beim Spielen, wie man auf reflexive Art Probleme lösen kann. Dazu dienen insbesondere Brettspiele. Bevor man bei einem solchen Brettspiel einen Zug tut, muss man gut überlegen, welche Strategie man verfolgen möchte. Solche Spiele können noch durch Angebote des Erwachsenen unterstützt werden, die auf das Problemlösen gerichtet sind. Der Übergang von Brettspielen zu Kreisspielen und Erzählungen ist dabei fließend. Es können natürlich auch psychodramatische und rollenspielartige Szenarien aufgebaut werden, um soziale Probleme nachzustellen und einer Lösung zuzuführen.

HeilpädagogInnen können beim personenzentrierten Spiel viele technische

Anleihen machen. Sie können therapeutische Geschichten vorlesen, in denen Gefühlsthemen wie Traurigkeit, Ängstlichkeit, Scham oder Ärger thematisiert werden. Nachfolgende Aktivitäten würden von dem Erfahrenen Gebrauch machen und z. B. zu Zeichnungen oder Collagen anregen. Vielen Kindern gelingt es auf diese Art viel besser als mit Hilfe der Sprache, auch für sie schwierige Emotionen zum Ausdruck zu bringen. Puppenspiele und Rollenspiele können eine zusätzliche Hilfe sein, aber auch künstlerische Projekte, in die musikalische Aktivitäten eingehen können. Manche Lieder sind dazu geeignet, über bestimmte Inhalte zu sprechen und sich gleichzeitig beim Anhören zu entspannen. Manchmal kann es jedoch auch notwendig sein, das Kind für sich alleine spielen zu lassen und seine Gefühle erst einmal nicht zu reflektieren und den Selbstöffnungsprozess behutsam zu begleiten.

Leider bieten viele Praxisorte nicht den Luxus, den man sich für die Durchführung von heilpädagogischen Spieltherapien wünschen würde. Wenn man Spielaktivitäten in wenig spielfreundlichen Umgebungen durchführt, sollte man sich an folgende Gesichtspunkte halten:

- Zunächst sollten die Spielsitzungen strukturiert vorgenommen werden, damit sie sich nicht zu stark von den Verhaltensstandards, die sonst gelten, unterscheiden. Insbesondere müsste bereits am Anfang über die Grenzen des Spiels gesprochen werden. Diese Grenzen sind in Übereinstimmung mit den sonstigen Gepflogenheiten zu setzen, die den Kindern ja bekannt sind.
- Wenn ein Kind sich partout nicht an Grenzen halten kann, müsste es für kürzere Zeit vom Spiel ausgeschlossen werden, weil die Verletzungsgefahr zu groß ist.
- Spielaktivitäten sollten zum Teil des heilpädagogischen Alltags gemacht werden. Davon können viele Kinder profitieren.
- Wenn nicht anders möglich, muss keine besondere physische Umgebung geschaffen werden, vielmehr reicht eine Ecke als Spielareal in einem Raum aus.
- Das angebotene Spielmaterial muss altersentsprechend sein, bei jüngeren Kindern würde man andere Materia-

lien einsetzen als bei älteren, jeweils bezogen auf das kognitive, sprachliche und emotionale Entwicklungsalter.

- Mit der Zeit können alle möglichen Techniken eingesetzt werden, wie zum Beispiel Malen, Zeichnen, Rollenspiel, Metaphergeschichten, Puppenspiele, Verkleidungsspiele.

## Trainingsmöglichkeiten für HeilpädagogInnen

Nachdem die Grundlagen einer spieltherapeutischen Orientierung breiter dargestellt worden sind, wird die Frage auftauchen, wie sie in den heilpädagogischen Alltag einzubringen sind.

Oben war bereits davon die Rede, dass die Spieltherapie als spieltherapeutische Orientierung oder auch als sog. Heilpädagogische Spieltherapie ihren festen Platz in der heilpädagogischen Praxis haben sollte; manche jüngeren Absolventen von Fach- (hoch)schulen hatten das Glück, eine spieltherapeutische Handlungsbasis vermittelt bekommen zu haben, während sich andere gern entsprechende Kompetenzen aneignen würden, jedoch dazu kaum Gelegenheiten angeboten bekommen. Um diesen Bedürfnissen entgegen zu kommen, macht der BHP demnächst ein einschlägiges Angebot.

Die zertifizierte Weiterbildung Personenzentriertes Spiel vermittelt den Teilnehmenden fundierte theoretische Kenntnisse und führt über eigene praktische Erfahrungen zur Erweiterung der Handlungskompetenz und des heilpädagogischen Profils. Bestandteile der zertifizierten Weiterbildung sind Kenntnisvermittlung zum personenzentrierten Spiel, Anleitung zur Durchführung eigener personenzentrierter Spielstunden, Supervision, Elemente der Selbsterfahrung und Übungen zum Erwerb von Kompetenzen im Rahmen des personenzentrierten Spiels.

Die Kenntnisvermittlung wird die Aspekte einschließen, die oben angesprochen worden sind:

- Spielpsychologie und Spielpädagogik
- Grundlagen des Ansatzes von Carl Rogers
- Überblick über spieltherapeutische Ansätze verschiedener Schulen
- Das Konzept der Personenzentrierten Spieltherapie

- Äußere Rahmenbedingungen: Einrichtung des Spielzimmers und seine Ausstattung
- Gestaltung von Kontakt und Beziehung
- Verwendete Medien (u. a.: Puppenspiel, Rollenspiel, Sandkasten)
- Therapeutisch orientierte Reaktionen
- Das Setzen von Grenzen
- Protokollieren und Auswertungen von Spielsitzungen
- Arbeit mit und in Gruppen
- Anwendung des personenzentrierten Spielens bei ausgewählten Störungen
- Zusatztechniken und -methoden

Einen praktischen Schwerpunkt der Weiterbildung 'Personenzentriertes Spiel' soll die eigene Spielpraxis einnehmen. Deshalb werden sehr bald die Teilnehmenden eigene Spielstunden durchführen, die allerdings gründlich vorbereitet werden. Dabei werden alle Probleme besprochen, die der erfolgreichen Durchführung der Praxisversuche entgegen stehen könnten.

Abgeschlossen wird die Ausbildungseinheit mit der Vergabe eines Zertifikats im personenzentrierten Spielen, wobei die Inhalte der Ausbildung eingehen, wie z.B. Spielpsychologie und Spielpädagogik, das personenzentrierte Spieltherapiekonzept, Medien in der Spieltherapie, Grenzsetzen, Arbeit mit und in Gruppen.

## Abschlussgedanke

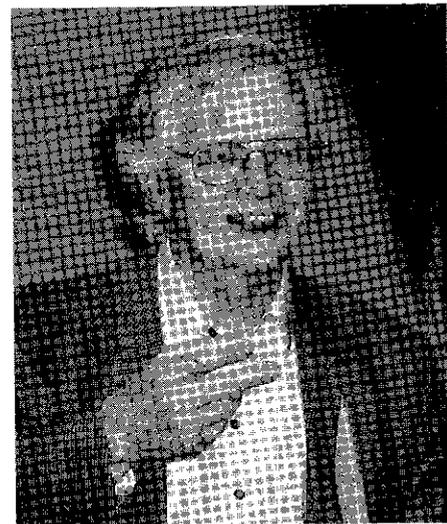
In diesem Beitrag sind die Möglichkeiten des personenzentrierten Spiels als heilpädagogische Spieltherapie gekennzeichnet worden. Dabei zeigte sich, dass das therapeutische Anliegen in weiten Bereichen deckungsgleich mit heilpädagogischen Aufgaben zu sehen ist. Deshalb ist es nahe liegend, diesen Ansatz vermehrt in die Aus- und Weiterbildung einzubringen. Der BHP schätzt sich glücklich, die interessierte Leserschaft über ein Angebot informieren zu können, das dieser Absicht entgegen kommt.

## Literatur

- Axline, V. (1972). Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt.
- Goetze, H. (2002). Handbuch der personenzentrierte Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.

Rogers, C. (1978). Die Kraft des Guten. München: Kindler.

Schmidtchen, S. (1974). Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim: Beltz.



Autor:

Prof. Dr. Herbert Goetze

hat ein Studium für das Lehramt an Grund-, Haupt- und Realschulen an der Universität Hamburg abgeschlossen, war längere Zeit Pädagoge, hat an den Universitäten Hamburg und Marburg Psychologie mit einem Abschluss als Diplom-Psychologe studiert; er war Wissenschaftlicher Assistent an den Hochschulen Reutlingen und Dortmund. Seit 1980 ist er Professor für Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Verhaltensgestörtenpädagogik an den Universitäten Hamburg, Kiel und - seit 1993 - Potsdam. Er war außerdem insgesamt drei Jahre an amerikanischen Universitäten tätig. Professor Goetze ist bereits 1974 mit einer Veröffentlichung zur nicht-direktiven Spieltherapie bekannt geworden und hat vor wenigen Jahren das viel beachtete 'Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie' verfasst, nachdem er jahrelang Risikokinder spieltherapeutisch begleitet hat. Gegenwärtig lehrt und forscht Prof. Goetze neben seinem Hauptarbeitsgebiet Sonderpädagogik auch über Spieltherapiethemen an der Universität Potsdam.

## Kontaktadresse:

Universität Potsdam  
Institut für Sonderpädagogik  
Postfach 60 15 53  
14415 Potsdam  
email: goetze@uni-potsdam.de