



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Wirkfaktoren in der Filialtherapie

Eine theoretische Abhandlung über Wirkgrößen in der CPRT

Verfasserin
Maria Farahnaz Faseli

Zur Erlangung des akademischen Grades
Magistra der Philosophie
(Mag. Phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

*Ich widme diese Arbeit
Shirin, Clemens und Nikolaus*

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer für die Betreuung meiner Arbeit und die wertvollen Denkanstöße danken. Sein Lehrangebot in Bezug auf die personenzentrierte Psychotherapie war für mich prägend, wodurch mir erst eine Themenentwicklung möglich wurde.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei Frau Elisabeth Mayrhofer, einer engagierten Lehrerin, für ihre Zusammenarbeit bedanken. Sie ermöglichte mir wesentliche Einblicke in die verschiedenen Persönlichkeiten von Kindern und deren Problemfelder im schulischen Umfeld zu gewinnen.

Mein Dank gilt auch Konstanze und Gerhard Reiner, zwei mir sehr nahe stehende Personen, die mir durch ihre künstlerische Zusammenarbeit mit Menschen mit verschiedenen Behinderungen und Auffälligkeiten ebenfalls wertvolle Einblicke in das Feld der humanistischen Psychologie eröffneten.

Frau Roswitha Fuchsbauer danke ich für die Diskussionen und Inputs zur Übersetzung englischer Originaltexte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Peter Meyer von der Universitätsbibliothek Wien sowie dem ganzen Mitarbeiterstab, der bei der Beschaffung von Büchern und Texten flexibel und effizient auf meine jeweiligen Bedürfnisse eingegangen ist.

Zuletzt möchte ich mich auch bei meinem Ehemann Nik bedanken, der mich stets ermuntert hat, meine Ziele nicht aus den Augen zu verlieren, und der mir als kritischer Diskussionspartner viele Stunden zur Seite gestanden ist.

Stilistische Anmerkung

Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die zusätzliche Erwähnung der weiblichen Form verzichtet. Es werden nur die männlichen Ausdrucksformen verwendet. Diese gelten sowohl für das weibliche als auch für das männliche Geschlecht.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	7
1. Einführung in die Problemstellung.....	9
1.1 Problemstellung.....	10
1.2 Fragestellung	12
1.3 Inhaltliche Vorgansweise	13
1.4 Methodisches Vorgehen	14
1.5 Stand der Forschung und Forschungslücke.....	15
2. Allgemeine Wirkfaktoren in der Therapie	18
2.1 Common Factors	19
2.1.1 Einflussvariablen der Common Factors	24
2.1.1.1 Klienten und außertherapeutische Faktoren	24
2.1.1.2 Therapeutische Beziehung/Allianz.....	25
2.1.1.3 Technik und Methoden.....	30
2.1.1.4 Faktoren des Therapeuten.....	31
2.1.1.5 Zusammenfassung	32
2.1.2 Die Manifestation der Common Factors durch Core Conditions.....	35
2.1.2.1 Core Conditions als Essenz der Beziehung.....	36
2.1.2.2 Die Objektivation der Common Factors durch Rogers Theorie.....	42
2.1.2.3 Zusammenfassung	50
2.2 Handlungsbezogener Nachweis (Practice-based Evidence).....	55
2.2.1 Definition von Feedback	55
2.2.2 Vorteile des Feedback in der Therapie	56
2.2.3 Zusammenfassung	57
3. Wirkfaktoren in der CPRT	59
3.1 Zur Weiterentwicklung der personenzentrierten Psychotherapie.....	59
3.2 Die Filialtherapie	61
3.3 Child Parent Relationship Therapy (CPRT).....	62
3.3.1 Struktur der CPRT	62
3.3.2 Ziel der CPRT.....	65
3.4 Fragestellung A: Relevanz der Core Conditions in der CPRT.....	67

3.4.1 Die Beziehungsebene Therapeut - Eltern	70
3.4.2 Ergebnisse zu Fragestellung A	77
3.4.3 Zusammenfassung	84
3.5 Fragestellung B: Die Rolle des emotionalen Wissens.....	85
3.5.1 Die Beziehungsebene Eltern-Kind	85
3.5.2 Das nicht-direktive Spiel	85
3.5.3 Ergebnisse zu Fragestellung B	88
3.5.4 Zusammenfassung	94
3.6. Fragestellung C: Andere Wirkfaktoren	95
3.6.1 Experiencing und Focusing	95
3.6.1.1 Experiencing.....	96
3.6.1.2 Focusing	98
3.6.2 Ergebnisse zu Fragestellung C	102
a) Experiencing and Focusing in der Filialtherapie.....	102
b) Handlungsbezogener Nachweis in der CPRT	105
3.7 Diskussion	109
4 Zusammenfassung und Ausblick.....	118
Literatur	121
Anhang	138

Einleitung

Verhaltensauffälligkeiten, Aggressionen oder sonstige problembehaftete pubertäre Entwicklungsverdichtungen im Kindes und Jugendalter stellen für Eltern eine große Herausforderung in der Erziehung dar. Heranwachsende mit psychischen Auffälligkeiten führen mit ihren Verhaltensweisen nicht nur zu umfangreichen Konflikten mit ihrer sozialen Umwelt. Symptome und psychische Konfliktlagen beeinträchtigen auch die eigene Entwicklung des Kindes und Jugendlichen.

Die Ursachen für Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter können multikausal begründet sein. Da das Kind nicht isoliert heranwächst sondern in verschiedenen sozialen Systemen eingebunden ist, unterliegt die Psyche des Kindes unterschiedlichen äußeren Einflussfaktoren, sodass auch Probleme in der Entwicklung des Kindes mannigfache Quellen aufweisen können.

In der Begegnung mit den psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter hat man Anfang des vorigen Jahrhunderts herausgefunden, dass Erwachsene mit dem Kind über das Spiel viel effektiver kommunizieren können als über die Sprache. Die frühen Ansätze zu einer späteren Spieltherapie, gehen auf die Arbeiten von Hermine Hug-Hellmuth (1921) zurück, die als erste die Bedeutung des Spiels für das Kind erkannte, trotzdem sie keinen therapeutischen Ansatz formulierte. Die erste Therapeutin, die 1919 das Spiel in der Praxis zur Analyse der Kinder einsetzte, war Melanie Klein. In ihrer Schrift von 1955, in der sie auf die Behandlung eines fünf jährigen Buben Bezug nimmt, schreibt sie: „The treatment was carried out in the child’ s home with his own toys. This analysis was the beginning of the psychoanalytic play technique, for Fritz expressed fantasies, anxieties, and defenses mainly by play ...” (Klein, 1955, 223). Das Spiel wäre für das Kind der effiziente Weg zum Unbewussten. Im psychoanalytischen Feld entwickelte auch Anna Freud (1927) eine eigene Theorie, mit der sie das Spiel in der Zusammenarbeit mit dem Kind zum Einsatz brachte. Eine entscheidende zweite Entwicklung erfuhr die Spieltherapie durch die Arbeiten von David Levy in den 1930er Jahren, der von einem analytischen Deuten und Interpretieren des Spiels Abstand nahm und sich während des Spiels jene Szenen reinszenierte, die beim Kind die spezifischen Symptome hervorgerufen hatten. (Landreth, 2002) In einem geschützten, sicheren Rahmen, hätte das Kind die Möglichkeit, die unverarbeiteten Gefühle durch das freie Spiel durchzuarbeiten und in seine Persönlichkeit zu integrieren.

Eine dritte Welle der spieltherapeutischen Entwicklung wurde von Jessie Taft (1933) und Frederick Allen (1934) initiiert. Ihr Ansatz der *Relationship Play Therapy* stellte die Beziehung zwischen Therapeut und dem Kind in den Mittelpunkt der Therapie. Ausgangspunkt ihrer Überlegung war, dass wenn sich die Beziehung am gegenwärtigen Erleben, im Hier und Jetzt orientiert, sich in der Folge ein wertvoller, therapeutisch effektiver Prozess bilden würde. Aufbauend auf den Prinzipien der Relationship Play Therapy entstand schließlich die vierte große Entwicklungsgeneration der Spieltherapie, die nicht-direktive Spieltherapie, geprägt durch Virginia Axline (1947). Die Kernphilosophie dieser psychotherapeutischen Richtung liegt darin, dass das Kind in der Lage ist, Verantwortung für sich zu übernehmen. Der Therapeut kann dem Kind durch Gewähren und Verstehen mitteilen, dass jedes Individuum selbst am besten weiß, was in seiner inneren Welt vorgeht. Verantwortungsvolle Freiheit wächst und entwickelt sich beim Individuum von innen heraus. (Axline, 2002) Doch ausgehend von der Überlegung, dass bei Entwicklungsstörungen bzw. Auffälligkeiten des Kindes die Wurzeln des Problems nicht beim Kind alleine liegen, sondern diese auch bei seinem sozialen Umfeld zu suchen sind – vornehmlich bei der engsten Bezugsperson, entstand die Idee zur Gründung der Filialtherapie. (Landreth & Bratton, 2006)

Als ein strukturiertes Behandlungsprogramm konzipiert wurde die Filialtherapie erstmals durch das Ehepaar Louise und Bernard Guerney (1964). Gestützt hat sich ihr Programm auf die Pionierarbeiten von Moustakas, Baruch sowie auf die Therapietechniken in der rogerianischen Tradition. (Guerney, 1964)

In Bezug auf die Entwicklung stellt die Filialtherapie die nächste Stufe zur Spieltherapie dar. Ihr Primärziel ist nicht nur die inneren Tendenzen bzw. Kräfte des Kindes zu aktivieren, damit es seine Probleme selbstverantwortlich überwinden kann. Vielmehr wird hier der Prozess der Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind in den Fokus genommen. Den Eltern bzw. den Bezugspersonen des Kindes sollen spezifische Kompetenzen und Einstellungen vermittelt werden, damit sich ihre Beziehung zum Kind verbessert. In dieser Beziehungstherapie wird von der Einsicht ausgegangen, dass eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung auf einer positiven, gut funktionierenden Beziehung zwischen dem Kind und der unmittelbaren Bezugsperson basiert.

Die Filialtherapie bzw. die Child Parent Relationship Therapy (CPRT) arbeitet mit spezifischen Techniken. Die Bezugspersonen in der Therapie erhalten eine Schulung, um mit dem Kind im Rahmen einer Spieltherapie als therapeutischer Agent (therapeutic agent)

zusammen arbeiten zu können. Der große Vorteil der CPRT besteht nicht nur darin, dem Kind zu helfen, seine emotionalen Probleme sowie Verhaltensauffälligkeiten abzubauen. Vielmehr besteht der neue Vorstoß der CPRT darin, die Eltern mit spezifischen zwischenmenschlichen Kompetenzen auszustatten, damit deren Einstellungen und Praktiken gegenüber ihren Kindern dauerhaft verändert werden. (Landreth & Bratton, 2006, Goetze & Grskovic, 2008) Auf diese Weise lernen die Eltern ihre Kinder besser verstehen. Sie erfahren, wie sie sich in das Seelenleben ihres Kindes hineinversetzen und die Heranwachsenden besser emotional fördern können. Obschon die Mutter lediglich ein zehnwöchiges Training in der Spieltherapie erhält, und folglich keine langwierige Ausbildung über mehrere Jahre auf sich nehmen muss, wie jene eines Spieltherapeuten, ist sie in der Lage die Symptome ihres Kindes abzubauen. Gelingt es der Mutter (als enge Bezugsperson) die Beziehung zwischen sich und dem Kind zu verbessern, werden im Kind konstruktive, selbstheilende Kräfte aktiviert. Die Eltern können künftig alleine mit Problemen in der Erziehung besser zu recht kommen. (VanFleet, 2005)

1. Einführung in die Problemstellung

Seit der Einführung der Filialtherapie können zahlreiche empirische Studien den Erfolg dieser Arbeitsmethode untermauern. Garry Landreth, der 1988 an der North Texas Universität das Zentrum für Spieltherapie ins Leben rief, ist in der Entwicklung der Filialtherapie federführend. Er ist es auch, der im Konzept der Filialtherapie die spezifische Form der „Child Parent Relationship Therapie“ (CPRT) entwickelte. Zur Erforschung der Effektivität seines Konzepts führte Landreth zahlreiche Studien mit den verschiedensten interfamiliären Problemlagen durch: Filialtherapie mit inhaftierten Vätern (Landreth & Lobaugh, 1998) und inhaftierten Müttern (Harris & Landreth, 1997), mit alleinstehenden Eltern (Bratton & Landreth, 1995), mit nicht übergreifenden Elternteilen von sexuell missbrauchten Kindern (Costas & Landreth, 1999), mit Eltern von chronisch kranken Kindern (Tew, Landreth, Joiner & Solt, 2002), und anderen mehr. Die Filialtherapie hat in der Zwischenzeit auch interkulturell Erfolge vorweisen können: mit chinesischen Eltern (Chau & Landreth, 1997), mit israelischen Eltern (Kidron, 2003), mit iranischen Eltern (Alivandi-Vafa & Khaidzir, 2010). Von Sweeney und Skurja existieren auch andere kulturübergreifende Studien (2001). Aus den Effektivitätsberichten geht hervor, dass nach der Therapie die nahen Bezugspersonen (in der Regel die Mutter oder der Vater) erhöhte Empathie und größeres Verständnis für die Bedürfnisse ihres Kindes zeigen, Eltern ihren Kindern mehr Achtung und Wertschätzung entgegen bringen, die Beziehung zwischen

Mutter/Vater-Kind sich wesentlich verbessert hat und dass die Symptome und das Problemverhalten des Kindes reduziert werden konnten. (Stover & Guernsey, 1967, Bratton & Landreth, 1995, Tew, Landreth & Joiner, 2002, VanFleet, 2005) Diese Ergebnisse sind konsistent mit den ursprünglichen Zielsetzungen der Filialtherapie.

Doch existieren Wirksamkeitsstudien, die darüber berichten, dass die konstruktive Persönlichkeitsänderung der Bezugspersonen nicht nur für die Beziehung zu ihren Kindern positive Konsequenzen hat. Aus der Studie von Wickstrom (2009) geht hervor, dass der Veränderungsprozess, der durch die Filialtherapie in den Bezugspersonen hervorgerufen wird, auch in der partnerschaftlichen Beziehung positive Effekte nach sich gezogen hatte sowie in der Beziehung zu Geschwistern und den übrigen Familienmitgliedern. Auch aus der Studie von Bavin-Hoffman, Jennings & Landreth (1996) geht hervor, dass die Bezugspersonen eine reifere Beziehung mit stärkerer persönlicher Integration außerhalb der Beziehung zum Kind aufbauen konnten. Bei den beteiligten Eltern findet also nicht nur eine Veränderung an der Oberfläche, sondern auch eine Veränderung in der Tiefe statt.

Wodurch wird aber diese Persönlichkeitsveränderung tatsächlich herbeigeführt? Ist die Persönlichkeitsveränderung der Bezugsperson ausschließlich auf Inhalt und Qualität der Schulungen und des Trainings zurückzuführen oder wirken da auch andere Faktoren mit?

1.1 Problemstellung

1957 veröffentlichte Rogers als Resultat seiner Arbeiten und Erfahrungen auf dem Gebiet der Therapie sein fertig ausgearbeitetes Konzept über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen zur Veränderung einer Persönlichkeit. Er formulierte sechs Bedingungen, die sowohl notwendig als auch hinreichend wären, um eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung herbei zu führen. Die festgehaltenen Bedingungen würden in jeder Situation zu einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung führen, unabhängig von der Diagnose oder von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen. Die klientenzentrierte Psychotherapie wäre eine Methode für alle Fälle. (Hutterer, 2005)

Im Rahmen der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen stellt er die Beziehung, also die Person und den dialogischen Prozess zwischen zwei Personen, ins Zentrum der therapeutischen Arbeit. Diese Beziehung ist durch bestimmte Haltungen des Therapeuten gekennzeichnet. Ein Klient würde eine therapeutische Situation umso hilfreicher wahrnehmen, wenn der Therapeut

- a) authentisch ist,
- b) sich anerkennend und wertschätzend gegenüber dem Klienten verhält sowie
- c) empathisch und einfühlsam gegenüber dem Klienten auftritt.

Diese drei Bedingungen fasst man in der Literatur unter Core Conditions zusammen. Sie stellen Common Factors dar – also allgemeine Faktoren, die den erfolgreichen therapeutischen Beziehungen gemeinsam sind. (Norcross, 2002)

In den neuesten Studien über die Wirksamkeit der Filialtherapie bzw. der CPRT wird der Prozess der Veränderung direkt mit Schulung und Training in Verbindung gebracht. Edwards, Sullivan, Meany-Wahlen und Kantor (2010), sowie Garza, Kinsworthy und Watts (2009) verwenden die CPRT Abkürzung in der Folge auch für Child Parent Relationship Training, um die Bedeutung des Trainings in der CPRT (Child Parent Relationship Therapy) hervorzuheben. Alivandi-Vafa und Ismail (2010) sprechen von einer psychologischen Schulung, um den Eltern spezifische Fertigkeiten beizubringen. Indem die nahen Bezugspersonen in basale spieltherapeutische Fertigkeiten eingeschult werden, kann die Eltern-Kind Beziehung verbessert werden, so Grskovic und Goetze (2008). Diese Aussagen legen die Annahme nahe, dass der Erfolg der Filialtherapie hauptsächlich auf die Schulung der Eltern zurückzuführen ist. Dass in der CPRT etwa der Einsatz von Core Conditions in der Beziehung zu den Eltern als ein entscheidender Erfolgsfaktor wesentlich wäre, wird in der hiesigen Literatur nicht erwähnt. Für den Leser hat es den Anschein, dass die Selbsterweiterung in der Bezugsperson linear mit den Schulungen, also rein mit technischen Daten, mit Informations- und Know-how Übermittlung zu verbinden wäre.

Da stellt sich die Frage, ob in den Settings, in denen die Eltern mit dem Therapeuten zusammenkommen, nicht auch die klientenzentrierten Basiselemente einer therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle spielen, damit in der Folge die Schulung als Technik erfolgreich durchgeführt werden kann. Wie ist die Beziehung zwischen den Eltern und dem Therapeuten in der Filialtherapie gestaltet und welche Rolle spielt sie für den Gesamterfolg der Filialtherapie? Sind die Schulungen und Trainings für die Eltern in der Begegnung mit ihrem Problemkind, die einzigen Wirkfaktoren in der CPRT?

Die Annahme dieser Hypothese wäre umso paradoxer, da Rogers an Hand von empirischen Studien einwandfrei beweisen konnte, dass individuelle Haltungen einer Person nicht mit Erklärungen und intellektuellen Interpretationen zu verändern seien. (Rogers, 1942) Es genügt nicht den Eltern zu erklären, ihrem Kind mehr Liebe und Aufmerksamkeit zu schenken oder ihrem Kind zu vertrauen und dieses so zu akzeptieren wie es ist. Dieser

Zugang zu menschlichen Problemen sei nicht effektiv, um seine Haltung konstruktiv zu verändern. Wie ist hier diese Widersprüchlichkeit aufzulösen? Oder ist in Wahrheit die Schulung, als eine Art Verhaltenstherapie, tatsächlich das Geheimnis des Erfolgs in der CPRT?

Außerdem ist es Ziel in dieser Arbeit, durch genaues Studium der empirischen Studien herauszufinden, ob für den Erfolg der CPRT über die vermuteten Core Conditions hinaus auch andere Faktoren Wirkung entfalten. Auch soll auf den Wirkfaktor Schulung hinsichtlich ihrer umfassenden Bedeutung für die Filialtherapie eingegangen werden.

1.2 Fragestellung

Die leitende Forschungsfrage in dieser Arbeit ist, welche Wirkfaktoren den Erfolg der Filialtherapie ausmachen. Zwecks einer systematischen und methodengeleiteten Analyse dieser Frage ist es notwendig, die leitende Forschungsfrage in drei Unterfragen zu gliedern:

a) **Inwieweit sind für die Transformation in der Filialtherapie neben den Schulungen auch Core Conditions als Common Factor notwendig, damit die Beziehung zwischen Mutter (als nahe Bezugsperson) und Kind verbessert werden kann?** Welche Rolle spielt die Therapeut-Mutter/Vater-Beziehung für die Veränderung der Persönlichkeit? Ist überhaupt eine Veränderung der Persönlichkeit seitens der Eltern notwendig, damit das Kind eine Verbesserung in seiner Auffälligkeit erfährt? Wie bedeutungsvoll ist die Rolle der Beziehung insbesondere im Vergleich zur Vermittlung von Wissen in der CPRT?

b) Rogers hatte einst festgehalten, dass wenn es um die Veränderung der elterlichen Haltungen geht, dem emotionalen Wissen eine wichtige Rolle zukommt. (Rogers, 1939) Meine zweite Fragestellung lautet daher: **Welche Rolle spielt das emotionale Wissen im Rahmen der Schulungen und Trainings, als einem Wirkfaktor in der CPRT?**

c) **Können auch andere Wirkfaktoren in der Filialtherapie identifiziert werden? Gibt es im Prozess der Therapie andere bisher unerkannte Phänomene bzw. Prozesse, die ebenfalls für den Erfolg der Therapie verantwortlich sind?**

Existieren in der CPRT unspezifische Faktoren, die neben dem spezifischen Faktor Schulung eingesetzt werden, um erfolgreich zu arbeiten? Gibt es zwecks einer Verbesserung des Klientenwohlbefindens, also neben den von den Therapeuten absichtsvoll eingesetzten Techniken, auch andere unbewusste, unbestimmte Faktoren oder Phänomene,

die in der therapeutischen Situation Wirksamkeit entfalten und den Erfolg einer Therapie mitbestimmen?

Das Hauptaugenmerk richtet sich in dieser Arbeit in erster Linie auf das Prozessgeschehen und nicht auf die Wirkung der CPRT, da letzteres mit zahlreichen empirischen Output-Studien bereits umfassend untermauert worden ist.

1.3 Inhaltliche Vorgangsweise

Bezugnehmend auf die erste Fragestellung, ob neben Schulungen und Training Core Conditions als Common Factor notwendig sind, damit die Beziehung zwischen Mutter (als nahe Bezugsperson) und Kind verbessert werden kann, wird zunächst der Begriff der Common Factors umfassend beleuchtet. Da die Core Conditions in dieser Arbeit als eine wesentliche Wirkgröße in der CPRT angesehen werden, wird es zudem notwendig sein, die sechs Bedingungen der Persönlichkeitsveränderung sowie die Theorien von Rogers, in denen diese Bedingungen ideengeschichtlich eingebettet sind, darzulegen. Die Core Conditions von Rogers werden im Gesamtkontext seiner humanistischen Weltanschauung beurteilt.

Beim Auslegen von Texten geht es um das philosophische Problem des Verstehens. Was hat Rogers mit seinen Thesen dem Leser sagen bzw. vermitteln wollen? Was ist das Innere des Geäußerten? Wörter werden nicht als leere Hülsen verwendet. Sie dienen als Mittel, um Bedeutungen und Intentionen Ausdruck zu verleihen. In der Regel bezieht sich ein Wort nicht nur auf einen Gegenstand, sondern auf eine ganze Gruppe oder eine ganze Klasse von Gegenständen. Damit stecken hinter Begriffen auch noch verborgene Informationen. Beim ersten Durchlesen eines Textes hat man nur wenige Sätze vom Anderen erhalten – oft zu wenige Sätze für eine vollständige Erfassung der fremden Gedanken. Hier gilt es sich in den Autor und in den Lebenszusammenhang hinein zu versetzen und zu verstehen, welche Intentionen mit den festgehaltenen Schriften bezweckt wurden. Erst durch die Verknüpfung von gegenwärtig wahrgenommenen Inhalten zum Vergangenen, können wir die Bedeutung seiner Theorie erkennen. Durch gedankliche Verknüpfungen von wahrgenommenen Manifestationen kann der Kern einer Aussage besser erfasst und auf diesem Wege der Sprachsinne hinter den Gedanken des Anderen aufgespürt werden. Die Hermeneutik, als eine systematische wissenschaftliche Methode, wird die Grundlegung dieser Arbeit sein.

Danach gehe ich auf die Filialtherapie ein, stelle die Grundbausteine bzw. die wesentlichen Elemente dieses Konstruktes dar. Ein Hauptaugenmerk wird auch auf die Schulung und

deren umfassende Bedeutung für CPRT gerichtet. In einem dritten Schritt soll überprüft werden, welche andere Wirkfaktoren für den Erfolg der CPRT, wie sie nach Landreth in Gruppen geführt wird, identifiziert werden können.

1.4 Methodisches Vorgehen

Der Erkenntnisprozess wird auf hermeneutischem Wege beschritten. Die Hermeneutik ist eine wissenschaftliche Methode, um zu einem allgemeinen Wissen der geistigen Welt zu gelangen. Doch um zu einem neuen Wissen zu gelangen, ist es notwendig das bestehende Wissen zu verstehen.

Das allgemeine Erkennen des Singulären, des Fremden, der „Objektivationen des Lebens“ (Dilthey, V 317f) erfolgt nicht durch die „historische Vernunft“, als vielmehr durch Erleben, Ausdruck und Verstehen im Verhältnis zu einander. (Dilthey, VII 131)

Das Verstehen ist im Erleben fundiert. Das Erleben ist seiner selbst gewiss (Dilthey, VII 26), daher ist es auch immer vergegenwärtigt. Das Verstehen ist auch ein Verstehen von Ausdruck (Dilthey, VII 205, 207 ff), sowohl im engeren Sinne, dass auch ein Zeichen eine Bedeutung hat, wie aber auch im weiteren Sinne, z.B. im Sinne einer Lebensäußerung. Die Analyse dieser Äußerungen sowie der inneren Erfahrung, im Sinne einer Zergliederung einer Gewissheit, können einen Verstehensprozess in die Wege leiten, womit sich für den Interpreten eine neue Welt eröffnet.

Das Wissen erschließt sich in der Geisteswissenschaft durch Lebenserfahrungen. Probleme, Fragen und Anforderungen des alltäglichen Lebens schaffen die Bezüge zu den Erfahrungen. Wenn es um die Begründung des Erkennens und Wissens geht, darf die Verknüpfung des Ganzen mit den Teilen nicht verloren gehen. So wie wir einen Text nur durch die Beziehung der Teile auf das Ganze, aber auch das Ganze in Beziehung auf die Teile erschließen, sind auch bei der Reflexion über die Forschungspraxis die notwendigen Beziehungszusammenhänge vorzunehmen.

Der Erkenntnisprozess hat jedoch auch seine Grenzen. Aus hermeneutischem Gesichtspunkt liegen die Bedingungen für ein Wissen und für die Wissenschaft primär im Subjekt selbst. Gegenstände der Außenwelt stellen nur Phänomene des Bewusstseins dar. Selbst bei einem hermeneutischen Verstehensprozess bleibt eine Individualität des Verständnisses erhalten, wodurch eine bedeutungsvolle Äußerung nie ganz und nie genau gleich verstanden werden kann. (Steger, 2007) Dieses Grundproblem zwischen dem

subjektiven Sinnzuschreiben und dem objektiven Erfassen eines vorgegebenen Sinns reflektiert sich in der hermeneutischen Differenz.

Dilthey glaubte, durch Einfühlung die hermeneutische Differenz überspringen zu können, um ein unmittelbares Verstehen zu ermöglichen. (Maraldo, 1974) Der Forscher sollte sich in den Sinnzusammenhang der Texte, in den Autor hineinversetzen. Auf diese Weise könnte er die vergangenen Erlebnisse in sich vergegenwärtigen. Doch führt uns Gadamer vor Augen, dass die Differenz zwischen dem Forscher und dem Urheber unaufhebbar ist. (Gadamer, 1990, GW I). „Wer einen Text verstehen will, ist, ... bereit sich von ihm etwas sagen zu lassen. Daher muss ein hermeneutisch geschultes Bewusstsein für die Andersheit des Textes von vornherein empfänglich sein.“ (Gadamer, 1990, GW I, 273f) Der Interpret muss der eigenen Voreingenommenheit bewusst sein, damit der Text mit seinen wahren Inhalten ersichtlich wird – Inhalte, die gegen die eigenen Vormeinungen abheben. Wie sehr sich der Interpret auch seiner Antizipationen (seiner Vormeinungen und Vorurteile) bewusst macht, niemals wird ihm allerdings eine vollkommene Neutralität gelingen. (Gander, 2007)

1.5 Stand der Forschung und Forschungslücke

Die Filialtherapie ist eine Weiterentwicklung der Spieltherapie. In der Literatur wird daher die theoretische Basis der Filialtherapie auf die Grundprinzipien von Axline zurückgeführt. (Landreth, 2002, Landreth, 2006, VanFleet, 2005, Goetze, 2009) Sowohl die Praktiker als auch die Wissenschaftler betonen stets, wie wichtig die Prinzipien von Axline für die Durchführung der Spieltherapie seien. Es ist aber zu beachten, dass die axlinischen Prinzipien als Hilfsmittel dienen, die Persönlichkeit des Kindes zu entwickeln. Primäres Ziel der Therapie ist es, eine sichere, geschützte Atmosphäre im Setting zu schaffen, damit das Kind Vertrauen fasst und ungezwungen und frei seine Gefühle und Gedanken ausleben und entdecken kann (Ryan & Wilson, 2005, Landreth, 2002). Dadurch können bislang blockierte Verhaltensmuster oder gefürchtete emotionale Beziehungen in einer sicheren Situation ausgelebt werden. Durch die verbesserte Mutter-Kind Beziehung bewirkt CPRT auch, dass das Kind eine neue Wahrnehmung von der Mutter gewinnt. Aufbauend auf dieser neuen Wahrnehmung wird es dem Kind erleichtert, seine Inkongruenzen zu überwinden.

Wie zu sehen ist, dient die Filialtherapie grundsätzlich dazu den Kindern zu helfen Inkongruenzen abzubauen und Gefühle besser zu integrieren. Der Weg hierzu ist, den Eltern bzw. den Bezugspersonen des Kindes spezifische Kompetenzen und Einstellungen zu vermitteln, damit sich die Mutter-Kind Beziehung verbessert. Diese wird dann intensiviert, wenn die Eltern (Landreth, 2002, 371)

- ihre Kinder besser verstehen und akzeptieren lernen,
- Sensitivität für die Gefühle ihrer Kinder entwickeln,
- Lernen, die Selbstverantwortung und die Eigenständigkeit des Kindes zu erhöhen,
- Einsicht in der Beziehung zwischen sich selbst und dem Kind gewinnen und die Wahrnehmung gegenüber ihrem Kind verändern.

In der Filialtherapie gewinnt nicht nur das Kind Einsicht, sondern auch die Bezugsperson. Auch die Bezugsperson erlangt in ihrer Persönlichkeit Wachstum. Sämtliche quantitative Wirksamkeitsstudien der Filialtherapie bestätigen, dass die Mütter empathischer auf das Verhalten ihrer Kinder reagieren. (Stover/Guerney, 1967, Bratton/Landreth, 1995, Sweeney/Skurja, 2001, Tew/Landreth/Joiner, 2002, VanFleet, 2005, Wickstrom, 2009, Alivandi-Vafa & Khaidzir, 2010) Doch außerhalb der Mutter-Kind Beziehung sind ebenfalls positive Beziehungsveränderungen zu konstatieren. Die Prozess-Studien von Wickstrom (2009), Bavin-Hoffmann, Jennings & Landreth (1996), sowie Edwards, Sullivan et al., 2010. belegen, dass die nahe Bezugsperson nicht nur ihrem Kind Wertschätzung und Achtung entgegenbringt, es tritt insgesamt bei der Bezugsperson eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung auf. Hier findet nicht nur eine Veränderung an der Oberfläche, sondern eine Veränderung in der Tiefe statt.

Aber erfolgt die Persönlichkeitsveränderung bei den Bezugspersonen lediglich durch pädagogische Vorträge und durch das Spiel mit dem Kind oder laufen in der Therapie auch andere Prozesse ab, die bisher in ihrer Bedeutung noch nicht in ausreichendem Maße hervorgehoben wurden? Was sind in der Filialtherapie die Bedingungen, unter denen bei der Bezugsperson eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung statt findet? Wodurch ereignet sich hier Veränderung? Rogers hat einst fest gehalten, dass die verbale Welt der Worte nicht ausreicht, um einem anderen mitzuteilen, worauf es in der interpersonellen Begegnung ankommt, damit eine wachstumsfördernde Beziehung zustande kommt. (Rogers, 1962). Es geht in der Arbeit auch darum, andere bestehende Phänomene in der Filialtherapie zu erkennen und zu verstehen. Dieser Verstehensprozess ist wichtig, denn es

geht hier auch um wissenschaftliche Vorhersehbarkeit und um verbesserte Kontrolle von Ereignissen. Auf diese Weise erfahren wir, dass bestimmte Inputelemente notwendig sind, damit ein spezifischer Output erreicht werden kann.

Die bestehenden Prozess-Studien (Edwards et al., 2010, Wickstrom, 2009, Winek et al., 2003, Bavin-Hoffmann, Jennings, & Landreth, 1996) geben auf diese Fragen keine Antwort.

Diese Arbeit stellt eine theoretische Abhandlung über die Wirkgrößen im Prozess der Filialtherapie dar und füllt eine Lücke in der hiesigen Literatur. Der Zugang über die Wirkfaktoren ist wichtig, um über die Zusammenhänge zwischen Einflussvariablen der therapeutischen Arbeit und dessen Ergebnisse hier Veränderungen und Effektivitätssteigerungen effizienter gestalten zu können.

2. Allgemeine Wirkfaktoren in der Therapie

Nach derzeitigem Erkenntnisstand wirkt die Psychotherapie. (Wampold, 2001, 2010) Nach den Verunsicherungen Anfang der 1950er Jahren hervorgebracht durch die erschütternde Schrift Eysencks (1952), der erstmals eine negative Bewertung der Psychotherapie lieferte und die Ineffektivität dieses Sektors anprangerte, folgten eine Reihe von empirischen Forschungsarbeiten. Den Forschern gelang die Rehabilitation: die Wirksamkeit und Effektivität der Psychotherapie war endgültig außer Frage gestellt. (Bergin, 1971, Lambert & Bergin, 1994, Smich, Glass, & Miller, 1980) Und obwohl heute die Therapie nicht mehr auf dem Prüfstand steht, ist man sich in der Forschung und Praxis nicht einig darüber, was denn tatsächlich den Erfolg einer Therapie ausmacht. Da zeigt etwa die Studie von Kraus, Castonguay, et al. (2011), dass bei 11-38 % der Fälle abhängig vom Behandlungspaket, nach Therapieende die Psyche des Patienten nicht nur unverändert ist – die Therapeuten haben beim Patienten sogar psychologisch mehr Schäden angerichtet (bei 20% der Patienten erhöhte sich die Selbstmordgefahr und bei durchschnittlich 38% der Patienten erhöhte sich die Gewaltbereitschaft). Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von schädigenden (harmful) Therapeuten. Was aber kennzeichnet einen erfolgreichen Therapeuten und wie kann die Psychotherapie grundsätzlich wirksamer gestaltet werden?

Einen Zugang zur Beantwortung dieser Fragen, die die Forschung schon lange beschäftigt, liefert unter anderem die Common Factors, die laut empirischen Ergebnissen einen wesentlichen Teil des Therapieerfolges ausmachen. Aber um welche Faktoren handelt es sich tatsächlich bei den Common Factors und wie kamen die Erfolgsvariablen der Common Factors in der Theorie zustande?

Ein Name, dem neben Saul Rosenzweig (1939), dem Gründervater dieses Begriffs, für die Common Factors Diskussion eine nicht zu unterschätzende Rolle zukommt ist, Carl Rogers. Duncan (2010) zufolge wurde Rogers von Rosenzweigs Schrift (1936) in seiner Forschung wesentlich beeinflusst.

Stellt die Schrift Rogers über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung vielleicht indirekt eine Antwort auf die Suche nach den Common Factors in der Therapie? Und inwieweit hatten reziprok die rogerianschen Theorien Einfluss auf die Common Factors Theorie? Diesen Fragen auf den Grund zu gehen, werden die Ziele des ersten Teils dieser Arbeit sein.

In den nachfolgenden Kapiteln erfolgt in einem ersten Schritt, die Definition der Common Factors. In einem zweiten Schritt folgt eine Diskussion über die inhaltlichen Überschneidungen zwischen den Common Factors und dem rogeriansichen Denkansatz. Dieser Weg ist notwendig, da für die Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen ein umfassendes Verständnis des Phänomens der Wirkfaktoren unabdingbar ist.

2.1 Common Factors

Unter Common Factors versteht man in der Psychotherapie allgemeine unspezifische Faktoren, die in jeder psychotherapeutischen Behandlung für den Erfolg der Therapie verantwortlich sind. Common Factors wirken ungeachtet der theoretischen Orientierung und stellen die Basis aller therapeutischen Behandlungen dar. (Rosenzweig, 1936)

Der Begriff wurde 1939 von Rosenzweig ins Leben gerufen. In seiner Schrift „Some implicit Common Factors in diverse methods of psychotherapy“ wies er auf die unspezifischen Faktoren in der psychotherapeutischen Arbeit hin und stellte fest, dass der therapeutische Erfolg kein verlässlicher Indikator für die Validität der Theorie wäre. Denn im therapeutischen Feld gäbe es keinen Verlierer, es gäbe nur Gewinner. Trotz unterschiedlicher theoretischer Fundierung der Therapierichtungen, so Rosenzweig, würden alle Therapien ähnliche Ergebnisse aufweisen. Daher gäbe es offenbar trotz der scheinbaren inhärenten Differenzen der jeweiligen Ansätze auch Gemeinsamkeiten – unspezifische allgemeine Faktoren, die vermutlich auf den Therapieerfolg einen größeren Einfluss ausüben, als die intentional eingesetzten spezifischen Methoden. Diese gewagte Feststellung wurde nicht sogleich von der Science Community zur Weiterentwicklung aufgegriffen, obgleich die Idee von gemeinsamen Wirkfaktoren den herrschenden Forschungsgeist nicht unbeeinflusst ließ.

Der erste Wissenschaftler, der nach Rosenzweig den Begriff der Common Factors aufgriff, war Heine (1953). Er brachte den Vorschlag, sich eher auf eine einzige Psychotherapiemethode zu einigen, die in jedem Fall hilft, als eine Vielfalt von Therapien zu entwickeln.

Garfield machte mit seinem Buch „Introductory Clinical Psychology“ (1957), in dem er eine 10 Seiten lange Diskussion über das Phänomen der Common Factors lieferte, den Begriff in der Science Community populär. (Duncan, 2010)

Luborsky, Singer & Luborsky (1975) waren die ersten, die eine Prüfung der Validität von Rosenzweigs' Aussagen in Angriff nahmen. Zu diesem Zweck führten sie eine Vergleichsstudie der Psychotherapien durch. Aus ihrem Artikel „Comparative Studies of Psychotherapies“ kam hervor, dass die Unterschiede in den Ergebnissen unter den verschiedenen Therapieschulen nicht signifikant waren. Gleichzeitig stellten sie fest, dass laut ihren Studien die helfende Beziehung des Therapeuten ein gemeinsames Element aller therapeutischer Schulen darstellt. Trotzdem betonten sie, würden sie nicht empfehlen, Patienten nach einem Zufallsverfahren einer Behandlungsmethode zuzuweisen. Zwar verdienten alle Therapieschulen einen Preis, weil sie alle erfolgreich arbeiteten (so der dodo bird verdict von Luborsky, den er vom Alice im Wunderland entlehnt hatte), doch von der Taktik, die Patienten wahllos einer bestimmten Therapierichtung zuzuweisen, wäre abzuraten.

Aber wie dann sollten Kliniker vorgehen?

Nach der umfassenden Studie von Luborsky, Sinder & Luborsky, die viele Fragen aufwarf, folgten zahlreiche andere vergleichende Studien, die ähnliche Ergebnisse lieferten. (Smith, Glass & Miller, 1980, Wampold, 2000, Lambert & Ogles, 2004) Letztendlich war der Dodo Bird Verdict empirisch bestätigt und nicht mehr widerrufbar. Auf die Frage, welche Therapieschule besser wäre, oder welche Common Factors allen Therapierichtungen gemeinsam waren, gab es immer noch keine eindeutigen Antworten. Man wusste, es passiert etwas Bedeutungsvolles im Therapieprozess, aber wissenschaftlich zu fassen war dieses Besondere nicht.

Doch mit dem aufkommenden Diskurs über Common Factors wurde allmählich eine Wende im therapeutisch-wissenschaftlichen Denken eingeleitet. (Frank, 1992) Verfolgten die Therapieschulen zunächst eifrig über Studien die Überlegenheit ihrer Methodik zu beweisen, wendete sich allmählich das Blatt zugunsten stärkerer Zusammenarbeit und Integration. Man erkannte, dass ambitionierte Diskussionen über die Vorteilhaftigkeit einer Methode sie in Wahrheit davon abhielt, gemeinsam für eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen zu arbeiten. Das Thema, das sie alle verband war: Common Factors – Faktoren, die laut Theorie zwar in jeder therapeutischen Behandlung vorhanden, jedoch empirisch nicht zu fassen waren.

Eine wichtige Studie, die zur weiteren Entwicklung des Common Factor Begriffs und seiner Bedeutungszuschreibung beitrug, war jene von Lambert (1992). Er teilte die therapeutischen Faktoren, die eine Veränderung am Behandlungsergebnis nach sich ziehen,

nach den Kategorien: extratherapeutische Faktoren (40%), Common Factors (30%), Technik (15%) sowie Erwartungen und Placebo (15%). In seinem Begriffsmodell bezog sich der Common Factor auf Beziehungsvariablen, wie Empathie, Wärme, Akzeptanz sowie Ermutigung zur Risikoübernahme.

Andere Studien ergaben wiederum, dass Kliniker mit zunehmender Erfahrung in ihrem Bereich dazu tendierten, sich weniger mit einem therapeutischen Ansatz zu identifizieren. (Garfield, 1994) Eher tendierten die Therapeuten unter den Klinikern dazu, sich aus den verschiedenen therapeutischen Ansätzen jene Elemente bzw. Faktoren für ihre Arbeit herauszuholen, die es ihnen ermöglichte die Behandlung bestmöglich auf die individuellen Klientenansprüche zu zuschneiden. Das Bild, das sich hier immer stärker abzeichnete war: Rosenzweigs Theorie darüber, dass die einzelnen therapeutischen Ideologien keine Bedeutung für den Erfolg der Therapie hätte, stimmte. Aber wonach sollte sich ein Patient orientieren, auf der Suche nach dem besten Weg zur Heilung seiner Psyche? Besessen von der Idee das Geheimnis der Common Factors endlich zu knacken, wurde die Diskussion über Wirkfaktoren in der Science Community ambitioniert fortgesetzt.

So konnte Wampold (2001) über Meta-Analysen festmachen, dass spezifische Effekte 8% der Variabilität (variance) des Behandlungsergebnisses ausmachen, allgemeine Effekte (Common Factors) 70% und unerklärbare Effekte 22%. Ahn und Wampold (2001) decken in ihrer Studie den Mythos der Spezifität bzw. Besonderheit im Sinne von speziellen Techniken oder Theorien endgültig auf und fanden heraus, dass die Common Factors neun Mal mehr an Variabilität in den Behandlungsergebnissen aufwiesen als spezifische Techniken oder Theorien. Der Anteil der spezifischen Ingredienzien am Therapieerfolg würden weniger als 1% ausmachen. Obgleich nun generell die Bedeutung von Modellen und Techniken oder spezieller Ingredienzien im Vergleich zum Common Factor Anteil auf ein Minimum reduziert war, vermochten die Wissenschaftler den Kern der allgemeinen unspezifischen Faktoren nicht zu fassen.

Dieses heterogene Bild über die Wirkfaktoren verdeutlicht einmal mehr die unspezifische Eigenheiten bzw. Besonderheit dieser Faktoren. Bei den Common Factors handelt es sich um einen Komplex von Faktoren, die so dynamisch aufeinander einwirken, dass keiner der Faktoren für sich alleine signifikant ist. Erst das Miteinander aller Faktoren in unterschiedlichen Effektgrößen macht die Essenz der Common Factors aus. Wie schwer der Kern der Common Factors zu fassen ist, kann auch der Bericht von Cremerius (2003) gut verdeutlichen. Er stellt fest, dass in der Therapie unerwartete Veränderungen auftauchen,

die vom Therapeuten nicht erklärt werden können. Etwa wenn in Therapien unverhofft Symptome verschwinden, ohne dass diese angesprochen, geschweige denn gezielt bearbeitet wurden. In der Therapie finden also noch seltsam wundersame Verwandlungen statt.

Wodurch wirkt die Psychotherapie tatsächlich?

Da nun feststeht, dass Forschungsergebnisse für sich keine Legitimierung für eine spezifische therapeutische Schule darstellen, schlagen Ahn und Wampold (2001) vor, sowohl in der Forschung als auch in der Praxis die Aufmerksamkeit von den empirically supported treatments (EST) – also von den Wirksamkeitsstudien der jeweiligen Theorieschule als Gradmesser – abzuwenden und sich stärker auf die gemeinsamen Wirkfaktoren zu konzentrieren. Auch schlagen sie vor, dass Patienten nicht nach dem Gesichtspunkt einer erfolgreichen Methode einem Therapeuten zugewiesen werden sollten als vielmehr nach dem Gesichtspunkt der individuellen Qualifikation eines Therapeuten. Es sollten unabhängig vom theoretischen Hintergrund nur noch jene Berater oder Therapeuten empfohlen werden, die die größten Erfolge in der Praxis für sich verbuchen könnten. Die Essenz der Psychotherapie ist nicht die Theorie. Sie bietet lediglich den Rahmen für die Umsetzung der therapeutischen Inhalte. Viel eher stellt sich die Frage, wie die Theorie vom einzelnen Therapeuten umgesetzt wird. (Castonguay, 2011)

Wampold (2010) vergleicht die Theorie mit einer Landkarte. Jeder Therapeut wird diese Landkarte anders anwenden, um zum Ziel zu gelangen. Daher gilt es für den Therapeuten nicht statisch eine spezifische Methode für alle Klienten anzuwenden, sondern je nach Spezifikation des Klienten, je nach vorhandenen inneren und äußeren Ressourcen, flexibel auf die Bedürfnisse zu reagieren. Der therapeutische Prozess gestaltet sich komplex und dynamisch. In diesem Sinne wären Common Factors keine spezifischen Inhalte oder Methoden als vielmehr unspezifische Faktoren, die den Erfolg der Therapie ausmachen. Trotz der Nichtspezifität der Common Factors tappen die Wissenschaftler heute nicht mehr im Dunkeln, wie einst 1936 als Rosenzweig den Begriff in die Wissenschaft einführte.

Bevor auf die einzelnen Elemente der Common Factors eingegangen werden kann, ist es für die weiteren Überlegungen notwendig, auf den schillernden Artikel von Rosenzweig einzugehen, um die Quintessenz seiner Aussagen herauszuarbeiten und sie umfassend zu verstehen.

Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy.

Saul Rosenzweig ist der Gründungsvater des Begriffes und der Idee des Common Factors. In seinem 1936 veröffentlichten Artikel „Some Implicit Common Factors in diverse Methods of Psychotherapy“, stellte er fest, dass der therapeutische Erfolg kein verlässlicher Indikator für die Validität der Theorie wäre. Denn trotz unterschiedlicher Therapieschulen, würden alle ähnliche Ergebnisse aufweisen. Es gäbe offenbar trotz der scheinbaren inhärenten Differenzen der jeweiligen Ansätze, auch Gemeinsamkeiten – unspezifische Faktoren, die vermutlich auf den Therapieerfolg einen größeren Einfluss ausüben, als die absichtsvoll eingesetzten spezifischen Methoden. (Grencavage & Norcross, 1990)

Die Persönlichkeit eines Individuums besteht, so Rosenzweig, aus einer unabhängigen Organisation verschiedener Faktoren, die dynamisch miteinander verbunden sind. Alle Faktoren der Organisation sind Teil eines ganzen. Ändert man auch nur einen Aspekt dieser Organisation, hat diese Veränderung für die Gesamtorganisation der Persönlichkeit eine signifikante Konsequenz, indem Sinne, dass eine Persönlichkeitsveränderung bereits statt findet. Wenn daher ein Therapeut aus einer spezifischen Schule den Klienten aus seiner theoretisch begründeten Perspektive aus behandelt, ist diese Perspektive ausreichend, wenn beim Klienten die Organisation der Persönlichkeit eine signifikante Veränderung erfährt und eine Heilung in Gang gesetzt wird. Aufgrund der Ganzheitlichkeit der Persönlichkeit würde eine signifikante Veränderung bei einer bestimmten Persönlichkeitsvariable, die gesamte Organisation der Persönlichkeit tangieren.

In seinen Überlegungen hinsichtlich den impliziten gemeinsamen Faktoren, stellte Rosenzweig fest, dass die Persönlichkeit des Therapeuten dem Common Factor sehr nahe kommt. Doch ist die Persönlichkeit eines Menschen weder messbar noch ist dessen Einfluss auf den Therapieerfolg zu spezifizieren. Aber die Kraft der Persönlichkeit des Therapeuten ist so machtvoll, dass diese Variable für sich ausreichen könnte, eine Heilung in Gang zu setzen.

Rosenzweigs Überlegungen hinsichtlich der Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten sowie die Annahme über gemeinsame Wirkfaktoren werden – wie wir später sehen werden – Rogers Forschungsarbeit nicht unberührt lassen. Ganz im Gegenteil: Wenn wir die Geschichte als Äußerung des Lebens sehen, dann erkennen wir, dass allem Wissen ein geschichtlicher Geist gewahrt ist. Welche Indizien diese Behauptung untermauern können, werden wir in einem späteren Kapitel näher erfahren.

2.1.1 Einflussvariablen der Common Factors

Seit dem bedeutenden Artikel von Rosenzweig ist viel empirische Forschung betrieben worden. Mit zunehmender Forschung nahm auch die Faszination um dieses schillernde Phänomen der Common Factors zu. Insbesondere im Hinblick auf den ökonomischen Druck, der quer durch alle wirtschaftlichen Sektoren – damit aber auch im psychotherapeutischen Sektor – zu spüren ist, liegt die Common Factor Diskussion im Puls der Zeit. Je näher man an die Common Factors herankommen kann, je besser die „Nichtspezifität“ spezifiziert werden kann, desto größer ist die Breitenwirkung der Common Factors, wodurch Effizienz und Effektivität insgesamt im therapeutischen Sektor gesteigert werden kann.

Hubble, Duncan, Miller und Wampold (2010) haben in ihrem Bemühen im Dschungel der Common Factors Literatur Klarheit und Orientierung zu verschaffen, sämtliche themenspezifische Forschungsergebnisse zusammengetragen und folgende Einflussvariablen extrahiert:

- Klienten und außertherapeutische Faktoren
- Therapeutische Beziehung/Allianz
- Technik und Methoden
- Faktoren, die den Therapeuten betreffen.

Nachfolgend werden die einzelnen Variablen zwecks besseren Verständnisses näher umrissen.

2.1.1.1 Klienten und außertherapeutische Faktoren

Diese Faktoren umfassen alle Variablen betreffend den Klienten, auch solche die unabhängig von der Behandlung eine Verbesserung herbeiführen. Klienten verfügen über interne und externe Ressourcen, wie soziales Netzwerk, sozioökonomischer Status sowie bedeutende Lebensereignisse. Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass ein Klient, der über genügend Motivation und andere äußere Ressourcen verfügt, in der Lage ist, die Therapie als Instrument der Veränderung wahrzunehmen und sich mit eigener Kraft zu verändern. (Tallman & Bohart, 1999, Clarkin & Levy, 2004, Wampold, 2010) Entwicklungskrisen, die durch Berufswechsel, Krankheit, finanzielle Verluste und vielem mehr verursacht werden können, lösen oft Depressionen und andere psychopathologische Krankheiten aus. Aber

vielen Betroffenen gelingt es diese belastenden Ereignisse und psychischen Krisen ohne therapeutische Hilfe, aus eigener Kraft zu überwinden. (Montada, 1998)

Hubble und Duncan (2010) postulieren, dass es in der Therapie wesentlich wäre, die Person dort abzuholen, wo sie sich gerade in ihrer Entwicklung und ihren Befindlichkeiten befindet. Wie sieht die Person sich selbst? Was will der Klient und welche äußeren Faktoren beeinflussen sein Leben? Im Mittelpunkt der Therapie stehen ausschließlich der Klient und seine Sichtweise – selbst wenn es um die Bewertung des Endergebnisses geht. Die Wahrnehmung des Klienten von der therapeutischen Beziehung ist für den Therapieerfolg wesentlicher, als die Wahrnehmung des Therapeuten. (Busseri & Tyler, 2004) Laut den Studien von Elliott et al. (2004) ist nur eine geringe Überschneidung zwischen den Sichtweisen des Therapeuten und jenen des Klienten hinsichtlich des Erfolgsgrades im Therapieprozess zu manifestieren. Es ist der Klient, der aus seiner Situation heraus, aus seiner subjektiven Sichtweise und Notwendigkeit heraus jene Elemente aus der Therapie für sich herausholt, die für positive Entwicklung und Veränderung notwendig sind. (Bohart, & Tallman, 2010) Frieswyk, Allen et al. (1986) heben hervor, dass der aktive Einsatz des Klienten, nämlich ob und in welchem Ausmaß dieser von der therapeutischen Behandlung Gebrauch macht, maßgebend für den Erfolg der Therapie ist.

Wie es ersichtlich wird, ist die Effektivität der Therapie zu einem großen Ausmaß von Variablen des Klienten abhängig.

2.1.1.2 Therapeutische Beziehung/Allianz

Im Kontext der Common Factors wird der therapeutischen Beziehung die größte Bedeutung beigemessen. (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2010, Norcross, 2002) Eine Definition von Beziehung zwischen Therapeut und Klient bezeichnet allgemein eine Interaktion zwischen zwei Personen basierend auf gegenseitigen Gefühlen und Einstellungen, wobei beim Therapeuten bestimmte Haltungen in der Beziehung notwendig sind, damit sich der Klient in den Prozess der Veränderung und des Wachstums begeben kann. Innerhalb einer therapeutischen Beziehung sind bestimmte Aspekte eines zwischenmenschlichen Beziehungsangebotes essentiell, damit eine wirksame Veränderung eintritt. (Rogers, 1962, Bergin, 1966) Erst spezifische Einstellungen und Gefühle des Therapeuten machen die Beziehung zu einer therapeutischen Beziehung, die Wachstum bewirken können.

Grencavage und Norcross (1990) untersuchten 50 Veröffentlichungen, um Gemeinsamkeiten hinsichtlich wahrgenommener Common Factors zu eruieren. Sie konnten bestätigen, dass 56% der untersuchten Autoren die therapeutische Beziehung als Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlung qualifizierten. Norcross (2010) formulierte die Rolle der therapeutischen Beziehung als die zentrale Schlüsselvariable für den Erfolg in der Therapie. Vertieft man sich in die Literatur, fällt auf, dass die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor in der Therapie mit dem Terminus der therapeutischen Allianz untrennbar gekoppelt wird. Nachfolgend sollen zwecks besserer Orientierung beide Termini kurz umrissen werden, da sie ideengeschichtlich auf unterschiedlichen Wegen entstanden sind und inhaltlich feine Differenzen aufweisen.

A) Die therapeutische Beziehung

Auf die existentielle Bedeutung der Beziehung weist uns erstmals Martin Buber hin. Buber sieht im Gespräch – dem dialogischen Verhältnis – das Medium der zwischenmenschlichen Beziehung (Buber, 1973) Nicht das Individuum steht am Anfang einer Beziehung, sondern die Beziehung von Ich und Du. Sie geht der Ich-werdung voraus. Die Ich-Du Beziehung ist eine existentielle Begegnung. (Buber, 1983) Rogers erkennt aufbauend auf Buber nicht nur die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung in der Therapie. Er geht noch einen Schritt weiter und begreift die Qualität und Beschaffenheit der Beziehung für entscheidend in der Begegnung mit dem Klienten. „... it is the quality of the personal relationship which matters most.” (Rogers, 1962, 416) Rogers ist der Erste, der das theoretische Konstrukt „Beziehung“ operationalisiert, eine Beziehung mittels spezifischer Einstellungshaltungen charakterisiert und dingfest macht. In der therapeutischen Welt leitete er damit eine Pionierarbeit. Er weist erstmals auf die Bedeutung der Beziehung in der therapeutischen Arbeit mit dem Klienten hin (Goldfried, 2005, 2007) und charakterisiert die therapeutische Beziehung, wodurch dem Therapeuten bzw. jedem der in einem zwischenmenschlichen Beziehungskontext hilfreich arbeiten möchte, eine Orientierung gegeben ist. (Elliott & Freire, 2007)

Entscheidend bei der Beziehungsgestaltung ist nicht nur welche Einstellung der Therapeut hat bzw. die Person, die hilfreiche Bedingungen zur Verfügung stellen möchte. Wesentlich ist vorwiegend, wie der Klient in der Beziehung all die Einstellungen erfährt. Die Art und Weise, wie der Klient eine therapeutische Situation erlebt, wie er den Therapeuten erlebt, entscheidet darüber, ob Reorganisation und Wachstum eintreten. (Rogers, 1951) In einer

Studie von Mahrer und Nadler (1986) über gute Momente in der Therapie kommt hervor, dass ein guter Moment im therapeutischen Prozess dann gegeben ist, wenn der Klient spürt, dass der Therapeut sich ehrlich um ihn sorgt, dass der Therapeut wahres Interesse in seine Probleme hat und, dass der Klient in den Therapeuten und damit auch in die therapeutische Arbeit Vertrauen fasst. Entscheidend ist also die subjektive Sichtweise, das subjektive Wohlbefinden des Klienten in der Situation.

Basierend auf neueste Forschungsergebnisse formuliert Norcross (2010) die praxisbezogenen Implikationen für eine gut funktionierende Beziehung wie folgt:

- a) In der Therapie dem Klienten zuhören. Der Therapeut kann den Klienten über seine Erfahrungen, seine Vorlieben und seine subjektiven Realitäten besser verstehen.
- b) Die Klientenerfahrung hat gegenüber der Erfahrung des Therapeuten ein größeres Gewicht. Der Klient weiß selbst besser, wie er sich am besten verändern kann.
- c) Die Klienten um ein Feedback hinsichtlich ihrer Bewertung der therapeutischen Beziehung bitten. Auf diese Weise stärkt der Therapeut die Position des Klienten, ermutigt ihn an der Kollaboration in der Therapie. Je nach Bewertung des Klienten, erhält der Therapeut die Möglichkeit, die Therapie besser auf die Klientenwünsche abzustimmen und das Behandlungsergebnis positiv zu beeinflussen.
- d) Abwertende oder herabsetzende Kommentare sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Besonders schwierige Patienten, die den Therapeuten verbal attackieren, provozieren negative Reaktionen, die der Therapeut nach Möglichkeit vermeiden sollte.
- e) Am Ende einer erfolgreichen Therapie den Klienten fragen, was ihm während der Therapie am hilfreichsten war.

In diesen Materialien zum Beziehungsangebot, tritt deutlich hervor, dass nunmehr dem Faktor Feedback, im Sinne einer stärkeren Involvierung der Subjektivität des Klienten, eine herausragende Rolle zugespielt wird. Welche Implikationen das Feedback für den Therapieerfolg bzw. für den Therapieprozess hat, zeigt sich in einem späteren Kapitel dieser Arbeit.

B) Die therapeutische Allianz

Eine neue Spielart der zwischenmenschlichen Beziehung stellt die therapeutische Allianz dar. Sie ist ebenfalls substantiell an der Effektivität der Therapie beteiligt. (Wampold, 2001, Norcross, 2001, Orlinsky/Ronnestad/Willutzki, 2004) Der Anteil der therapeutischen

Allianz an der Verbesserung des therapeutischen Ergebnisses ist laut wissenschaftlichen Studien 5 bis 7 Mal größer, als der Anteil der angewandten Technik oder Methode. (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2010) Meta-Analysen haben ergeben, dass die therapeutische Allianz für sich bereits eine Heilwirkung entfaltet, da Klienten durch eine zufriedenstellende Zielvereinbarung motiviert werden, in der Therapie aktiv mitzuwirken. (Martin, Garske & Davis, 2000) Die therapeutische Allianz wird unabhängig von der theoretischen Orientierung der Therapie als eine notwendige und ebenso wichtige Variable für eine erfolgreiche Therapie eingestuft.

Ihre Wurzeln hat das Konzept in der psychoanalytischen Theorie, in der das Arbeitsbündnis eine wichtige Rolle spielte. Eingeführt wurde der Begriff allerdings von Greenson (1967), der in der Kollaboration zwischen Klient und Therapeut den entscheidenden Erfolgsfaktor in der therapeutischen Arbeit sah. In der Praxis wurde nur dann mit Patienten therapeutisch gearbeitet, wenn ein zuverlässiges, tragfähiges Arbeitsbündnis mit dem Analytiker aufgestellt werden konnte. Der Klient musste in der Lage sein, rational und zielbewusst mit dem Analytiker zusammenzuarbeiten.

Eine zentrale expansive Entwicklungsphase erfuhr der Begriff der therapeutischen Allianz durch Rogers Theorie über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen einer Persönlichkeitsveränderung. (Samstag, 2007) Die erste Bedingung seiner These besagt, dass ein psychologischer Vertrag (psychological contract) existieren muss, damit eine Bewegung oder Veränderung beim Klienten herbeigeführt werden kann. Der Beginn einer Therapie ist von der Bereitschaft und Fähigkeit des Klienten abhängig, sich in eine therapeutische Beziehung einzulassen. Der Klient muss Zugang zu sich selbst haben und Bewertungen vornehmen können. D. h. er sollte während der therapeutischen Behandlung in der Lage und willens sein, über seine eigenen Gefühle, Wahrnehmungen und Handlungen, Reflektieren zu können. (Rogers, 1951, Watson & Greenberg, 1998) Ohne die Erfüllung dieser Vorbedingung könne keine therapeutische Beziehung aufgebaut werden.

In Praxis und Forschung hat die therapeutische Allianz in der Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses zunehmend an Bedeutung gewonnen, wobei sich hier der Begriff inhaltlich weiterentwickelt hat. (Bordin, 1979, Martin, Garske & Davis, 2000, Norcross, 2002, Horvath, 2006) Bordin extrahiert Ziele, Aufgaben, und die therapeutische Bindung als die wichtigsten Elemente der therapeutischen Allianz. Tryon und Winograd (2001) streichen die therapeutische Zielübereinstimmung und die Kollaboration als

pantheoretische Elemente der Therapie heraus. Ihre Relevanz gilt für alle Therapierichtungen, unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung.

Bei der Zielvereinbarung gilt es anzustrebende Veränderungseffekte gemeinsam zu formulieren und hierfür Methoden und Aufgaben zu entwerfen bzw. auszuverhandeln. (Bordin, 1979, Horvath & Symonds, 1991, Gaston, 1990, Frieswyk, Allen, Colson, Donald et al., 1986, Tryon & Winograd, 2001) Hierbei ist nicht nur die Sichtweise des Klienten von Bedeutung – auch der familiäre und soziokulturelle Kontext muss in die Zielplanung einfließen. (APA Presidential Task Force, 2006) Wenn Therapeut und Klient sich bereits am Beginn der Behandlung über ein Behandlungsziel einig werden, ruft dieser Erfolg im ersten Setting eine große Zufriedenheit bei den Klienten hervor. (Tryon & Winograd, 2001) Hoyt, Xenakis und Marmar (1983, in Tryon & Winograd, 2001) konnten in ihrer Studie beweisen, dass Klienten gute therapeutische Stunden mit Diskussionen über Ziele und Erwartungen in Verbindung brachten.

Eine weitere Betonung der Zielvereinbarung liegt in der Verhandlungskapazität beider Partner, einen angemessenen Vertrag hinsichtlich Dauer und Tiefe der gemeinsamen Arbeit zu konzipieren. (Horvath & Symonds, 1991)

Die gemeinsame Zielvereinbarung trägt sehr stark auch kollaborative Elemente in sich. Indem man gemeinsam über Ziele und Erwartungen diskutiert, wird der Klient motiviert aktiv und zielorientiert an den formulierten Aufgaben mitzuarbeiten. Hinsichtlich der Basisvariable Kollaboration bzw. partnerschaftliche Zusammenarbeit geht es um die Betonung, dass nicht nur der Therapeut arbeitet, sondern auch der Klient aktiv mitwirkt. Tryon und Winograd konnten laut ihren Studien feststellen, dass Klienten, die sich ihrer Rolle in der Therapie verpflichtet fühlten, am Ende der Therapie stärkere Symptomreduzierung konstatierten, als Klienten, die sich ihrer Rolle in der Therapie weniger verpflichtet fühlten.

Eine Möglichkeit die Kollaboration der Klienten effektiver zu fördern, wird in der Praxis darin gesehen, den Klienten Hausübungen zu geben. Eine Meta-Analyse von 27 Studien, die von Kazantzis, Deane und Ronan (2000) durchgeführt wurde, hat ergeben, dass sowohl die Übertragung von Hausübungen (homework assignment) als auch die Durchführung von Hausübungen (homework compliance) positiv mit den therapeutischen Ergebnissen korrelierten.

Resümierend kann hier festgehalten werden, dass Kernmerkmale der therapeutischen Allianz darin bestehen, Klienten zur Zielvereinbarungen und Aufgabenerfüllungen

einzuladen, um über die Kollaboration der Klienten diese stärker im Therapiegeschehen einzubinden. Der Erfolg der therapeutischen Zusammenarbeit zeigt sich unmittelbar in höheren Erfolgsraten der Therapie.

2.1.1.3 Technik und Methoden

Techniken und Methoden galten vor der Einführung von Rogers nicht-direktiver Psychotherapie im therapeutischen Geschehen als Hauptbestandteil einer erfolgreichen Behandlung. Eine differenzierte Diskussion darüber, ob die Technik oder die therapeutische Beziehung den größeren Einfluss auf die Behandlungsergebnisse hätte, wurde durch Rogers Aufsehen erregende Artikel von 1957 in Gang gesetzt. Darin hält er fest, dass für die Praxis der Psychotherapie, „...the techniques of the various therapies are relatively unimportant except to the extent that they serve as channels for fulfilling one of the conditions.“ (Rogers, 1957, 247) Erstmals wagte es ein Wissenschaftler nicht nur die Rolle der Technik in der Therapie zu hinterfragen, sondern auch dieser gegenüber der therapeutischen Beziehung als Instrument für die Heilung eine nachrangige Stellung einzuräumen. Diese neue Sichtweise hinsichtlich der Bedeutung der Technik in der Therapie, löste in der wissenschaftlichen Gemeinschaft eine rege Diskussion aus. (Rector, Zuroff & Segal, 1999, Norcross, 2001, Goldfried & Davila 2005, Goldfried, 2007, Schaffer, 1982) Die Einsicht aus den fruchtbaren Diskussionen war, dass sowohl die Beziehung als auch die Technik einen Einfluss auf das therapeutische Ergebnis hätten, und dass Beziehung und Technik synergetisch eng miteinander verbunden wären. (Goldfried, 2007, Hill, 2007) Techniken könnten je nach Eignung des Patienten bzw. je nach Symptom oder Problem auch als allgemeine Wirkfaktoren sehr hilfreich sein. (Asay & Lambert, 1999, Silberschatz, 2007).

Die jüngsten Ergebnisse jedoch zeigen, dass für den Heilungs- und Veränderungsprozess die Technik nicht maßgebend ist. Der Anteil der Behandlungsmethode (Anteil an spezifischen Techniken, wie z.B. freie Assoziation) an der Ergebnisvarianz macht laut empirischen Studien höchstens 1% aus. (Scheel, 2011) Hubble und Duncan et al. (2010) begreifen daher den technischen Anteil an der Therapie als nicht mehr denn einen Placebo Faktor.

Die Bedeutung der Technik in der Therapie wird hauptsächlich im psychologischen Bereich geortet. Denn der Einsatz von Techniken und Methoden wird eng mit Hoffnungen und Erwartungen auf eine Verbesserung der Konfliktlage in Verbindung gebracht. (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2010). Allein die Perspektive auf Hilfe bewirkt Veränderung.

So induzieren Techniken eine positive Erwartungshaltung der Klienten und helfen diesen aktiv an der Veränderung in der Therapie zu partizipieren.

Darüber hinaus ist eine Technik in dem Ausmaß als wertvoll und hilfreich einzuschätzen, als der Therapeut sich der Methodik verpflichtet und zugehörig fühlt. Im Sinne einer rituellen Ausübung, kann der Therapeut seine Arbeit überzeugender und effektiver umsetzen. (Wampold, 2010) Die Sicherheit und Glaubwürdigkeit des Therapeuten durch die Anwendung der Methoden eine positive Entwicklung herbeizuführen, beeinflusst das therapeutische Geschick. Insoweit wirken Techniken in einer Therapie dann am besten, wenn einerseits der Therapeut, überzeugt durch seine theoretische Ausbildung, an die Heilkräfte der Technik glaubt und andererseits auch der Klient von der Technik überzeugt, erwartungsvoll und engagiert mitwirkt.

Die Bedingung für eine erfolgreiche Durchsetzung einer Technik wird in einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient gesehen. (Lang, 2003, Lazarus, 2007, Watson, 2007, Brown & Jones, 2005) Norcross (2001) stellt in seiner Zusammenfassung der Ergebnisse des Task Force 29 fest, dass Methoden nicht von körperlosen Therapeuten für Patienten angeboten werden. Vielmehr werden sie innerhalb einer interpersonalen Beziehung von einer realen Person zu einer anderen realen Person kommuniziert. Der Therapeut ist der zentrale Veränderungsakteur (agent of change).

2.1.1.4 Faktoren des Therapeuten

Eine weitere Einflussvariable des Common Factors in der Therapie ist die Persönlichkeit des Therapeuten. Wie aus einer Studie von Wampold (2005) hervorgeht, ist der Anteil der Persönlichkeit des Therapeuten (8% -9%) an der Veränderung der Ergebnisse größer als der Anteil der Technik (0%-1%) oder der Anteil der Allianz (5%). Auf der Suche nach den bestimmenden Faktoren der Persönlichkeit wie etwa Alter, Geschlecht, professionelle Einstellung, theoretische Orientierung, Titel, und anderes mehr, wurde festgestellt, dass keine markanten oder spezifischen Merkmale für eine erfolgreiche Persönlichkeit festzumachen sind. (Beutler et al., 2004) Noch heute tapen die Forscher im Dunkeln, wenn es um die Frage geht, worin sich erfolgreiche von erfolglosen Therapeuten unterscheiden. Die Studien von Kraus et al. (2011) haben ergeben, dass sich bei 11-38 % der Patienten abhängig vom Behandlungspaket die Lage nach der Behandlung sogar verschlechtert (bei 20% der Patienten erhöhte sich die Selbstmordgefahr, und bei durchschnittlich 38% der Patienten erhöhte sich die Gewaltbereitschaft). Kraus,

Castonguay, Boswell, Nordberg et al. sprechen in diesem Zusammenhang von schädigenden („harmful“) Therapeuten, da die Therapie nicht nur erfolglos abgeschlossen wurde – die Therapeuten haben nach der Therapiebeendigung beim Patienten psychologisch sogar mehr Schäden angerichtet. In der Praxis existieren Therapeuten mit sehr unterschiedlichen Qualitäten. Es gibt Berater, die wesentlich erfolgreicher arbeiten als der durchschnittliche Therapeut. Bei den sehr erfolgreichen Therapeuten, konnte allerdings auch festgestellt werden, dass diese lediglich bei bestimmten Symptomen bzw. Diagnosen Erfolg hätten und nicht in allen Fällen. Also auch die erfolgreichen Therapeuten hätten ihre Erfolgsgrenzen im Therapiefeld. Wodurch aber die Unterschiede zwischen den erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapeuten begründet liegen, können sich die Forscher heute immer noch nicht erklären.

Einen praxisnahen Hinweis für die Erfolgsfaktoren der klinischen Experten (inkludiert neben Ärzten auch Therapeuten, Psychologen, Ernährungsexperten, u.a.m.) liefert die Studie von der APA Presidential Task Force (2006). Demnach ist das Expertentum der Kliniker dadurch gekennzeichnet, dass diese bedeutsame Muster erkennen und irrelevante Informationen nicht beachten, ihr Wissen in einer Art und Weise organisieren, die ein tiefes Verständnis von ihrem Fach ermöglicht, ihr Wissen und ihre Performance selbst kontrollieren, sich stets weiterbilden, flexibel sind und sich an neue Situationen gut anpassen können. Howard, Nance und Myers (1987, in Lazarus 2007), postulierten, dass ein flexibler Berater sich und seine stützenden Maßnahmen nach den idiosynkratischen Bedürfnissen jedes einzelnen Klienten richten sollte. Die Anpassungsfähigkeit an den jeweiligen Klienten, insbesondere an seine Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen, spielt in der Therapie eine Schlüsselrolle (Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001). Doch die Erfüllung dieser Forderung gestaltet sich insoweit schwierig, als sie mit technischem Know-how nicht zu meistern ist. (Rogers, 1957, Bergin, 1966) Es handelt sich hier um den Einsatz eines implizites Wissens, dessen wahre Sinngehalte im Wesentlichen durch Erfahrung, körperliches Erleben und Menschenkenntnis wirksam erfasst werden können. Daher bewegen sich Therapeuten in ihrer Arbeit, so Howard, Nance und Myers (1987, in Lazarus 2007), auf einem Terrain, in der Kunst und Wissenschaft eng aneinander grenzen.

2.1.1.5 Zusammenfassung

Die Common Factor Diskussion ergibt ein sehr differenziertes Panorama ab. Auf die Frage, welche allgemeinen Faktoren den Erfolg einer Therapie ausmachen, können vier große

Bereiche als wesentliche Einflussvariablen festgemacht werden: der Beziehungsfaktor, der Klientenfaktor/außertherapeutische Faktoren, der Therapeut sowie Techniken und Methoden. Als wichtigster Prädiktor für eine erfolgreiche Therapie gelten die therapeutische Beziehung und die therapeutische Allianz, letzteres insbesondere als ein Mittel um die Motivation der Klienten zu erhöhen. (Ryan, Lynch, Vansteenkiste & Deci, 2011, Scheel, 2011)

Auch Klientenfaktoren sowie außertherapeutische Faktoren üben einen erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg aus. Hinsichtlich des Therapeuten als allgemeine Wirkgröße konnte zwar empirisch festgestellt werden, dass diese Variable signifikant ist. Jedoch konnten keine spezifisch therapeutischen Merkmale identifiziert werden, die etwa eine Unterscheidung der guten von den schlechten Therapeuten zuließe.

Heute ist evident, dass der Einfluss des Therapeuten am Therapieerfolg bedeutend ist, aber die Charakteristika eines erfolgreichen Therapeuten bleiben unspezifisch und vage.

Mit der Auflösung der Mythologie über die heilende Kraft der Technik in der Therapie ist das Selbstverständnis einer deterministischen Heilung von außen endgültig zerstört. Es sprechen viele Studien dafür, dass diesen Faktoren keine signifikante Rolle im Veränderungsprozess der Therapie zukommt. Die Relevanz und Effektivität der Technik hängt wesentlich von den Erwartungen und der Offenheit der Patienten für die spezifische Technik ab. Daher können Techniken in jenen Fällen, in denen der Klient aufnahmebereit und empfänglich für die spezifische Methode ist, von beachtlicher Bedeutung sein. Aber als Common Factor entfalten sie keine erhebliche Wirkgröße. Der technische Anteil am Behandlungserfolg wird eher als Placebofaktor begriffen.

Wesentliche Schlussfolgerungen aus den Common Factor Diskussionen sind, dass es sich bei diesem Konstrukt um einen Komplex von Variablen handelt, die so dynamisch aufeinander einwirken, dass keiner der Faktoren für sich alleine signifikant ist. Erst eine adäquate Abstimmung und Zusammenwirkung aller Faktoren aufeinander, macht die Essenz der Common Factors aus.

Heute kann der Common Factor Ansatz als eine zentrale Schubkraft der integrativen Psychotherapiebewegung angesehen werden. Um den Zug zu einer integrativen Sicht in Forschung und Praxis zu erleichtern, schlägt Castonguay (2011) vor, das Problem um die allgemeinen unspezifischen Wirkfaktoren auf der erkenntnistheoretischen Ebene zu lösen. Ein gangbarer Weg wäre seiner Meinung nach, die Experten diverser erkenntnistheoretischer Orientierungen (logischer Positivismus, Hermeneutik,

Phänomenologie, etc.), quer und innerhalb der theoretischen Ansätze, zusammen kommen zu lassen, um gemeinsam den Meilenstein im Veränderungsprozess zu erreichen, im Sinne einer wissenschaftlichen Einsicht. Für eine derartige Vorgangsweise sind verschiedene Bewertungsblickpunkte, Perspektiven und Analysemethoden notwendig. Erst durch die Flexibilität der Wissenschaftler über ihre erkenntnistheoretischen Grenzen hinaus mit anderen erkenntnistheoretischen Systemen Kontakte knüpfen zu können, ermöglicht es der wissenschaftlichen Gemeinschaft in neue unentdeckte Bereiche vorzustoßen.

2.1.2 Die Manifestation der Common Factors durch Core Conditions

Der Artikel von Rosenzweig (1936), der erstmals auf die unspezifischen Faktoren in jedem therapeutischen Geschehen aufmerksam machte, inspirierte Rogers in seiner weiteren Forschungstätigkeit richtungsweisend. Bereits in seinem ersten Buch 1939, in dem es um die klinische Behandlung von Problemkindern ging, stellte er sich die Frage: „Regardless of their theoretical viewpoint, regardless of the professional person responsible, what do workers do to change the behavior of problem children?“ (Rogers, 1939, 13) Wie geht der Helfer unabhängig von seiner Profession und seiner theoretischen Schulung vor, wenn er einem auffälligen Kind helfen möchte? Kirschenbaum zufolge formulierte Rogers im Zusammenhang zu seiner Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern die folgende Frage: „What, if anything, do all these therapeutic approaches have in common?“ (Kirschenbaum, 1979, 96) Was haben diese therapeutischen Zugänge gemeinsam, wenn etwas da ist? Daraus kann geschlossen werden, dass Rogers von Rosenzweigs Annahmen in seiner Forschungstätigkeit beeinflusst wurde, wenngleich er auch in keiner seiner schriftlichen Dokumentationen den Begriff Common Factor heranzog.

In der wissenschaftlichen Gemeinschaft war Rogers ein wichtiger Dialogpartner. 1940 berichtete Watson über die Ergebnisse eines bedeutenden Treffens, in dem Übereinstimmungen betreffend verschiedener Psychotherapieansätze gefunden werden sollten. (Sollod, 1981) Die Teilnehmer, inklusive Alexandra Adler, Frederick Allen, Carl Rogers sowie Saul Rosenzweig hoben die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die Persönlichkeit und Charakter des Therapeuten, die Verantwortung des Klienten für die Entscheidung sowie die duale Bedeutung von Einsicht und Verhalten hervor. Es ist davon auszugehen, dass seine Arbeit von seinen Kollegen und wissenschaftlichen Mitarbeiter beeinflusst wurde. (Duncan, 2010)

Als Resultat weiterer Forschungstätigkeit veröffentlichte Rogers sein Buch Client-Centered Therapy (1951) und kehrte darin jene therapeutische Komponenten der Beziehung hervor, die unabhängig von der Art der therapeutischen Richtung existieren sollten. Wenn die Therapeuten die gleiche Zielvorstellung haben, würde man in diesem Fall „... zwischen erfahrenen Therapeuten, unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung, eine größere Übereinstimmung erwarten, als zwischen den erfahrenen Therapeuten und den Neulingen innerhalb der gleichen Denkrichtung, da ein Mehr an Erfahrung eigentlich auch mehr Einsicht in die Elemente der Beziehung mit sich bringen sollte.“ (Rogers, 2009, 62) Hier deutet Rogers auf eine spezifische Qualität einer therapeutischen Beziehung hin, die

unabhängig von der theoretischen Orientierung in jeder therapeutischen Arbeit existieren sollte. Sechs Jahre später manifestiert er unter dem Titel „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung“ (1957), jene Elemente, die einer psychotherapeutischen Veränderung zugrunde liegen. Diese Schrift hat die Common Factor Diskussion in der Psychotherapieforschung wohl am stärksten beeinflusst. (Samstag, 2007) Heute werden die Core Conditions, Empathie, unbedingte Wertschätzung und Authentizität, als Common Factor akzeptiert. (Norcross, 2002)

2.1.2.1 Core Conditions als Essenz der Beziehung

In einer Zeit, in der die Symptome und die Veränderung des problematischen Verhaltens im Fokus der Behandlung und der Therapie standen, war Rogers der erste, der die Vielschichtigkeit und die Vielfältigkeit des Individuums mit all ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten und Fähigkeiten in den Mittelpunkt seiner Forschungen stellte. In seinem Werk „The Clinical Treatment of the Problem Child“, ist folgende Bemerkung als eines der Indizien, die eine umwälzende Veränderung im Therapiefeld erahnen lässt, im ersten Kapitel zu lesen: „In this book we shall deal with the child, not with behavior symptoms.“ (Rogers, 1939, 3) Dieses Buch hat das Kind im Fokus und nicht seine Verhaltenssymptome. Gegenüber dieser humanistischen Sichtweise waren die Psychoanalyse sowie die Verhaltenstherapie symptom- bzw. problemorientiert. Während die Psychoanalyse die psychische Entwicklung des Individuums von seiner Vergangenheit abhängig machte, ließ die Verhaltenstherapie bei ihrer Arbeit die Psyche als innere undurchschaubare Vorgänge vollkommen außer Acht, um anhand von beobachtbaren Reiz-Reaktions-Phänomenen den Patienten zu erweiterten Handlungsebenen zu führen. Rogers vertraute in seiner beratenden und therapeutischen Arbeit dem Organismus des Individuums und der ihm innewohnenden Kraft, selbständig sein Verhalten zu verändern, mit dem Ziel zu wachsen. Sein Buch aus 1939 stellt einen wichtigen Vorläufer seiner Theorie über die nicht-directive Psychotherapie sowie seiner weiteren Schriften dar. Da schreibt er etwa, „A ... qualification of the effective therapist is a deep-seated respect for the child's integrity. If the child is to gain real help to grow in his own way toward goals of his own choice, the therapist must create a relationship where such growth can take place.“ (Rogers, 1939, 282) Wichtige Begriffe, die einige Jahre später die Bausteine seines revolutionären Buches (1942) darstellen, sind: eine Beziehung aufzubauen, mit dem Ziel, das Kind zur Autonomie und Wachstum zu verhelfen. Der effektive Therapeut empfindet in dieser Beziehung einen tiefen Respekt für den anderen.

Aufbauend auf diesen und den folgenden empirisch theoretischen Arbeiten, stellt sich Rogers schließlich die Frage: Ist es möglich, jene psychologischen Bedingungen herauszufiltern, die notwendig und hinreichend sind, um eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung herbei zu führen? Bzw. wie kann eine Beziehung hergestellt werden, die ein Mensch zu seiner eigenen Persönlichkeitsentfaltung benutzen kann? Eine Antwort auf diese Fragen, die er nach vielen Jahren praktischer und wissenschaftlicher Erfahrung, teils angeregt durch wertvolle Impulse seiner Mitarbeiter, lieferte er in seinem Artikel (1957), in der er die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen der Persönlichkeitsveränderung manifestierte.

Rogers zufolge sind für eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung die folgenden sechs Bedingungen notwendig, die über eine Zeitspanne bestehen bleiben sollten.

1 Zwei Personen sind im psychologischen Kontakt miteinander.

2 Eine Person (Klient) ist im Zustand der Inkongruenz. Sein Selbstbild ist generell verletzlich oder ängstlich.

3 Die andere Person (Therapeutin) ist mit sich selbst kongruent in der Beziehung zum Klienten.

4 Die Therapeutin empfindet unbedingte Wertschätzung für den Klienten.

5 Die Therapeutin kann den Klienten von dessen inneren Bezugsrahmen her empathisch verstehen und bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten zu vermitteln.

6 Die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung der Therapeutin an den Klienten gelingt in einem minimalen Ausmaß.

Von diesen sechs Elementen sind die Bedingungen 3, 4 und 5 als Core Conditions in der Diskussion um die allgemeinen Wirkfaktoren einer erfolgreichen therapeutischen Behandlung nicht mehr wegzudenken. (Norcross, 2002)

Im folgenden sollen die Core Conditions, also Kongruenz/Authentizität, Empathie und unbedingte Wertschätzung, näher erläutert werden.

A) Kongruenz/Authentizität

Eine Beziehung wird umso hilfreicher sein, je ehrlicher und echter der Therapeut sich in der Beziehung zum Klienten verhält, postuliert Rogers. Echtheit in der Therapie bedeutet für Rogers, dass der Therapeut während der Begegnung mit seinem Klienten sein wirkliches Selbst ist, ohne Fassade, ohne Maske. Der Therapeut ist sich seiner selbst Gewahr, d.h. er ist sich seiner Gefühle bewusst und ist in der Lage diese weiterzugeben. Seine Gefühle und Einstellungen lebt er offen in der Beziehung zum Klienten. „Being real involves the difficult task of being acquainted with the flow of experience going on within oneself, a flow marked especially by complexity and continuous change.“ (Rogers, 1962, 2) Real zu sein involviert, dass der Therapeut in einem Fluss der inneren Erfahrung schwingt, ein Fluss, der sich durch Komplexität und kontinuierliche Veränderung kennzeichnet. Bleibt die Person im Fluss, ist sie Selbst. Die Person bleibt stets sie selbst „was immer das Selbst in diesem Moment auch sein mag.“ (Rogers, 1991, 41)

Kongruenz ist eine innere Erfahrung, die sich bei der Person durch Selbst-Akzeptanz und Selbst-Wertschätzung einstellt. In der Folge entwickelt die Person die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung frei von Zensur. Er kann er selbst sein, ohne eine spezifische Rolle vorzuspielen. (Witty, 2007)

Real zu sein beinhaltet mit dem eigenen Erfahrungsfluss vertraut zu sein, einem Erfahrungsfluss, der insbesondere in schwierigen Situationen und wechselnden Verhältnissen bemerkbar wird. (Rogers, 1962) Der authentische Mensch hat stets einen lebendigen Bezug zu seiner inneren Kraft, die ihn in jeder Situation zu einer besseren Orientierung verhilft.

B) Akzeptierung/Wertschätzung

Das Postulat den Klienten in der therapeutischen Beziehung in seiner Gesamtheit als Person wertzuschätzen und bedingungslos zu akzeptieren ist bereits sehr alt und geht sogar auf eine Schrift (1939) von Rogers zurück, die vor der Begründung der nicht-direktiven Psychotherapie auf die Spuren der humanistischen Geisteshaltung Rogers führt. Bei dieser spezifischen Bedingung, geht Rogers davon aus, dass Wachstum und Veränderung beim Klienten dann auftreten werden, wenn der Therapeut eine warme positive Einstellung gegenüber jedem Aspekt des Klientenerlebens und gegenüber dem was der Klient denkt und fühlt, empfindet. Er glaubt an den Klienten in einer nicht besitzergreifenden Weise, mit dem Vertrauen auf einen zielgerichteten Fluss des Menschen zu einer komplexeren und

vollständigeren Entwicklung. Es bedeutet ein Sorgen um den Klienten, mit der emotionalen Zugewandtheit zum Patienten und Interesse für seine Gefühle und sein persönliches Erleben. Eine positive Beachtung bedeutet aber auch, dass der Therapeut den Klienten für wertvoll einschätzt, ungeachtet dessen wie sein Verhalten oder seine Gefühle sind. Eine unbedingte positive Beachtung schließt den Klienten als eine Gesamtheit ein wie er ist, ohne Bedingungen zu stellen, ohne den Anderen bewerten oder beurteilen zu wollen. Das bedeutet aber auch, dass der Therapeut über die bizzaren und abnormalen Gefühle der Klienten keine Ängste oder keinen Ärger verspürt, weil er das Empfinden und Erleben des Klienten akzeptiert und zu verstehen sucht. Akzeptieren für sich alleine bedeutet wenig, wenn es nicht gleichzeitig auch ein Verstehen impliziert. (Rogers, 1994) Je mehr ein Klient verstanden und akzeptiert wird, desto eher neigt dieser eine positive Richtung einzuschlagen.

C) Empathisches Verstehen

Empathisches Verstehen bedeutet, sich auf die innere Welt des anderen einführend einlassen zu können. Von den Core Conditions ist die Forderung nach dem empathischen Verstehen jene, die am schwierigsten zu erfüllen ist, insbesondere aus phänomenologischer Sicht. Wenn man davon ausgeht, dass jeder Mensch die Welt ganz individuell aus seiner eigenen Sicht apperzipiert, wie kann es gelingen die Realität aus den Augen des anderen zu sehen? Der erste Schritt zu diesem Unterfangen ist für den Therapeuten, sich dieser Tatsache in ihrer gesamten Tragweite bewusst zu werden. Erst durch diesen Bewusstwerdungsprozess entwickelt die Person eine Sensibilität für den inneren Bezugsrahmen des anderen. Diese Sensibilität, die auch eine emotionale Reife mit sich bringt, ist notwendig, um sich in jeder Phase der therapeutischen Beziehung auf die innere Welt des anderen einstellen zu können.

Rogers zufolge ist ein Therapeut dann empathisch, wenn er ein genaues einführendes Verstehen der Wahrnehmung des Klienten und seiner persönlichen Erfahrung empfindet. Die private Welt des Klienten zu spüren, als ob sie die eigene wäre, ohne jemals die „als ob“ Qualität zu verlieren – den Zorn, die Furcht oder Verwirrung des Klienten zu spüren, als ob sie seine eigene wären, ohne den eigenen Zorn, die eigene Furcht darin eingebunden zu haben – das ist Einfühlung und scheint wesentlich für eine hilfreiche Beziehung zu sein. Empathie bedeutet aber nicht Sympathie zu empfinden. Vielmehr geht es darum den

inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst genau so wahrzunehmen, wie der Klient selbst.

Wenn die Welt des Klienten für den Therapeuten klar ist, und er sich in ihr frei bewegen kann, dann ist er auch in der Lage, dem Klienten die Fragmente des Verstandenen zurück zu reflektieren. Oft sind dem Patienten Gefühle und Empfindungen nicht Gewahr, die er in der Situation empfindet. Wenn der Therapeut seine Sinneskanäle für diese unterschwellig Empfindungen und Gefühle des Patienten offen hat, erkennt er sie in seinen Bedeutungen und kann ihnen eine Stimme geben.

Rogers betont, dass das empathische Verstehen für den Therapeuten umso schwieriger ist, da dieser gegebenenfalls bereit sein muss, sich selbst zu verändern. Denn wenn der Helfer bereit ist, die Welt aus den Augen des Klienten zu sehen, impliziert diese Forderung, dass dieser auch bereit ist, die fremde Welt in die eigene Welt einzubetten. Daraus ergibt sich für den Therapeuten das Risiko, sich selbst einer Veränderung auszusetzen, ein Schritt, dem die Person intuitiv Widerstand leistet. (Rogers, 1962) Jede Neuorganisation ist schmerzlich. Aufgrund dieses impliziten Widerstandes gegenüber Veränderungen, tendieren Menschen grundsätzlich dazu, die Welt nur aus ihren eigenen Augen zu sehen, während die Welt des Anderen analysiert und bewertet, aber nicht verstanden wird. Wenn es dem Therapeuten gelingt, die Welt des Klienten in seine eigene Welt einfließen zu lassen, ohne dabei seine eigene Identität zu verlieren, mit dem Ziel, aus einer neuen Perspektive die Erfahrungen des Klienten zu verstehen, dann ist das ein besonderer Schritt. Erst durch diese Leistung des Therapeuten fühlt sich der Klient verstanden. Dadurch erhält der Klient die Möglichkeit zu wachsen.

D) Weiterführende Aspekte der Core Conditions

Damit die spezifischen Beziehungselemente ihre heilsame Kraft entfalten, muss, so Rogers, eine wesentliche Bedingung erfüllt sein. Die Grundeinstellungen des Therapeuten, also die Empathie, die unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz sind in der Weise zu vermitteln, dass sie vom Klienten in einem minimalen Ausmaß erfahren bzw. wahrgenommen werden. Sie müssen so kommuniziert werden, dass sie vom Gegenüber auch als solche erfahren werden. Eine reine objektiv messbare Existenz von Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz ist nicht ausreichend für den Prozess der Persönlichkeitsveränderung. Der Klient muss ein Klima der bedingungslosen Zuwendung, die warme Anteilnahme und die Authentizität des Therapeuten empfinden. Es

macht einen Unterschied, wie der Klient Einstellungen oder die Art des Vorgehens wahrnimmt. (Rogers, 1994) Denn für den Erfolg der Therapie ist die Wahrnehmung des Klienten bedeutender als die Wahrnehmung des Therapeuten. Erst wenn der Klient merkt, dass der Andere ihn versteht und akzeptiert, ihn trotz seiner Fehler und Schwächen schätzt, wird er es wagen, seine ängstlich gemiedenen Seiten in sich zu erforschen. Im Explorationsprozess beginnt er Aspekte seiner Selbst zu verstehen, die ihm Schmerz oder Unbehagen bereiten. Diese Freiheit, die eigene Autonomie zu fördern, hat der Klient subjektiv wahrzunehmen. Für die Entfaltung der therapeutischen Grundhaltung in der Beziehung stellt die subjektiv empfundene Explorationsfreiheit eine wichtige Voraussetzung dar.

Für den Therapeuten bedeutet diese Forderung auch, dass er stets sensibel für den Gefühlsfluss des Patienten ist. Besonders in dem Sinne, dass er im Stande ist zu erkennen, wie seine kommunizierten Einstellungen beim Patienten ankommen und welche Gefühle sie beim Patienten auslösen. (Rogers, 1958)

Diese Fähigkeit, einem anderen spezifische Inhalte und Gefühle vermitteln zu können, kann nicht durch technisches Know-how erfüllt werden. (Rogers, 1962, Moreira & Goncalves. 2010) Es sind menschliche Qualitäten – Qualitäten die die Person eher durch Erfahrung als durchs Studium erlangen kann. Es gilt, Sinn und Ordnung in subjektiven Erfahrungen, durch subjektives Erleben ausfindig zu machen.

In den nächsten Kapiteln wird der Frage nachgegangen, in wieweit die notwendigen und hinreichenden Bedingungen einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, die Common Factor Theorie beeinflusst haben.

2.1.2.2 Die Objektivierung der Common Factors durch Rogers Theorie

a) Klienten und außertherapeutische Faktoren

In der ersten Entwicklungsphase der Psychotherapie, vor der Einführung der rogeriansichen Theorie, wurden im Rahmen der Forschung und im Training stets Modelle und Techniken in den Vordergrund gestellt. Die Rolle des Klienten wurde vernachlässigt und als unbedeutend qualifiziert, zumal sie mit negativen Bildern assoziiert wurden. Klienten hielten das Versprechen in ihren Funktionen gestört, in ihrer Persönlichkeit instabil und beeinträchtigt zu sein. Folglich ging man auch von der Annahme aus, Klienten hätten keinen Einfluss auf den Therapieerfolg. Sie wären im therapeutischen Geschehen unfähig sich durch eigene Kräfte zu heilen. Der wahre Helfer, der wahre Veränderungsagent wäre der Therapeut, der mit Hilfe von spezifischen Techniken dem Klienten aus seiner seelischen Konfliktlage heraushalf.

Rogers, der bei seinen Forschungsarbeiten stets den Menschen mit all seinen Facetten und Möglichkeiten in den Mittelpunkt gestellt hatte, suchte bei seinem Ansatz über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen die unterschiedlichen Bedürfnisse und Variablen der Klienten mit zu berücksichtigen. Die rogerianische Psychotherapie erlaubte dem Klienten “to tailor the therapy to him- or herself through the intentional use of the client’s frame of reference and resources—that is, extratherapeutic variables...” (Cornelius-White, 2002, 220). Je nach spezifischem Bedarf kann der Klient sich aus der Therapiestunde das herausnehmen, was er benötigt, um sich weiterzuentwickeln. Die therapeutische Beziehung in einem nicht-direktiven Ansatz stellt jenen Rahmen dar, der dem Klienten ermöglicht, seine eigenen Entwicklungsmöglichkeiten auszuschöpfen, um kreativ in Richtung Offenheit und Ausdruckskraft sowie in Richtung Funktionsfähigkeit und Reife hin zu wachsen. „The therapist goes with the client - goes at the client’s pace - goes with the client in his/her own way of thinking, of experiencing, of processing. *The therapist can not be up to other things, have other intentions without violating the essence of CC/PC¹ therapy.*” (Bozarth, 1990, 63) Die einzige Intention des Therapeuten besteht darin, dem Klienten in seinen Erfahrungen, Gedanken und Gefühlen zu folgen. Jede eigenwillige Handlung des Therapeuten würde jedenfalls den Grundsätzen der nicht-direktiven Beratung widersprechen. Im nicht-direktiven Ansatz wird die Kraft der Veränderung im Individuum selbst angesiedelt. Der Klient steht erstmals mit seinen Gefühlen, Wahrnehmungen und Erwartungen im Mittelpunkt der Therapie. Nicht mehr

¹ CC/PC= Client-Centered/Person-Centered

Methoden und Behandlungstechniken bestimmten die Therapie als vielmehr die Person als selbständig handelndes Subjekt. Es ist das Individuum selbst, das plurale Möglichkeiten aufweist, sich selbst zu verstehen und zu verändern. Eingebettet im nicht-direktiven, personenzentrierten Ansatz, formulierte Rogers schließlich sechs Bedingungen zur konstruktiven Veränderung der Persönlichkeit.

Im Rahmen seiner sechs Bedingungen kommt die klientenbezogene Komponente durch mehrere Aspekte zum Ausdruck.

- Für eine gelingende therapeutische Arbeit stellt Rogers zur Bedingung, dass der Therapeut mit dem Klienten in einer psychologischen Beziehung stehen muss. Er betont, dass ein psychologischer Kontakt vorhanden sein muss. Der Klient muss einen Unterschied in der Erfahrungswelt des anderen wahrnehmen, eine aus dem Alltag herausgenommene Situation registrieren. Innerhalb des geschützten Behandlungsfeldes erhält dieser einen Möglichkeitsraum, in dem er sich frei ausdrücken und geistig frei bewegen kann. Der psychologische Vertrag soll dem Klienten die Möglichkeit geben im therapeutischen Rahmen zielstrebig zu handeln. Das Ziel ist eine konstruktive Veränderung der Persönlichkeit. Als Folge sollten die psychologischen Leiden gelindert werden. Wie der Klient das Ziel erreichen möchte, in welcher Art und Weise und in welchem Tempo er sich verändern möchte, bleibt der Person selbst überlassen. Es ist schwierig im vornherein sich mit spezifischen engen Zielen festzulegen, wenn die Person im Anfangsstadium noch nicht weiß, welches Potential in ihm steckt und in welche Richtung die frei werdende Energie ihn führen wird. Daher hat der Patient in jedem Stadium der Therapie die Möglichkeit mit sich die Veränderungsrichtung neu auszuverhandeln und einen neuen Weg einzuschlagen. Es ist der Klient, der aus seiner Situation heraus, aus seiner subjektiven Sichtweise und Notwendigkeit heraus jene Elemente aus der Therapie für sich herausholt, um in seiner Entwicklung eine positive Veränderung herbeizuführen. (Bohart & Tallman, 2010) Es war Rogers klar, dass die Klienten selbst über eine Veränderungsbereitschaft verfügen müssen, damit eine Veränderung eingeleitet werden kann (Watson, 2007)
- Ein weiteres Indiz für den klientenorientierten Ansatz unter den notwendigen und hinreichenden Bedingungen, ist die Forderung des Therapeuten den Klienten empathisch bzw. einführend zu verstehen.

Ein Therapeut ist dann empathisch, wenn er ein genaues einführendes Verstehen der Wahrnehmung des Klienten und seiner eigenen Erfahrung empfindet. Die private Welt

des Klienten so zu spüren, als ob sie seine eigene wäre, doch ohne jemals die „als ob“-Qualität zu verlieren. Einfühlung bedeutet nach Möglichkeit die persönlichen Bedeutungsinhalte des Klienten zu spüren. (Rogers, 1989) Es geht darum den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst genau so wahrzunehmen, wie der Klient bereit ist sein Wahrnehmungsfeld mitzuteilen. Der Ort der Wahrnehmung sollte für den Therapeuten im Klienten liegen. Diese Forderung Rogers' impliziert, dass der Therapeut sich von den Bedürfnissen, den Empfindungen und Wahrnehmungen des Klienten leiten lässt. Rogers Sichtweise von der Rolle des Therapeuten hebt den Klientenfaktor in einer prägnanten Weise hervor und macht darauf aufmerksam, dass in einer erfolgreichen Therapie der Klient den Weg zum Erfolg aufweist.

- Die unbedingte Wertschätzung, die Akzeptanz des Klienten ist ein nächster markanter Hinweis für die Klientenzentrierung im rogerianischen Ansatz. Wenn der Berater den Klienten so akzeptiert, wie er ist – ohne Beurteilungen vorzunehmen – und dieser eine Atmosphäre schafft, die relativ frei ist von emotionalem Druck und Spannungen, dann hat das zur Folge, dass sich der Klient ermutigt fühlt, sich selbst besser verstehen zu lernen. In dieser Atmosphäre findet eine Veränderung im Denken der Person statt.
- Das dritte Indiz, das innerhalb der notwendigen und hinreichenden Bedingungen auf den Bezugsrahmen des Klienten hinweist, ist die sechste Bedingung. Diese besagt, dass die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten in einem minimalen Ausmaß gelingen muss. Diese Forderung findet ihren Ursprung in der Phänomenologie, die davon ausgeht, dass jedes Individuum ein und dieselbe Situation unterschiedlich erlebt.

Für eine gelungene therapeutische Arbeit fordert Rogers, dass der Therapeut in hohem Maße sich auf die Erlebniswelt des Klienten konzentriert. Die Empathie oder das einführende Verstehen des Therapeuten bedeutet, dass dieser dem Klienten genau zuhört, und dabei versucht ihn zu verstehen. Rogers letzte Bedingung impliziert, dass dieses Verständnis, das auf empathischem Weg gewonnen wurde, auch dem Klienten vermittelt werden muss. Der Klient muss wahrnehmen, dass der Therapeut die Einfühlung tatsächlich für ihn empfindet. Wenn es nicht gelingt die personenzentrierte Grundhaltungen dem Klienten zu übermitteln, kann der therapeutische Prozess nach Rogers nicht initiiert werden.

Die Schwierigkeit dabei ist jedoch, dass therapeutische Haltungen nicht von jedem Klienten in der gleichen Art und Intensität wahrgenommen werden. Laut den Studien

von Elliot et al. (2004) ist nur eine geringe Beziehung zwischen den Sichtweisen des Therapeuten und des Klienten hinsichtlich des Therapieprozesses zu manifestieren. D.h. wenn der Therapeut im therapeutischen Setting der Ansicht ist, dass er sehr einführend und wertschätzend auftritt, werden diese Haltungen nicht unbedingt immer vom Klienten so empfunden. Kirschenbaum und Jourdan (2005) stellen daher fest, dass Studien, die Empathie, unbedingte Wertschätzung oder Authentizität des Therapeuten in der Therapie aus der Sicht des Beraters messen, unbrauchbar sind, solange nicht auch die Sichtweise des Klienten einbezogen wurde.

Heute wird die Notwendigkeit dieser sechsten Bedingung im Rahmen der Common Factors Forschung bestätigt, nämlich, dass die Wahrnehmung des Klienten von der therapeutischen Beziehung entscheidender ist für das Therapieergebnis, als jene des Therapeuten. (Busseri & Taylor, 2004, Bohart & Tallman, 2010)

Rogers ist als Therapeut der Erste, der den Klienten nicht als eine passive Figur behandelt, die entweder analysiert oder an Hand von Reiz-Reaktions-Mechanismen konditioniert wird. In seinem Ansatz muss für einen erfolgreichen Therapieprozess die subjektive Welt der Klienten miteinbezogen werden. Der Klient ist der wahre Architekt des therapeutischen Prozesses. (Witty, 2004) Der Klient gilt als wichtigster Wirkfaktor für den Therapieerfolg.

Die Forderungen, die im Rahmen der Common Factors Diskussion bestehen, gehen allerdings ein wenig weiter. Mit fortschreitender Forschungstätigkeiten ist man heute zu der Erkenntnis gelangt, dass über die subjektive Sichtweise des Klienten hinaus für das Behandlungsergebnis auch das Ausmaß der Klientenkooperation als ein entscheidender Erfolgsfaktor gewertet werden muss. (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) Das Hauptinteresse richtet sich in der Forschung der Frage, durch welche Maßnahmen die Motivation und die Kooperation des Klienten am therapeutischen Geschehen erhöht werden kann. Ein Zugang zu dieser neuen Herausforderung ist der handlungsbezogene Ansatz (Practice-based evidence), welcher im Kapitel 2.2 näher erläutert wird.

b) Therapeutische Beziehung/Allianz

Im Client-Centered Therapy (1951) brachte Rogers zum Ausdruck, dass ein Therapeut nicht aufgrund seiner Technik oder seines spezifischen Know-hows oder einer guten Diagnostik erfolgreich ist. Worauf es in einer erfolgreichen Therapie ankommt ist, dass der Therapeut im Stande ist eine hilfreiche Beziehung anzubieten, die die Aktualisierungstendenz des Klienten in Gang setzt. Die Rolle des Beraters wird von Rogers

neu konfiguriert. Dieser konzentriert sich nicht mehr auf das Problem, auf die Defizite des Klienten, sondern widmet sich mit seiner ganzen Aufmerksamkeit und Anstrengung sowie Wertschätzung dem Wahrnehmungsfeld des Klienten, versucht ihn aus seiner subjektiven Sicht zu verstehen. Der Therapeut ist dem anderen in seiner inneren Welt ein vertrauensvoller Gefährte. Der Facilitator vertraut vollends auf die mögliche Kraft des Klienten, sich selbständig zur konstruktiven Veränderung und Entwicklung zu bewegen. In der Schrift von 1957 über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen, konzipierte er das therapeutische Angebot als ein Beziehungsangebot. Eine facilitative Beziehung ist notwendig und hinreichend, damit eine vorwärtsbewegende Tendenz im menschlichen Organismus in Gang gesetzt wird, sodass sich die individuelle Persönlichkeit selbständig positiv verändern kann. (Myers, 2003) Rogers schreibt: „Was auch immer geschieht, scheint nicht als Resultat von verbalem Austausch zu geschehen. Es ist natürlich möglich, daß das Ergebnis die Folge eines Faktors war, der vollkommen außerhalb der Therapie lag. Wenn man eine Anzahl Fälle dieser Art betrachtet, scheint es allerdings eher nahezuliegen, daß das Ergebnis die Folge einer Erfahrung in einer Beziehung ist.“ (Rogers, 2009, 154) Für Rogers kommt der Beziehung die heilende Wirkung zu. Die seelische Notlage des Klienten stellt eine Art seelische Ergänzungsbedürftigkeit dar. Die Beziehung als Instrument trifft direkt die Seele der Person. Eine gestattende und verstehende Beziehung kann dieser seelischen Ergänzungsbedürftigkeit vollends entsprechen.

Vieles, das Rogers vor 60 Jahren postuliert hat, hat heute immer noch Geltung, so Brown. (2007) Im Rahmen der Common Factors Literatur wird der therapeutischen Beziehung für eine effektive therapeutische Arbeit die größte Bedeutung beigemessen. (Hubble, Duncan, Miller, & Wampold, 2010, Norcross, 2010, Grencaavage, & Norcross, 1990) Die Division 29 der American Association stellt in ihrer Zusammenfassung fest, dass die therapeutischen Grundhaltungen, die Rogers in seinem Theoriekonstrukt erforscht und empirisch begründet formuliert hat, die Basiselemente (Core Elements) der therapeutischen Beziehung darstellen. (Norcross, 2002) Eine akzeptierend - wertschätzende, authentische und empathische Haltung hat in jeder therapeutischen Beziehung eine positive Auswirkung auf die Effektivität der therapeutischen Arbeit.

Auch die **therapeutische Allianz** spielt in der klientenzentrierten Psychotherapie eine Rolle, wenngleich sie nicht so zentral gelagert ist, wie in der Common Factor Diskussion. Rogers zufolge ist das primäre Ziel der Therapie, das der Klient eigene Wahrnehmungen, Gefühle und Handlungen selbständig Gewähr wird und diese evaluieren kann, unabhängig von Bewertungen anderer. Auf diesem Weg kann sich der Klient zu einer voll integrierten

Persönlichkeit entwickeln – eine Persönlichkeit, die durch eine entwicklungs offene Struktur des Selbst sowie durch Erfahrungsoffenheit und Erlebensflüssigkeit gekennzeichnet ist. (Hutterer, 2008) Der Therapeut gibt alle seine Wertungen auf und gewährt dem Klienten die maximal mögliche Freiheit, um seine Autonomie zu fördern.

Ein Mittel für die Erfüllung dieser Aufgabe ist die Beziehung. Die Funktion der Beziehung ist, eine vertrauensvolle, gewährende Atmosphäre zu schaffen, in der die Klienten sich selbst entdecken und explorieren und sich nach eigenen inneren Bedürfnissen frei von Bewertungen und Erwartungen entwickeln können.

Daher handelt hier der Therapeut keine spezifischen Ziele aus. (Bozarth, 1990) Die Essenz der personenzentrierten Therapie ist, dem Klienten, in seinen Gedanken und Überlegungen zu folgen. Die Erfahrungswelt des Klienten ist der Ort, in der sich beide, Therapeut und Klient, treffen. Rogers ist fest davon überzeugt, dass der Klient selbst den Weg zur Heilung am besten kennt.

Das therapeutische Ziel sollte sich Rogers zufolge auf den Prozess beziehen und nicht auf das Ergebnis der Therapie. (Bozarth, 1997) Es geht um das hier und jetzt in der Therapie – nämlich gegenwärtig für den Klienten real da zu sein.

Vom Therapeuten formulierte oder vorgeschlagene Ziele oder Standpunkte würden lediglich in Kohärenz mit dessen organismischen Erfahrungen stehen und nicht mit jenen des Klienten. Eine Orientierung an den Zielen oder Standpunkten des Therapeuten arbeitet einer entwicklungs offenen Struktur des Selbst im Klienten als Ziel entgegen. (Watson & Grennberg, 1998) – das Selbstkonzept des Klienten würde sich nicht aus eigenen Erfahrungen entwickeln, sondern lediglich die Erfahrungen und Bewertungen anderer übernehmen. Der Ort des Entwicklungsprozesses ist stets im Klienten selbst. (Witty, 2004)

Auch wird der Klient im Rahmen einer therapeutischen Allianz nicht dazu angeleitet selbständig Ziele zu formulieren. Der Klient befindet sich während der Therapie beständig in Veränderung, sodass im Prozess der Therapie sich immerwährend neue Bedeutungskontexte und damit auch neue Ziele ergeben können. Wenn der Klient für sich selbst spezifische Ziele setzt, wird er vom Therapeuten in seinem Vorhaben unterstützt. Watson und Greenberg stellen fest, dass in der personenzentrierten Psychotherapie für die Veränderung nicht Elemente wie Kollaboration oder partnerschaftliche Zusammenarbeit relevant sind, indem Sinne, dass bei der Zielformulierung beide Partner mitwirken und der Klient in diesem Vorhaben teils vom Therapeut geführt wird. Viel eher wird in der personenzentrierten Therapie die inhaltliche Lenkung ausschließlich dem Klienten in die

Hand gegeben. Die Nicht-Direktivität wird auch bei der Zielformulierung betont. Rogers als einer der bedeutenden Vertreter der humanistischen Psychologie vertraute vollends den Selbstheilungskräften der Person und darauf, dass jede Person selbst am besten wüsste, welche Ziele für ihn persönlich nützlich und realistisch sind.

Und doch muss man auch im personenzentrierten Ansatz von einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit sprechen. Der Therapeut hilft dem Klienten, seine Ziele bzw. Veränderungswünsche zu erreichen. Der Klient lenkt den Therapeuten – dieser folgt ihm und versucht ihm seine Vorhaben durch eine gestattende und verstehende Beziehung zu erleichtern. Rogers war mit der klientenzentrierten Theorie der erste im Segment der Psychotherapie, der den gemeinschaftlichen Gedanken einer Kooperation zwischen Therapeut und Klient einführte.

c) Technik und Methoden

Carl Rogers, als einer der profiliertesten Vertreter der humanistischen Psychologie, strebte in der Psychotherapie der fragmentierenden Wirkung der Techniken in der Therapie und Beratung entgegenzuwirken. Bereits in seinem ersten Buch (1942), verursachte er mit dem neuen Ansatz der nicht-direktiven Psychotherapie in der Arbeit mit Klienten, eine größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums zu erzielen. Er setzte auf die innewohnenden Kräfte und Fähigkeiten der Menschen und gestaltete die Psychotherapie für den Klienten zu einer erlebbaren Freiheit der Entwicklungstendenzen. In seiner Schrift von 1951 (*Client-Centered Therapy*) betonte er die Rolle der therapeutischen Beziehung und postulierte, dass die menschliche Existenz in der zwischenmenschlichen Beziehung besteht. Selbst als er 1957 die aufsehenerregenden sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen der Persönlichkeitsveränderung veröffentlichte, ging es Rogers nicht um einen Verhaltenskodex als exakte Parameter einer Technik oder Behandlungsmethode. (Bozarth, 1997) Rogers Theorie über die Basisvariablen sind als eine therapeutische Haltung zu verstehen. Sie stellen Aspekte zwischenmenschlicher Beziehungen dar, wie man sie auch außerhalb der Therapie in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen vorfinden kann.

Die differentielle Diskussion darüber, ob die Technik oder die therapeutische Beziehung den größeren Einfluss auf die Behandlungsergebnisse hätte, bekam ihre Prägnanz und Tiefe durch Rogers Schrift von 1957, in dem er festhält, dass für die Praxis der Psychotherapie, „...the techniques of the various therapies are relatively unimportant except to the extent that

they serve as channels for fulfilling one of the conditions.“ (Rogers, 1957, 247) Erstmals wagte es ein Wissenschaftler nicht nur die Rolle der Technik in der Therapie zu hinterfragen sondern auch diese gegenüber der Beziehung als Instrument für die Heilung in der Therapie nachrangig einzustufen. Tatsächlich folgte seiner Schrift viel Kritik, obwohl er in seinem Artikel lediglich festhielt, dass die Techniken der verschiedenen Therapien nur in dem Ausmaß wichtig seien, in dem sie als Kanäle zur Erfüllung der Bedingung dienen. Z.B. wäre selbst in der klientenzentrierten Psychotherapie die Technik des „Spiegelns der Gefühle“ keinesfalls eine wesentliche Bedingung für die Therapie. In dem Ausmaß in dem sie einen Kanal bereitstellt, durch den der Therapeut eine sensible Einfühlung und eine unbedingte positive Beachtung übermittelt, mag sie als technischer Kanal dienen. Er war sich sehr wohl dessen bewusst, dass Techniken nur dann beim Klienten einen Wirkfaktor entfalten werden, wenn sie in einem akzeptierenden, warmen, empathischen Beziehungsangebot eingebettet sind. (Watson, 2007) Niemals postulierte er, dass die Technik abkömmlich sei. Sie wäre lediglich in dem Ausmaß von Bedeutung, indem sie für eine gelingende Beziehungsgestaltung und Veränderung der Persönlichkeit als notwendig erachtet wird. Wenn etwa der Klient keinen Zugang zu seiner affektiven Erfahrungswelt hat, dann kann eine Technik oder Intervention wie Focusing (Gendlin, 1981) im Sinne einer Stimulierung notwendig sein, damit der Klient in Fluss kommt.

Mit seinem Artikel leitete er die Verlagerung von der Annahme, dass technische Expertise essentiell für den therapeutischen Erfolg wäre, zu der Überzeugung, dass die Beziehung per se die Quintessenz der therapeutischen Performance darstellt. (Farber, 2007) Rogers neues Paradigma geht von einer Beziehung aus, die die Selbstheilungskräfte der Klienten stimulieren kann. Er nimmt von Kontrollmechanismen außerhalb der Person bewusst Abstand.

Im Rahmen der Diskussionen über allgemeine unspezifische Wirkfaktoren, wird die Kraft der Veränderung im Klienten gesehen und nicht mehr in der Technik. (Bohart & Tallman, 2010) Zwischen spezielle Theorien bzw. Ingredienzen und der Behandlungspersformance können empirisch keine Zusammenhänge nachgewiesen werden. (Wampold, 2001) Technik und Theorien erfüllen bei beiden Partnern im interaktiven Prozess lediglich eine psychologische Funktion. Während sie dem Therapeuten Sicherheit und Orientierung in seiner Arbeit schaffen, werden sie für den Klienten mit spezifischen Erwartungshaltungen verknüpft. Unter diesen Blickpunkten spielen die Techniken immer noch im Pool der Wirkfaktoren der Psychotherapie mit.

d) Faktoren, die den Therapeuten betreffen

Rogers konzipierte mit seinem Artikel von 1957 (*The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*) auch eine neue Sichtweise vom Therapeuten. Er forderte eine Revision der sozialen Rolle des Therapeuten, die mit neuen Aufgaben verbunden sein sollte. Die Autorität des Therapeuten wurde von Rogers in Frage gestellt, indem er das technische Know-how und etwaige diagnostische Einsichten als nachrangig qualifizierte. Sein Konzept von einer effektiven Beziehung basierte auf der Hypothese, dass es auf die Haltung des Therapeuten ankommt, damit eine Veränderung beim Klienten in Gang gesetzt werden kann. Der Therapeut muss emotional in die Therapie investieren, eigene Gefühle bzw. eigene Emotionen in die therapeutische Beziehung eindringen lassen und darauf vertrauen, dass die Handhabung dieses Gefühls für den Klienten ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses sein wird. (Rogers, 2009, 155) Die Therapie darf nicht mehr als Solospiel des Therapeuten betrachtet werden, der den Patienten als passiven Leidenden annimmt. Vielmehr muss das therapeutische Geschehen in einem interaktiven Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient stattfinden, in der auch der Therapeut Gefühle und Emotionen zulässt. Empathisches Verstehen, unbedingte Wertschätzung und Akzeptanz sowie authentische Begegnung mit dem Klienten sind nach Rogers die wesentlichen Elemente einer therapeutischen Haltung. Es gibt unzählige Wege und Techniken, die facilitativen Bedingungen dem Klienten zu kommunizieren. (Watson, 2007) So individuell verschieden Charaktere sind, so individuell differentiell werden Therapeuten in der Begegnung zum Klienten auftreten und wenn notwendig verschiedene Methoden für die Herstellung einer facilitativen Bedingung einsetzen.

Schon 1939 stellte er akkurat fest: „To some extent treatment, ... , is an individual thing, based on the abilities and idiosyncrasies of the therapist.“ (Rogers, 1939, 348) Dabei betonte er, dass der Therapeut in der Arbeit mit dem Klienten stets Respekt für die Integrität des Individuums aufzubringen hat.

2.1.2.3 Zusammenfassung

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, den Spuren der rogerianischen Theorie in der Common Factor Theorie nachzugehen. Es sollte herausgefunden werden, inwieweit, Variablen der Common Factor Theorie im rogerianischen Ansatz ihre Verdichtung findet. Hierfür wurde die Theorie der allgemeinen

unspezifischen Wirkfaktoren der rogerianischen Theorie gegenübergestellt und nach inhaltlichen Überschneidungen gesucht.

Carl Rogers wurde in seiner Forschungstätigkeit und Arbeit ideengeschichtlich von Rosenzweigs Überlegungen und Fragestellungen zentral beeinflusst. (Duncan, 2010, Samstag, 2007) In seinem Buch von 1939 mit dem Titel „The Clinical Treatment of the Problem Child“ schrieb er über die Aufgaben der Therapie und stellte dabei fest: „Indeed a consideration of the positive and rebuilding aspects of the different psychotherapeutic approaches is essentially a consideration of different ways of encouraging the learning of new insight and new ways of adjustment. An understanding of these basic mechanisms is necessary if we are to approach the discussion of direct treatment in a realistic and critical fashion.“ (Rogers, 1939, 285) Die Erörterung der positiven und aufbauenden Aspekte der verschiedenen therapeutischen Ansätze ist in Wahrheit die Erörterung der verschiedenen Lernwege neue Einsichten zu erlangen und sich anzupassen. Für eine realistische und kritische Diskussion in der therapeutischen Behandlung ist ein Verständnis über diese Basismechanismen notwendig. Rogers suchte hier einen ersten Zugang zu den Common Factors über basale Mechanismen, die in Menschen konstruktive Veränderungen hervorrufen – Mechanismen, die über verschiedene Wege in Gang gesetzt werden können. In seiner täglichen Arbeit mit Kindern verifizierte er die Hypothese von Rosenzweig und suchte nach plausiblen Antworten. Er suchte über das Verstehen das Unsichtbare im therapeutischen Geschehen in wissenschaftliche Termini zu übersetzen. Wenn es darum ging, den anderen zu verstehen, suchte Rogers Zugang zum Unbestimmbaren im Anderen zu gewinnen.

Was Rogers mit seinen Theorien lieferte, war in gewisser Maßen eine Antwort auf die Frage, die ursprünglich von Rosenzweig aufgeworfen wurde. Die Lösung lautete für Rogers, eine spezifisch therapeutische Beziehung zum Klienten aufzubauen und zu pflegen. Erst durch die Herstellung einer facilitativen Beziehung gelingt es dem Klienten, sich selbständig konstruktiv zu verändern. Die Beziehung ist der Angelpunkt der Veränderung. „I think of one psychiatrist friend of mine who says that he never feels as whole, or as much of a person, as he does in his therapeutic interviews. And I share that feeling.“ (Rogers, 1989a, 45) Erst in der Beziehung fühlt sich der Mensch ganzheitlich wahrgenommen.

Die Common Factors, wie sie heute in der mainstream Literatur Gegenstand von hitzigen Diskussionen sind (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2010) erfahren ihre Konsistenz,

ihren empirischen Nährboden durch Rogers Forschungsarbeit und Erkenntnisgewinn. Mit seiner Theorie der notwendigen und hinreichenden Bedingungen, die im historischen Prozess gewachsen sind, ist Rogers ein Wegbereiter zur Common Factors Forschung. Er schreibt, "...I am hypothesizing that effective psychotherapy of any sort produces similar changes in personality and behavior, and that a single set of preconditions is necessary." (Rogers, 1957, 231) Wenn nur bestimmte Bedingungen in einer Therapie gegeben sind, dann können in jeder therapeutischen Situation ähnliche Veränderungen in der Persönlichkeit und im Verhalten erwirkt werden.

Obschon Rogers den Begriff der Common Factors niemals wörtlich rezipiert hatte, war es sein tiefstes Bestreben die scheinbar unbestimmbaren Wirkfaktoren eines erfolgreichen Therapieprozesses in adäquaten Handlungsvariablen zu erfassen. Er stellte die Beziehung in den Mittelpunkt der Therapie womit er sowohl den Therapeuten als Person hervorhebt, als auch dem Klienten eine zentrale Rolle im therapeutischen Geschehen zuweist. Hatten zuvor noch die Theorie der Persönlichkeit und das therapeutische Geschehen strukturalistische Züge getragen, hob Rogers die Konzeption der Persönlichkeit und des therapeutischen Geschehens als Prozess hervor. (Rogers, 1989) In der Common Factor Theorie stellt die therapeutische Beziehung, getragen durch die Core Conditions, eine wichtige Variable dar.

Die Bedeutung des Klienten im therapeutischen Geschehen wird bei Rogers nicht nur durch die Selbstheilungskräfte in der Person angesprochen. Rogers wies auch darauf hin, dass das Verhalten des Individuums vollständig von seinem phänomenologischen Wahrnehmungsfeld, von seinem inneren Bezugsrahmen, seinen Einstellungen und persönlichen Bedeutungen bestimmt wird. Mit der sechsten Bedingung seiner Theorie sollte einerseits auf die Problematik der verschiedenen Wahrnehmungswelten hingewiesen werden. Andererseits soll der Therapeut im therapeutischen Geschehen dazu angehalten werden, sein Bemühen stets auf die Wahrnehmungswelt des Klienten zu richten.

Was die Rolle des Therapeuten als Common Factor Variable betrifft, ist festzuhalten, dass Rogers mit seinem Artikel von 1957 (The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change) auch eine neue Sichtweise vom Therapeuten konzipiert hat. Der Therapeut muss emotional in die Therapie investieren, eigene Gefühle bzw. eigene Emotionen in die therapeutische Beziehung eindringen lassen. Er muss darauf vertrauen, dass die Handhabung dieses Gefühls für den Klienten ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses sein wird. (Rogers, 2009, 155) Das therapeutische Geschehen erfolgt in einem interaktiven Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient. Durch eine

spezifische klientenzentrierte Haltung, kann der Therapeut den Weg für eine Veränderung im Klienten ebnen. Nach dem heutigen Stand der Common Factor Forschung liegt der Anteil der Persönlichkeit des Therapeuten an der Veränderung der Ergebnisse zwischen 8%-9%. Wenn es um die Frage geht, worin sich besonders erfolgreiche von den mittelmäßigen bzw. den schädigenden Therapeuten unterscheiden, tappen die Forscher noch heute im Dunkeln.

Hinsichtlich der Variable der therapeutischen Allianz, im Sinne einer therapeutischen Zusammenarbeit, ist in Rogers Theorie nicht vorgesehen, dass der Therapeut mit dem Klienten spezifische Ziele formuliert. Vielmehr gilt es, in der Beziehung zum Klienten Bedingungen zu schaffen, unter denen sich der Klient in seiner Existenz als einen liebens- und achtenswerten Menschen bestätigt fühlt. Auf Basis der spezifisch therapeutischen Beziehung würde die aktualisierende Tendenz im Klienten auf fortschreitende Differenzierung und Integration körperlicher und psychischer Funktionen in Gang gesetzt werden. (Rogers, 1951) Die Lösung für eine Veränderung liegt in der Aktualisierungstendenz des Klienten. Es liegt am Klienten selbst, aktiv seine innewohnenden Möglichkeiten zu entfalten. Dieser Theorie gegenüber wird in der Common Factor Theorie der Variable der therapeutischen Allianz eine wesentlich stärkere Bedeutung zugemessen, insbesondere aufgrund fortschreitender empirischer Forschungsergebnisse. Als Basis einer Veränderung gilt neben der therapeutischen Beziehung auch aktiv Ziele mit dem Klienten zu formulieren und Aufgaben zu verteilen. Dadurch soll Kollaboration in der Therapie forciert werden. Durch den stärkeren Einbezug des Klienten in das therapeutische Geschehen, wird dieser von Anfang an motiviert aktiv an einer Veränderung zu partizipieren. Insoweit sind in der Umsetzung der therapeutischen Allianz größere Differenzen in den Sichtweisen nach Rogers und der Common Factor Theorie festzustellen.

In der Frage der Technik und Methodik kann festgestellt werden, dass die Forschungsergebnisse und Erkenntnisse in der Common Factor Forschung die Aussagen von Rogers bestätigen. Rogers stellte fest: „Intellectual training and the acquiring of information has, I believe, many valuable results— but becoming a therapist is not one of those results.“ (Rogers, 1957, 231) Eine Technik oder eine diagnostische Indikation kann Rogers zufolge wohl sehr hilfreich sein, insbesondere wenn der Therapeut dadurch für seine Arbeit eine gewisse Sicherheit erlangt. Aber diese stellen nicht die entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit dar.

Tatsächlich wird heute in der therapeutischen Diskussion um die Common Factors von allen vier Variablen, die bei Hubble, Duncan, Miller und Wampold besprochen werden, der Technik die geringste Bedeutung zugemessen bzw. konnten hier nur geringe Input-Output-Beziehungen im therapeutischen Geschehen nachgewiesen werden. Die höchste Evidenz hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Therapieprozess und Therapieergebnis wurde in der therapeutischen Beziehung/Allianz gefunden. Dieser Zusammenhang zwischen Qualität der therapeutischen Beziehung und Therapieerfolg ließ sich bei verschiedenen Therapiemethoden nachweisen. (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2010)

Wie hier ersichtlich wird, wurde die rogerianische Spielart der allgemeinen Wirkfaktoren von der mainstream Literatur in seiner grundlegenden Konzeption übernommen, in die Common Factor Theorie eingeflochten und mit Hilfe von empirischer Forschung weiterentwickelt. (Norcross, 2002, Samstag, 2007) Eine zentrale Erkenntnis, die im Rahmen der Forschungstätigkeit zusätzlich gewonnen werden konnte ist, dass für den therapeutischen Erfolg, eine stärkere Kooperation und Motivation des Klienten notwendig ist. Hier richtet sich das Interesse auf das Studium des Klienten in seiner Ganzheit, die effektiv durch einen so genannten handlungsbezogenen Nachweis (practice-based evidence) erbracht werden kann.

2.2 Handlungsbezogener Nachweis (Practice-based Evidence)

Auf der Suche nach den Common Factors zur Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse ist man in der empirischen Forschung zu der Erkenntnis gelangt, dass es in einem besonderen Ausmaß notwendig ist, die Therapie auf die Bedürfnisse der Klienten zuzuschneiden. (Bohart & Tallman, 2010, Busseri & Tyler, 2004, Bohart & Tallman, 1999) Je differenzierter Therapeuten auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten eingehen können, desto höher ist die Effizienz der Therapie. Mit dem Streben, die Zufriedenheit der Klienten nach der therapeutischen Behandlung zu steigern, hat sich in der Forschungsmethodik bzw. im Forschungsdesign ein neues Paradigma durchgesetzt, der sog. handlungsbezogene Nachweis (Practice-based Evidence). (Barkham et al., 2001) In diesem neuen Forschungsdesign wird der Klient während der Therapie nach seinem Fortschritt bzw. nach der Effektivität der Behandlung befragt. Sein Feedback dient dem Therapeuten als Richtlinie für eventuelle Korrekturen in der Therapiearbeit.

2.2.1 Definition von Feedback

Kurt Lewin war der Erste, der den Begriff Feedback für die Sozialwissenschaften verwendete. (Hutterer, 2006, Claiborn, Goodyear & Horner, 2001) In der Forschung von menschlichen Beziehungen in der Gruppe konzeptualisierte Lewin das Verhalten anderer als Feedback. Ziel seiner Arbeit war herausfinden, wie sich die Teilnahme der Mitglieder auf die Gruppe sowie generell auf das Alltagsverhalten auswirkte.

Zu verstehen ist unter Feedback in der zwischenmenschlichen Interaktion eine Reaktion bzw. Rückmeldung einer Person A auf das Verhalten einer Person B. Dabei beeinflusst die Rückmeldung das Verhalten der Person B. In Reaktion auf ein vergangenes Verhalten formt und beeinflusst Feedback das zukünftige Verhalten. (Claiborn & Goodyear, 2005) Die Informations- und richtungsgebende Funktion des Feedbacks ist oft den Partnern in der Interaktion unbewusst. Der reziproke Einfluss von Feedback erlaubt die zwischenmenschliche Interaktion fortzusetzen sowie Beziehungen zu gründen und zu erhalten. Über Feedback ist es möglich die unbewussten Prozesse absichtsvoll ins Bewusstsein zu rufen, so dass diese untersucht und verändert werden können. Im beruflichen und therapeutischen Feld gilt Feedback als ein wichtiges Instrument, um Veränderungen herbeizurufen, sowohl beim Therapeuten als auch bei den Klienten. Letztere werden während der Therapie nach ihrem subjektiven Empfinden hinsichtlich

einer Verbesserung ihrer Situation, der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Setting und anderem mehr befragt. (Howard et al., 1996, Lambert, 2005)

Die Idee dieses Forschungsdesigns geht auf Howard, Moras, Brill et al., (1996) zurück, die in ihrer Studie zur Evaluierung der Psychotherapie auf ihre Forschungsfrage hin, ob die Therapie für einen spezifischen Patienten funktioniert, direkt die Patienten befragten. Bestätigt wurden die Vorteile der Feedbackmethode durch die Studienergebnisse von Anker, Duncan und Sparks (2009). Die Therapieresultate verbesserten sich unter Einsatz von Feedback von 22% (herkömmliche Behandlung) auf 33% (Feedback Behandlung). Beeindruckende Ergebnisse lieferten auch Lambert, Harmon, Slade et al. (2005), die eine Verbesserung von 21% (herkömmliche Behandlung) auf 35%-56% (Behandlung auf Basis des Feedbacksystems), konstatieren konnten. Lambert, Hansen und Finch (2001) konnten mit Hilfe ihrer empirischen Studie herausfinden, dass die Verschlechterungsrate in der Therapie bei den herkömmlichen Behandlungen ohne Feedbacksystem bei 23% lag und bei Behandlungen mit Feedbacksystem bei lediglich 6%. Weiteren Zuspruch findet diese therapeutische Intervention durch zwei prominente Gruppen innerhalb der APA: Die Division 29 Task Force (Ackerman et al., 2001) sowie die APA Presidential Task Force (2006). Letztere betont, dass ein zeitgerechtes Klientenfeedback erstrebenswert wäre, insbesondere um den Fortschritt des Klienten evaluieren zu können. Die Anwendung der Feedback-Technik würde die Qualität der Therapie erhöhen und die Effizienz im therapeutischen Setting verbessern.

2.2.2 Vorteile des Feedback in der Therapie

Indem man die Therapie handlungsgeleitet durch Bewertungen der Klienten evaluiert, erlangt der Therapeut noch während des therapeutischen Prozesses ein besseres Bild über die seelische Befindlichkeit des Klienten, hinsichtlich seiner Zufriedenheit, seiner Zustimmung oder Ablehnungen in der therapeutischen Arbeit. Behandlungsfehler können auf diesem Wege rechtzeitig erkannt werden. Aufgrund der Rückmeldung können Reaktionen des Klienten in entsprechende Aktionen des Therapeuten umgesetzt werden. Der Therapeut erlangt dadurch die Möglichkeit die weitere Therapiearbeit besser auf die Bedürfnisse des Klienten abzustimmen. Die kontinuierliche Sammlung von Patienteninformationen während der Behandlung hilft dem Berater sein Verhalten und seine Entscheidungen rechtzeitig an die Klientenwünsche anzupassen. (Lambert & Brown, 1996)

Umgekehrt ergeben auch Rückmeldungen an den Klienten positive Effekte. Informationen über innere Wandlungen oder konstatierte psychische Stimmungslagen, die die Klienten selbst noch nicht nachvollzogen haben, können über Feedbackgespräche weitergegeben werden. So konnten bei Klienten, die während der Therapie vom Therapeuten ein Feedback erhielten, ein gesteigertes Selbstwertgefühl, eine Verminderung der Symptome sowie eine erhöhte Hoffnung bezüglich ihrer Problembewältigung verzeichnet werden. (Finn & Tonsager, 1992, Newman & Greenway, 1997, Claiborn, Goodyear & Horner, 2001) Außerdem kann über Rückmeldung an den Klienten die Kooperation zwischen Therapeut und Klient intensiviert werden, sodass der Klient auf diese Weise stärker im therapeutischen Prozess eingebunden werden kann.

Die Hoffnung, dass das Feedbacksystem eine Garantie für einen Erfolg in der Therapie darstellt, erweist sich allerdings als illusionär. Der Angelpunkt für den Erfolg mit dem Feedbacksystem ist immer noch die Person des Therapeuten. Lambert stellt in einem Statement fest, dass Feedback nicht immer das Verhalten der Therapeuten in einer hilfreichen Art und Weise verändert. Es gäbe Therapeuten, die selbst nach jahrelanger Erfahrung mit Feedback, nicht erfolgreich arbeiten und aus den erfolglosen Therapiefällen nichts dazulernen. (Miller, Duncan, Sorrell & Brown, 2005)

2.2.3 Zusammenfassung

Auf der Suche nach effizienteren Heilungswegen geht man in Forschung und Praxis mit der Einsicht vor, dass die Kraft der Veränderung im Klienten selbst verankert ist. Innerhalb der therapeutischen Profession ist die Klientenorientierung en vogue. Die neuen Forschungsfragen lauten: Wie werden Selbstheilungskräfte im Klienten wirksam, die ihm selbst zur Heilung verhelfen? Wie können die inneren Kräfte der Person aktiviert werden? Welche Bedürfnisse müssen erfüllt sein, damit eine Veränderung eintritt? Therapeuten stellen sich im Prinzip die gleichen Fragen wie wirtschaftlich arbeitende Unternehmen: Was sind die Bedürfnisse der Klienten? Auf welchem Wege können sie am besten erfüllt werden? Wie kann der Therapeut effizienter arbeiten in einem Setting?

Wenn ein Therapeut im harten Konkurrenzkampf erfolgreich arbeiten möchte, dann zählt nur die Kundenzufriedenheit. Folglich sind die herkömmlichen Fragen, welche Methoden oder welche theoretischen Konstrukte den Erfolg bewirken, in der therapeutischen Forschung überholt. In der Neuorientierung wird in der Forschung der Frage nachgegangen, wie der Therapeut im Einzelnen den Kundenwünschen bestmöglich

entsprechen kann. In der fieberhaften Suche nach den bestmöglichen Wegen den Klienten in seiner seelischen Notlage zu erreichen, haben Howard, Moras, Brill et al., (1996) die Entdeckung gemacht, dass Feedbackbefragungen noch während der Therapie die Erfolgsrate des Therapeuten steigern können. Der Therapeut erhält die Möglichkeit, sich noch während der Therapie aufgrund der Feedbackresultate besser auf die seelischen Bewegungstendenzen des Klienten zu konzentrieren. Der Klient kann aktiver in den Prozess der Beratung eingebunden werden. Die zukunftsweisende Zauberformel heißt in der Diskussion um die Erhöhung der Effektivität und Effizienz von Therapien: Handlungsbezogener Nachweis (Practice-based Evidence). Dieses neue Orientierungsinstrument erlaubt dem Therapeuten individueller auf die Wünsche der Klienten einzugehen und während des Therapieprozesses noch Korrekturen vorzunehmen.

Wir stellen fest, dass die hier besprochenen neuen Konfigurationen und Konzepte wichtige Aspekte in der Entwicklung und Verbesserung der Psychotherapie darstellen. Im Geiste dieser Entwicklungen hat auch die personenzentrierte Psychotherapie eine starke Diversifikation erfahren, so dass sich unter dem Schirm der nicht-direktiven Beratung unterschiedliche methodische Orientierungen entwickelt haben.

3. Wirkfaktoren in der CPRT

3.1 Zur Weiterentwicklung der personenzentrierten Psychotherapie

Rogers war der humanistischen Idee eng verpflichtet und vertrat den Standpunkt, dass seine Theorie stets weiterentwickelt werden sollte. Zu den ersten wichtigen Initiatoren und Trägern der Weiterentwicklung der rogerianischen Theorie zählten in den 70er Jahren Gendlin, Truax und Carkhuff sowie Wexler und Rice. Zu den Varianten differenzierter Konzepte mit tragenden Elementen des klientenzentrierten Therapieansatzes zählen unter anderem der Ansatz des Focusing sowie die klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) von Gendlin, die prozessorientierte Klientenzentrierte Psychotherapie von Swildens, die Prozess- Erlebnisorientierte Psychotherapie von Greenberg & Elliott, die störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie, personenzentrierte Gespräche mit alternativen therapeutischen Angeboten und andere mehr. (Hutterer, 2005, Watson, 2007, Rice & Greenberg, 1992)

Bei den unterschiedlichen methodischen Orientierungen in der personenzentrierten Psychotherapie wurde stets an der paradigmatischen Weiterentwicklung der rogerianischen Geisteshaltung gearbeitet. Die Initiatoren der jeweiligen Richtungen traten stets mit humanistischem Selbstverständnis auf und hielten an den Grundfesten des rogerianischen Ansatzes fest – allerdings mit unterschiedlichen Akzentsetzungen.

Hutterer zufolge ist die Heterogenisierung dieses Ansatzes „...durch ihre Anziehungskraft für verschiedenste Berufsgruppen und Anwendungsfelder bzw. durch die Rezeption unter höchst unterschiedlichen Voraussetzungen ...“ getragen worden. (Hutterer, 2005, 26) Da die personen/klientenzentrierte Psychotherapie unter den unterschiedlichsten Rahmenbedingungen gelernt und rezipiert wurde, haben sich daraus neue Erfahrungen ergeben, wodurch neue Kreuzungen sich in eklektizistische Therapien niederschlugen, stets mit den konstitutiven Prinzipien der klientenzentrierten Psychotherapie. Lietaer (1990) zufolge ist es gerade diese große Vielfalt und Divergenz innerhalb dieses Ansatzes, die den Reichtum der rogerianischen Denkrichtung ausmacht. Die vielfältige Entwicklung dieses Ansatzes sei sogar die logische Konsequenz der klientenzentrierten Philosophie, nämlich sich nicht einer Autorität unterzuordnen, sondern seinen eigenen Weg in einer persönlichen und erfahrungsorientierten Art und Weise zu suchen.

Tatsächlich hat Rogers in seinem theoretischen Konstrukt die Beiträge anderer Perspektiven nicht abgelehnt. Insbesondere mit seiner Schrift über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen sucht er die anderen Methoden zu ergänzen und stellt sie in eine breitere Konzeption menschlicher Erfahrung. Rogers (1957) hält in seinen Kommentaren zu den sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen explizit fest, dass die Techniken der verschiedenen Therapien in dem Ausmaß wichtig sind, in dem sie als Kanäle zur Erfüllung der Bedingung dienen. In dem Ausmaß in dem z.B. freie Assoziation, Analyse von Träumen oder Analyse von Übertragung einen Kanal bereitstellen, durch den der Therapeut eine sensible Einfühlung und eine unbedingte positive Beachtung übermittelt, mag sie als technischer Kanal dienen. Diese Haltung Rogers drückt einerseits das Moment der Methodentoleranz und andererseits das Moment der Integration aus.

Cook, Coyne & Biyanova führten in 2009 eine Studie in den USA durch, an der über 2000 Psychotherapeuten teilnahmen. Eine zentrale Frage in ihrer Studie lautete unter anderem, wer die einflussreichste und prominenteste therapeutische Figur in der Moderne sei. Carl Rogers wurde von den Befragten an die erste Stelle gewählt. Dieses Ergebnis schließt an die von Smith 1982 durchgeführte Studie an. Auch dort ging Rogers als die Galionsfigur der therapeutischen Profession hervor.

Ein neueres Therapiekonzept, dessen Wurzeln in den Axlinischen Prinzipien, die die konstitutiven Prinzipien des rogerianischen Ansatzes als Grundlage hat, ist die Filialtherapie. Eine spezielle Ausformung dieses Ansatzes ist die Child Parent Relationship Therapy (CPRT). Bei dieser Neukonzeption eines therapeutischen Settings werden Eltern bemächtigt, ihren Kindern selbst als therapeutische Agenden hilfreich zur Seite zu stehen. Im Rahmen dieses Settings

a) arbeitet der Therapeut nicht mehr direkt mit dem Kind, sondern mit den Eltern als nahe Bezugspersonen und

b) der Therapeut arbeitet nicht in einer Zweierbeziehung sondern nimmt therapeutische Einflussnahme in einer Gruppe auf.

Indem der Therapeut die Potentiale der Eltern freilegt, ermöglicht er ihnen ihrem Kind zur Weiterentwicklung zu verhelfen. Bevor detailliert auf den Prozess der CPRT eingegangen werden kann und Überlegungen darüber angestellt werden können, was die Variablen der Transformation in der CPRT sind, soll zunächst dieses Konzept in seinen Strukturen und wesentlichen Grundzügen näher erläutert werden.

3.2 Die Filialtherapie

Als ein strukturiertes Behandlungsprogramm konzeptualisiert wurde die Filialtherapie durch das Ehepaar Louise und Bernard Guerney. (Landreth, 2002) Gestützt hat sich ihr Programm auf die Pionierarbeiten von Axline und Moustakas, die sich für die Einführung der Filialtherapie in zahlreichen Schriften eingesetzt hatten (Goetze, 2009). Es waren auch die Guerneys, die für ihren neuen therapeutischen Ansatz offiziell den Namen „Filialtherapie“ einführten.

Ausgangsüberlegungen für die Entstehung der Filialtherapie waren, dass bei Entwicklungsstörungen bzw. Auffälligkeiten des Kindes die Wurzeln des Problems nicht beim Kind alleine liegen, sondern diese auch bei Personen in seinem sozialen Umfeld zu suchen sind – vornehmlich bei der engsten Bezugsperson, in der Regel der Mutter. Bereits mit Geburt des Kindes besteht ein unsichtbares Band zwischen Mutter und Kind. John Bowlby revolutionierte die Entwicklungspsychologie, indem er Ende der 50er Jahre mit seiner Schrift „The nature of the child's tie to his mother“ (1958) auf das Phänomen der Bindung hinwies. Seiner Ansicht nach ist die Bindung ein biologisch angelegtes System beim Menschen, welches für die Entwicklung der emotionalen Beziehung zwischen Mutter und Kind verantwortlich ist. Er postulierte, dass die Suche nach der Nähe zur Mutter (als enge Bezugsperson) ein angeborenes Grundbedürfnis des Individuums sei. Fortan wurde die Beziehung zwischen Mutter (als enge Bezugsperson) und Kind ins Zentrum der Kleinkindforschung gerückt (Papousek 1975, Papousek, Papousek & Giese, 1986, Spitz, 1967).

Heute wissen wir, dass frühe Beziehungserfahrungen von Kindern einen großen Einfluss auf ihre weitere Beziehungsgeschichte haben. Welche Beziehungsschemata sich aus den Beziehungen zu den primären Bezugspersonen entwickeln, hängt maßgeblich von der Verfügbarkeit und der Einfühlsamkeit der Bezugsperson ab. In einer guten Bindung sind die Bezugspersonen ein immer erreichbarer Zufluchtsort, der Schutz, Sicherheit und Trost bietet. Erikson (2007) führte den Terminus Urvertrauen ein, welches sich entwickelt, wenn das Kind Vertrauen in Verlässlichkeit und Zuneigung der Bezugsperson fassen kann. Gelingt es der Mutter dieses Urvertrauen zwischen sich und ihrem Kind herzustellen, entwickelt das Kind Selbstsicherheit und Selbstvertrauen. Bowlby forschte im Feld der kindlichen Bindungsmuster eng mit Mary Ainsworth zusammen. Im Rahmen ihrer Arbeiten stellten sie fest, dass eine sichere Basis lebenslang wichtig für das psychische und physische Wohlergehen eines Menschen bleiben wird. (Fremmer-Bombik, 2009) Für die

Konzeptualisierung der Filialtherapie spielten die bindungstheoretischen Erkenntnisse ebenso eine maßgebende Rolle, wird doch Mutter-Kind Beziehung hier als Motor der Veränderung und Entwicklung gesehen. (VanFleet, 2005)

3.3 Child Parent Relationship Therapy (CPRT)

Innerhalb der Filialtherapie gibt es im nicht-direktiven Ansatz die Child Parent Relationship Therapy (CPRT) von Landreth und Bratton sowie die Filialtherapie nach dem Arbeitsmuster von VanFleet. Ein Modell der direktiven Filialtherapie begründete Sheila Eyberg (1988) die so genannte Parent Child Interaction Therapy (PCIT). (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) Das Konzept von Eyberg hat die Verhaltenstherapie nach Constance Hanf sowie die Spieltherapie als theoretische Grundierung. PCIT als direktive Methode, zielt unter anderem darauf, das schlecht angepasste Verhalten von Kindern zu verändern. Einen ersten Erfolgsvergleich von CPRT und PCIT liefert die Arbeit von Duffy (2008), wengleich die Aussagekraft der Arbeit aufgrund der Anzahl der Probanden, die die Untersuchung auch bis zur letzten Einheit begleitet haben, gering ist (drei Personen pro Modell).

Im Rahmen dieser Arbeit wird ausschließlich mit dem Filialtherapiemodell nach Landreth (CPRT) gearbeitet.

3.3.1 Struktur der CPRT

Die CPRT stellt die nächste Entwicklungsstufe zur Spieltherapie dar. Während in der Spieltherapie der Therapeut direkt mit dem Kind arbeitet, findet in der CPRT die Arbeit nicht zwischen Therapeut und Kind statt, sondern die Mutter (als der engen Bezugsperson) führt zu Hause die Spieltherapie mit ihrem Kind durch. In der Eltern-Kind Beziehungstherapie existieren zwei Beziehungs- und Arbeitsebenen. Einmal die Ebene Berater-Eltern in der Gruppentherapie und einmal die Ebene Mutter (als engste Bezugsperson)-Kind im Spielsetting zu Hause. Für den Erfolg der Therapie ist eine gute Beziehungsqualität auf beiden Ebenen notwendig.

Dabei wird die Beziehung zwischen Mutter und Kind als Basis der Veränderung und Entwicklung gesehen. Das angestrebte Ziel ist nicht ein bestimmtes Problem beim Kind zu lösen, als vielmehr die Beziehungsqualität zwischen Mutter (der engen Bezugsperson) und Kind zu steigern und verbesserte Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind zu

etablieren (Landreth 2002). Die Eltern werden vor Beginn der Spielsitzung in Gruppen von Maximal 8 Ehepaaren vom Berater mit den Grundprinzipien der Spieltherapie vertraut gemacht, damit die Bezugspersonen zu Hause selbständig die Spielsitzungen durchführen können. Die Spielsitzungen werden durch Supervision begleitet. Interessant an der Struktur der CPRT ist, dass für die Trainingseinheiten in der Literatur ein definierter Zeitraum von sechs bis zehn Wochen empfohlen wird. Die Angabe von einer definierten Therapiedauer ist umso interessanter, da für die herkömmliche Spieltherapie generell kein Zeitablauf und Tempo hinsichtlich eines erfolgreichen Abschlusses der Therapie vorgegeben wird. Landreth (2002) kann aufgrund seiner Erfahrungen bestätigen, dass bereits nach 10 Wochen sowohl bei den Eltern als auch bei den betroffenen Kindern ein persönliches Wachstum zu konstatieren ist, sodass die Filialtherapie nach diesem Zeitraum mit Erfolg abgeschlossen werden kann. Weisen Kinder schwere emotionale Probleme auf, kann die Filialtherapie auch länger andauern. Doch grundsätzlich kann nach 10 Wochen, mit einem wöchentlichen Aufwand von eineinhalb Stunden Training, und einer halben Stunde Spieltherapie mit dem Kind, die Zusammenarbeit erfolgreich abgeschlossen werden. Die Eltern werden innerhalb des definierten Zeitraumes in die Lage versetzt, die Beziehung zu ihrem Kind nach den axlinischen Prinzipien zu gestalten. Dieses neue Wissen um die Anerkennung und Hochschätzung der Autonomie des Kindes, das Vertrauen in die Aktualisierungstendenzen des Kindes, beeinflusst die Interaktion zum Kind. Dem Kind ist damit in zweifacher Hinsicht geholfen – Zum einen wird das Kind während der Therapiedauer in den Spielsitzungen, eine positive Veränderung erfahren. Zum anderen wurde empirisch festgestellt, dass generell die Mutter-Kind Beziehung im alltäglichen Leben verbessert wird. (VanFleet, 2005)

Die Novität in der Therapielandschaft

Persönliche Probleme im Leben sind nicht nur kognitiver Natur, die lediglich auf Verstehensfragen zurückzuführen sind. Es gibt in uns auch eine affektive, emotionale, erlebte Ebene, die unsere Gedanken und Handlungen unmittelbar beeinflussen. In dieser erlebten Ebene spielt der Körper eine entscheidende Rolle. Denn unsere Empfindungen und Gefühle erleben wir in unserem Körper, einem Teil von uns, der durch jeden seiner Teile unser selbst repräsentiert. Arbeitet der Therapeut mit der Person in der Therapie, dann sucht er die affektive und die emotionale Welt des Klienten zu erreichen, um in der Problemlösung Wirkung entfalten zu können.

Die Mutter-Kind Beziehung zeichnet sich durch starke Emotionen und Gefühle aus. Das Kind wird einerseits geliebt, andererseits bereitet es viele Probleme, die die Mutter jeden Tag aufs Neue herausfordert. Die Probleme beginnen schon bei banalen Themen des Alltags, es will zu Mittag nicht essen, es will abends nicht Einschlafen, es will nicht ruhig sitzen und für die Schule lernen oder es will erst gar nicht in die Schule gehen. Jeden Tag ist die enge Bezugsperson mit solchen oder ähnlichen Problemen konfrontiert – Probleme, die die Geduld der Eltern stark auf die Probe stellen, große Emotionen und Gefühle hochkommen lassen, die oftmals nicht verarbeitet werden. Doch diese Empfindungen, die im Körper präsent sind, bestimmen unbewusst die Handlung und Beziehung der Person, insbesondere mit der Konflikt auslösenden Figur. Um bei der Bezugsperson eine spürbare, erlebbare Wirkung effektiver hervorzurufen zu können, wurde im Rahmen der Filialtherapie eine vollkommen neue Idee entwickelt. Neben der klassischen Gesprächstherapie wird eine erfahrungsorientierte Therapie durchgeführt. Dabei wird versucht, den Therapieprozess auf einen zentralen Aspekt, auf das unmittelbare Gefühlserleben der Bezugsperson zu fokussieren und zwar mittels gefühltem Erleben in einer im hier und jetzt gefühlten Erfahrung, direkt mit der Konflikt auslösenden Person. Diese Vorgangsweise erhält ihre Exklusivität erst durch die Verbindung mit der Supervision. Der Klient, der während der Gruppentherapie selbst mit verschiedenen Aspekten einer hilfreichen Beziehung in Kontakt gerät und emotionale Erfahrung über eine therapeutische Beziehung erlangt, hat die Möglichkeit diese erfahrene Veränderung des Selbst in der Begegnung mit der konfliktträchtigen Person für sich abzuwägen, die Standhaftigkeit des neuen Selbst zu befehlen, zu erspüren und erweiterte Grenzen abzutasten. Man kann diesen Vorgang auch so formulieren: Die Mutter versucht ihre neu erworbenen emotionalen Kompetenzen auf den Prüfstein zu stellen. Wie fühle ich mich in

der neuen Rolle einer verständnisvolleren Person? Welche Empfindungen beherrschen mich in der Auseinandersetzung mit der Konfliktperson? Wie gehe ich mit diesen Empfindungen um? Nach dieser erlebten Erfahrung bzw. dem Spielsetting, hat sie wieder die Gelegenheit die gelebten Eindrücke, die gefühlten Empfindungen mit dem Therapeuten zu besprechen. Der Therapeut begleitet die Klienten auf der Suche nach den gefühlten Bedeutungen, etwa durch Spiegelung von Gefühlen, die von der Klientin noch nicht bewusst erfasst sind.

Diese Form der intensiv erlebnisorientierten Behandlung bietet den Vorteil, dass durch den Einbezug der Konflikt auslösenden Person, der Veränderungsprozess des Klienten mit Hilfe der Supervision effizienter begleitet werden kann. Im 30 bis 45 Minuten langen Spielsetting laufen die Interaktion und der Einsatz des emotionalen Wissens auf einer bewussteren Ebene ab. Und was noch mehr zählt: die Inhalte und das gefühlte Erleben können mit dem Supervisor gesondert besprochen, vage Gefühle und Empfindungen besser geortet werden. Die Kombination von Therapeut, Training im Spielsetting sowie Supervision und Feedback macht die Filialtherapie zu einem besonders dynamischen Instrument in der Therapielandschaft.

3.3.2 Ziel der CPRT

Die CPRT ist eine spezielle Form der personenzentrierten Psychotherapie, mit dem Ziel dem Kind zu helfen seine Inkongruenzen abzubauen und Gefühle besser zu integrieren. Sie ist nicht problemorientiert. Ebenso wenig ist sie darauf ausgerichtet ein Problemverhalten direkt aufzuheben bzw. dem Kind abzugewöhnen. Vielmehr liegt der Fokus auf den zukünftigen Entwicklungspotentialen des Kindes. (Landreth, 2006) So wie Rogers und Axline, vertraut auch hier der Therapeut auf ein autonomes selbstgesteuertes Wachstum und auf die innere Aktualisierungstendenz des Kindes. Wesentlich ist, dass das Kind ein neues Bild von der Mutter wahrnimmt. Die Beziehung gilt hier als das zentrale Mittel der Veränderung. Das Verhalten ist eine Funktion der Beziehung. Wird die Beziehung konstruktiv verändert, verändert sich auch das Verhalten des Kindes positiv.

Konzipiert ist das Modell für Kinder zwischen 2-10 Jahren. Doch auch für ältere Kinder kann eine Filialtherapie eingesetzt werden, wenngleich mit anderen Spielen. Spielideen für ältere Kinder wären z.B. zusammen Kuchen backen, einen Vogelhaus schreinern, Modellflugzeuge basteln, etc. (Landreth, 2006)

In der Filialtherapie wird von der Einsicht ausgegangen, dass eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung auf eine positive, gut funktionierende Beziehung zwischen dem Kind und den unmittelbaren Bezugspersonen basiert. Der Weg für eine tiefere und reichere Beziehungsform ist, den Eltern bzw. den Bezugspersonen des Kindes spezifische Kompetenzen und Einstellungen zu vermitteln, damit sich die Mutter-Kind Beziehung verbessert. Diese wird dann intensiviert, wenn die Eltern (Landreth, 2002)

- ihre Kinder besser verstehen und akzeptieren lernen,
- Sensitivität für die Gefühle ihrer Kinder entwickeln,
- lernen die Selbstverantwortung und die Eigenständigkeit des Kindes zu erhöhen,
- Einsicht in der Beziehung zwischen sich selbst und dem Kind gewinnen, die Wahrnehmung gegenüber ihrem Kind verändern und
- Entwicklungsmöglichkeiten in ihrem Kind entdecken sowie spieltherapeutische Kompetenzen erwerben, um Spielsitzungen selbst durchzuführen.

Eltern haben ihren Kindern gegenüber häufig implizite Erwartungen hinsichtlich Leistung und Aufgabenerfüllung. Werden diese nicht erfüllt, zeigt sich die Enttäuschung der Eltern unbewusst in Einstellungen und Haltungen. Doch trotz Mängel des Kindes, ist eine grundsätzlich positive Einstellung in der Beziehung zum Kind notwendig. Positive Haltungen der Eltern ihren Kindern gegenüber haben signifikante Effekte auf das Verhalten der Heranwachsenden. (Kale & Landreth, 1999)

Der neue Vorstoß der Filialtherapie besteht nun darin, die Eltern mit spezifischen zwischenmenschlichen Kompetenzen auszustatten, damit deren Einstellungen und Praktiken gegenüber ihren Kindern dauerhaft verändert werden. (Goetze, 2009, Goetze & Grskovic, 2008) Auf diese Weise lernen die Eltern die Nöte und Sorgen der Kinder, mit den Augen und mit dem inneren Referenzrahmen des Kindes zu sehen. Sie können sich auf diese Weise in das Seelenleben ihres Kindes besser hineinversetzen und sie verstehen lernen. Wenn die Eltern dem Kind die notwendige psychische Unterstützung in seinen verschiedenen Lebensphasen bzw. -krisen zur Verfügung stellen können, gelingt es diesem aus eigener Kraft Probleme zu überwinden und diese bei bestehenden Verhaltensauffälligkeiten, abzubauen.

CPRT arbeitet mit spezifischen Techniken. Die Bezugspersonen erhalten eine Schulung, um mit dem Kind im Rahmen einer Spieltherapie zusammenarbeiten zu können. Ziel der Beziehungstherapie ist zweierlei: einerseits wird die Mutter-Kind-Beziehung verbessert,

wodurch das Kind in die Lage versetzt wird, seine Inkongruenzen besser zu überwinden. Andererseits wird mit Hilfe der Spieltherapie dem Kind geholfen, seine unbewussten Phantasien und Gefühle durchzuspielen und auf diese Weise zu verarbeiten.

Obschon die Mutter lediglich ein zehnwöchiges Training erhält und folglich keine langwierige Ausbildung über mehrere Jahre auf sich nehmen muss wie jene eines Spieltherapeuten, ist sie in der Lage, die Verhaltensauffälligkeit ihres Kindes abzubauen. Gelingt es, die Beziehung zwischen Mutter (als enge Bezugsperson) und Kind zu verbessern, schafft es die Mutter empathisch auf die Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt des Kindes einzugehen, werden im Kind konstruktive, selbstheilende Kräfte aktiviert, und die Eltern können künftig mit Problemen in der Erziehung besser zu recht kommen. (VanFleet, 2005)

3.4 Fragestellung A: Relevanz der Core Conditions in der CPRT

Inwieweit sind für die Transformation in der Filialtherapie neben den Schulungen auch Core Conditions als Common Factor notwendig, damit die Beziehung zwischen Mutter (als nahe Bezugsperson) und Kind verbessert werden kann?

Aus Wickstroms Studie (2009) kommt hervor, dass der Veränderungsprozess, der durch die Filialtherapie in den Bezugspersonen hervorgerufen wird, nicht nur auf die Mutter/Vater-Kind Beziehung einen positiven Einfluss ausgeübt hat. Die Eltern-Kind Beziehungstherapie hat auch in der partnerschaftlichen Beziehung positive Effekte für die Bezugspersonen nach sich gezogen. Auch hat sie die Beziehung zu den Geschwistern und den übrigen Familienmitgliedern positiv beeinflusst. Aus der Studie von Bavin-Hoffmann, Jennings & Landreth (1996) erfahren wir, von einer Veränderung der Gesamtpersönlichkeit. In einem Bericht eines Teilnehmers heißt es nach dem CPRT-Training:

„I think that for me, it tuned me into just better communication skills with everyone and learning how to recognize people's feelings about something.”
(Bavin-Hoffman, Jennings & Landreth, 1996, 51)

In der Studie von Edwards, Sullivan et al. ist die Wahrnehmung eines CPRT-Teilnehmers wie folgt:

„This training means a lot to me. It changed my life“ (Edwards et al., 2010, 167)

Wie hier ersichtlich wird, entfaltet CPRT eine breitere Wirksamkeit auf die Psyche der Person als zunächst von den Gründungsvätern und den praktizierenden Therapeuten angepeilt. Bei den beteiligten Eltern findet nicht nur eine Veränderung an der Oberfläche, sondern auch eine Veränderung in der Tiefe statt.

Wodurch wird aber diese Persönlichkeitsveränderung herbeigeführt? Ist die Persönlichkeitsveränderung der Bezugspersonen ausschließlich auf Inhalt und Qualität der Schulungen und Trainings zurückzuführen? Erfolgt die Persönlichkeitsveränderung bei den Bezugspersonen lediglich durch Training im Spiel mit dem Kind?

Spielen da auch andere Faktoren mit bzw. laufen da andere Prozesse ab in der Therapie, die bisher in ihrer Bedeutung noch nicht in ausreichendem Maße hervorgehoben wurden? Was sind in der Filialtherapie die Bedingungen, unter denen bei der Bezugsperson eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung statt findet? Wodurch ereignet sich hier Veränderung?

Es gilt die Filialtherapie in ihren Grundsätzen dahingehend zu überprüfen, ob hier nicht auch die Core Conditions von Rogers greifen, wodurch erst eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung bei den Eltern ermöglicht wird. Denn über intellektuelle Vorträge und Schulungen können nicht tief greifende Persönlichkeitsveränderungen in Gang gesetzt werden. Rogers hatte zum Thema Mittel und Wege zur Veränderung der elterlichen Einstellung festgestellt: „We shall recognize that important as parental attitudes have been proven to be the task of altering them is difficult , and such studies as have been made indicate that with our present knowledge success is possible only in an moderate proportion of cases.“ (Rogers, 1939, 184) “The fact that parents may be able easily to absorb training for a job ... does not mean that they can learn even simple factual data when this goes contrary to their emotional need.“ (Rogers, 1939, 186) Die Tatsache, dass Eltern leicht für einen Job trainiert werden können, bedeutet nicht, dass sie einfache Zusammenhänge lernen können, die im Widerspruch zu ihren emotionalen Bedürfnissen stehen. Aufgrund seiner Studien, erkannte Rogers, dass es schwierig ist die Haltung der Eltern über Informationserweiterung zu verändern. Abhängig vom Thema spielt die Emotion einer Person für die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen eine entscheidende Rolle. Daraus wird hier der Schluss gezogen, dass der Erfolg der Filialtherapie nicht ausschließlich auf die Schulungen zurück geführt werden kann. Es gilt hier die Variablen der Transformation herauszuarbeiten und zu spezifizieren.

Eine umfassende Beschreibung hinsichtlich des Therapieprozess bietet Landreth in seinem Buch „Child Parent Relationship Therapy“ (2006). Hinsichtlich den Prinzipien der Filialtherapie betont er, dass für den Kind-zentrierten Ansatz die personenzentrierten Grundsätze eine wichtige Orientierung bieten.

Mein persönlicher Zugang zu diesem Themenkomplex sind die Beziehungsebenen, die in dieser Arbeit in ihrer Bedeutung hervorgehoben werden. Es existieren in der CPRT (Eltern-Kind Beziehungsetherapie) zwei Beziehungsebenen: einmal eine Ebene zwischen Therapeut und der Gruppe (Bezugspersonen) und eine weitere Ebene zwischen Bezugsperson und Kind im Spielsetting. In jeder dieser Beziehungsebenen finden unterschiedliche Prozesse statt, die differente Wirkfaktoren nach sich ziehen. Eine Frage, die sich hier vordergründlich aufdrängt ist, welche Interdependenzen zwischen der Beziehungsebene „Berater-Bezugsperson“ und der Beziehungsebene „Bezugsperson-Kind“ bestehen. Es soll der Frage nachgegangen werden, in wieweit Einstellungsänderung und Persönlichkeitsentwicklung bei der Bezugsperson notwendig ist, damit tatsächlich eine Verbesserung der Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern bzw. der engsten Bezugsperson hergestellt werden kann.

3.4.1 Die Beziehungsebene Therapeut - Eltern

Bevor der Therapeut die Arbeit mit den Eltern in der Gruppe aufnimmt, hat er bereits in einem ersten Kontakt die Eltern persönlich kennengelernt und ein Erstgespräch geführt, in dem er über die Ziele und die Vorgangsweise der Filialtherapie spricht. In der Gruppe schließlich kommen alle Elternpaare – empfohlen sind 6-8 Elternpaare – mit dem Therapeut zusammen. Offiziell ist das Ziel, die Eltern in die Grundprinzipien der Spieltherapie einzuführen, damit die engere Bezugsperson zu Hause selbständig eine Spieltherapie unter Supervision durchführen kann. Der Therapeut erfüllt in der Eltern-Kind Beziehungstherapie abweichend von der klassischen Spieltherapie eine Doppelrolle. Er ist sowohl Therapeut und Supervisor, als auch Lehrer in einer Person.

A) Die Gruppentherapie in der Filialtherapie

Eltern, die in der Beziehung zu ihrem Kind Probleme feststellen, und die mit diesen Problemen alleine nicht mehr fertig werden, haben das Reservoir ihrer Verhaltensalternativen ausgeschöpft und wissen nicht mehr, mit welchem Verhalten eine Verbesserung beim Kind herbeigeführt werden kann. Die Eltern zweifeln an sich selbst, an ihren elterlichen Fähigkeiten (Landreth, 2002). In der Filialgruppe sehen sie erstmals, dass es auch andere Eltern gibt, die mit Problemen in der Eltern-Kind Beziehung nicht alleine fertig werden. Und sie erfahren, dass grundsätzlich verschiedene Einstellungen und Lösungen zu Erziehungsfragen existieren. Nachfolgend sollen die Charakteristika und die Wirkfaktoren der Gruppentherapie im Rahmen der CPRT zum besseren Verständnis der Prozessvariablen näher erläutert werden.

Charakteristika einer Gruppenarbeit

In der Filialtherapie fungiert der Berater sowohl in der Funktion eines Therapeuten bzw. Supervisors als auch in der Funktion eines Lehrers, der die Bezugspersonen in die Grundprinzipien der Spieltherapie einführt. Bedingt durch diesen Umstand wird nachfolgend von einer semi-therapeutischen Gruppenarbeit gesprochen. Es handelt sich hier also weder um eine reine Therapiearbeit noch um eine reine Schulung. In dieser semi-therapeutischen Gruppenarbeit wird sowohl therapeutisch als auch pädagogisch vorgegangen. Die Formation der Eltern zu einer Gruppe verfolgt das Ziel, die Phänomene der Gruppe für konstruktive Veränderung, Wachstum und Entfaltung der Persönlichkeit zu nutzen.

Pages (1974) sieht ein Kernmerkmal der Gruppe darin, dass sie ein Ort der Beziehungsphänomene sei. Beziehungsphänomene tauchen auf, weil Beziehung der ursprüngliche Ort der Affektivität ist. Für Pages sind Beziehungen und Gefühle untrennbar miteinander verbunden. Die Gefühle und Affekte stehen in der Filialgruppe im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit und stellen wichtige Elemente im Heilungsprozess bzw. in der Persönlichkeitserweiterung dar.

Die Beziehung impliziert ein unbewusst oder bewusst erlebtes Gefühl für einen anderen. Damit jedoch eine Bewegung in der Persönlichkeit des Individuums einsetzt, muss der einzelne in der Gruppe mit den anderen in Beziehung treten. Das verbindende Element in der Filialtherapie ist, dass alle Teilnehmer Kinder haben und versuchen, die Beziehung zum eigenen Kind positiver zu gestalten. Die Verbesserung der Eltern-Kind Beziehung als gemeinsames Ziel, stellt ein förderliches Beziehungselement dar.

Eine Gruppenarbeit birgt in sich gegenüber der dyadischen Einzelarbeit entscheidende Vorteile. In der Gruppe ist es einfacher, die Eltern dazu zu ermutigen, sich zu öffnen und neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Indem Eltern von den Erfahrungen anderer hören, erkennen sie, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine da stehen. Andere Eltern sind mit ähnlichen oder sogar schwierigeren Problemen im täglichen Leben konfrontiert. Durch die Erweiterung ihrer subjektiven Welt auf andere soziale Systeme, fällt es den Eltern leichter ihre inneren Barrieren zu lockern und aus sich herauszugehen. (Landreth, 2006) Sie erkennen in dieser offenen Atmosphäre, in der jeglicher Druck und jede Bedrohung fehlt, dass auch andere Eltern mit Problemen in der Erziehung konfrontiert sind und verlieren den selbst auferlegten Druck perfekt zu sein. Landreth schreibt: Wenn Eltern verständnisvoll den Kopf nicken während ein Gruppenmitglied über ein Problem berichtet, kann der CPRT-Trainer diese Geste durch folgendes Kommentar verallgemeinern: „The rest of you know what that is like.“ (Landreth, 2006, 50) Diese Art des Zusammenschließens von Eltern hilft in der Gruppe Isolation und Ängste zu überwinden. Eine solche Vorgehensweise des Therapeuten in der Gruppe wirkt sich insbesondere auf die Gruppenkohäsion sehr positiv aus. (Landreth, 2002, Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2001) Die Gruppenkohäsion entwickelt sich allmählich. Sie stellt eine wichtige Dimension der Filialtherapie dar. Für ihre Aufrechterhaltung und Förderung ist insbesondere in der Anfangsphase darauf zu achten, dass der Gruppenleiter von Anbeginn an der Gruppengemeinschaft arbeitet.

Zu einer guten Gruppenkohäsion zählt es auch, dass der Gruppenleiter stets darauf achtet, dass kein Elternpaar in der Gruppendiskussion dominiert. Sonst besteht das Risiko, dass sich andere Teilnehmer nicht wertgeschätzt fühlen und in die Passivität verfallen. (Landreth, 2002) Für Wachstum und Entfaltung ist eine aktive Mitarbeit Grundvoraussetzung.

Mente und Spittler (1980) sehen einen qualitativen Unterschied der Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie darin, dass der einzelne Gruppenteilnehmer nicht nur vom Gruppenleiter Verständnis und Akzeptanz erlebt, sondern auch von den anderen Teilnehmern der Gruppe. Es ist nicht nur der Therapeut da, sondern die Peergroup, mit der man ähnliche Probleme teilt und die gleichen Ziele anstrebt. Geben einzelne Mitglieder Kommentar ab, wirken diese mindestens genauso positiv, wie jene vom Therapeuten, der einem bestellten Akzeptator gleichkommt.

Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor, der für die Gruppentherapie geortet werden kann ist, dass die einzelnen Mitglieder der Gruppe zu einem großen Ausmaß über Beobachtung, z.B. über die Präsentation der individuellen Spielsitzungen mit einem Kind, lernen können. Auch die Diskussionen nach den Spielsitzungen, die dem einzelnen Mitglied die Möglichkeit geben ihre Erfahrungen über Erfolge, Misserfolge und Einsichten auszutauschen, entfalten große Wirkung für den therapeutischen Prozess.

Dennoch hängt der Erfolg der Gruppentherapie für den Einzelnen vom Gruppenleiter ab. Es liegt am Gruppenleiter, Bedingungen zu schaffen, unter denen alle Eltern bereit sind, sich selbst über Introspektion zu explorieren, um ein besseres Verständnis von sich selbst zu erlangen. (Schmid, 1996) und selbständig ihre Persönlichkeit zu verändern.

Welche Aufgaben der Gruppenleiter in der CPRT jeweils als Lehrer und gleichsam als Therapeut zu erfüllen hat, soll in den nächsten zwei Kapiteln detaillierter besprochen werden.

B) Die neue Doppelrolle des Beraters

Der Berater in der Rolle als Lehrer

In der Filialtherapie ist es Ziel, dass die Eltern in die Grundprinzipien der Spieltherapie eingeführt werden. Dabei erhalten sie eine Liste von Spielsachen, die im Spielsetting mit dem Kind benötigt werden. Der Berater muss also über ein spezifisches intellektuelles Wissen verfügen, das er den Eltern geschickt weitervermittelt. Er übernimmt hier die Rolle eines Lehrers, der auf Basis humanistischer Grundprinzipien seine Arbeit aufnimmt. In Anlehnung an Landreth (2002) hat der Berater 10 Wochen Zeit, um seinen Klienten die tragenden Elemente der nicht-direktiven Spieltherapie zu vermitteln, damit diese zu Hause selbständig die Spielsettings durchführen können. Die zu lehrenden Elemente betreffen das Orientieren, das aktive Zuhören, das Mitspielen und das Grenzsetzen. (Götze, 2009) Diese Inhalte werden den Eltern durch strukturierte Übungen sowie durch Beispielvideos von früheren Spieltherapiesitzungen näher gebracht.

- Jede Bezugsperson hat zwischen 30 und 45 Minuten in der Woche Zeit, um die gelernten Inhalte in einem speziell eingerichteten Spielsetting zu Hause umzusetzen. Die spezielle Spielzeit muss so eingeplant werden, dass die Bezugsperson keinen Stress fühlt und ausreichend Zeit hat, um sich emotional auf das Kind konzentrieren zu können.
- Die Eltern werden explizit dazu angehalten, die speziell gelernten Fertigkeiten nicht außerhalb des Spielsettings anzuwenden. Damit wird verhindert, dass sich die Bezugsperson überfordert fühlt und von Gefühlen des Versagens übermannt wird. Landreth (2006) weiß aus Erfahrung, dass sobald die Eltern Vertrauen in ihre neu erworbenen Fertigkeiten gewinnen, sie diese auch spontan und intuitiv außerhalb der Spieltherapie umsetzen.
- Das Trainingsmodell in CPRT baut auf die Stärken der Eltern auf und ist nicht problemorientiert. Als Supervisor für die Spielsettings der Eltern, konzentriert sich der Lehrer mit seinen Reflexionen ausschließlich auf die positiven Aspekte der Elternarbeit mit ihren Kindern. In dem der Lehrer auf die Stärken der Eltern setzt, ermöglicht er ihnen zu wachsen und ihre Probleme zu überwinden.
- Der Therapeut, der die Spielsettings als Supervisor begleitet, kommentiert die Spielsettings der Teilnehmer, die entweder live in einem Nebenraum stattfinden oder über Videoaufnahmen präsentiert werden. Der Fokus des Feedbacks richtet

sich auf Handlungsweisen, die die Bezugspersonen korrekt umsetzen und gut verstanden haben. Auch andere konstruktive Veränderungen werden bewusst vom Lehrer zur Sprache gebracht. Die anderen Gruppenteilnehmer beteiligen sich ebenso am Feedback, wodurch die Gruppenerfahrung einen starken Einfluss auf die einzelnen Teilnehmer ausübt. Das Feedback ist ein wichtiges Instrument für den Erfolg der Filialtherapie.

- Das Lernen erfolgt zu einem großen Ausmaß durch Erfahrungen, die die Bezugspersonen im Rahmen der Spielsettings machen sowie durch Beobachtung der Spielsettings anderer Gruppenteilnehmer.

Der Berater arbeitet nicht nur als Lehrer, der über ein spezifisches Wissen und geschickte Lehrtechniken verfügen muss, sondern auch als Therapeut tätig, der in der supervisorischen Arbeit mit den Eltern über genügend Sensibilität verfügt. Der Berater erfüllt eine wichtige Doppelrolle, die in der Praxis nicht unproblematisch ist. Ein Filialtherapeut in Ausbildung beschreibt seine Situation wie folgt:

„The area I need to make the most improvement in is related to balancing teaching with counseling. I am more comfortable teaching the information related to filial therapy and less comfortable addressing the emotional needs of parents as they arise in the group. Although I recognize these needs, I struggle with how I should address them, how often and how in –depth I should go. I know I do not want the session to focus fully on counseling. However, I believe I am currently missing many opportunities to quickly address emotional needs of parents which would allow them to better focus, and I am missing many opportunities to role-model how reflecting feelings and communicating can be impactful, the very skills I am training them to use with their children. (Landreth, 2006, 48)

Eine ausgewogene Balance zwischen den didaktischen und den therapeutischen Aufgaben des CPRT-Leiters ist für den Erfolg im Therapieprozess entscheidend. Wie bereits weiter oben festgehalten, müssen die Eltern zunächst einmal über ihre eigenen Gefühle und unbewussten Impulse Klarheit gewinnen, bevor sie emotional in der Verfassung sind, neue Konzepte aufzunehmen und sich selbst zu verändern.

Rogers postuliert, dass es in der Ausbildung nicht in erster Linie darauf ankommt, was man vermittelt sondern wie man Inhalte vermittelt. Entscheidend ist nicht *was* der Therapeut tut, sondern aus welcher Einstellung heraus er es tut. (Schwab, 1980) Geht es hier aus der Sicht

des Therapeuten um eine reine Verhaltenstherapie oder um eine Beziehungstherapie, in der der Therapeut mit Achtung, unbedingter Wertschätzung und Empathie dem Klienten begegnet? Rogers räumt den Emotionen für die Aufnahmefähigkeit von Informationen eine zentrale Stellung ein. Die neuen Informationen müssen leibhaftig empfunden werden. Aus seinen Erfahrungen mit Eltern hat er herausgefunden, dass Personen Informationen nicht aufnehmen, wenn diese ihren emotionalen Haltungen widersprechen. (Rogers, 1939) Werden die zu vermittelnden Inhalte abgelehnt, werden auch die Vermittler der Botschaften nicht akzeptiert.

Wie wir sehen, existieren bestimmte Bedingungen, die primär erfüllt sein müssen, damit der konstruktive Veränderungsprozess in der Filialtherapie erfolgreich seinen Lauf nimmt. Der Filialleiter wird als Lehrer nur dann erfolgreich sein, wenn er mit spezifischen therapeutischen Haltungen und Sichtweisen vorgeht und die Kapazität der Eltern für die Akzeptanz von unterschiedlichen Informationen nicht überschreitet.

Doch sind in der CPRT dem Filialtherapeuten Grenzen gesetzt: Er muss innerhalb von 10 Settings die Therapie mit der Gruppe abschließen. Damit darf der Therapeut in den Trainingseinheiten nicht zu lange bei den emotionalen Bedürfnissen der Eltern verweilen. Der Berater wird mit der Herausforderung konfrontiert, sowohl einerseits einen ausgewogenen Mittelweg für die Reflexion und Spiegelung der emotionalen Themen der Klienten sowie andererseits für die Vermittlung der Technik zu finden. Ein Filialtherapeut in Ausbildung schildert, wie er gleichsam diese Problematik in den Griff bekommt:

„The crunch of trying to get in all of the training agenda in each training session nagged at me in every session, and I sometimes felt myself become annoyed when parents would go into a drawn-out story about their children. About halfway through the 10 training sessions, I learned how to loosen my grip on the agenda of the sessions in order to meet more of the personal, emotional needs of the parents. As the weeks went on, I became more relaxed about this, realizing that parents occasionally need to vent their feelings in order to clear their systems so they can concentrate and really learn the content of the training. I also became much better at redirecting a parent when it was time to move on. ...” (Landreth, 2006, 49)

Da die Eltern in einer Gruppe mit dem Filialtherapeuten zusammenarbeiten, entsteht hier eine Eigendynamik, in der Gruppenteilnehmer verstärkt den Wunsch in sich spüren, mehr aus sich selbst herauszugehen und über sich zu erzählen. Für den Therapeuten gestaltet es

sich nicht einfach, einerseits den Bedürfnissen aller Gruppenteilnehmer gerecht zu werden und andererseits mit den Inhalten des Trainings zeitgerecht fortzuschreiten, um die Therapie termingerecht zu beenden. Aber mit zunehmender Erfahrung wird der Filialtherapeut ein Gefühl dafür kriegen, wie eine ausgewogene Balance zwischen diesen zwei Erfordernissen gefunden werden kann.

Der Berater in der Rolle als Therapeut

Mütter und Väter, die sich in die Filialtherapie einfinden, sind oft mit Problemen ihres Kindes konfrontiert, die sie nicht verstehen, mit denen sie nicht umgehen können. Der Stil der jeweiligen Erziehung ist Ausdrucksform bestimmter Lebensanschauungen. Die Eltern sind der inneren Überzeugung, dass ihr erzieherisches Tun in bester Absicht geschieht. Sie wissen es nicht besser. Wenn es in der Erziehung zu Problemen kommt, steht ihnen innerhalb ihres Erziehungsstils eine beschränkte Handlungsalternative zur Verfügung. Sind diese ausgeschöpft, fühlen sich die Eltern hilflos. Sie sind ratlos. In solchen Fällen zweifeln die Eltern auch an ihren elterlichen Kompetenzen. Sie sind in ihrem beschränkten Interaktionsstil gefangen (Kessel, 1976). Die neuen Prinzipien, die sie in der Filialtherapie kennen lernen, verlangen ein neues Interaktionsverhalten im Umgang mit ihren Kindern. Damit sich Eltern für neue Interaktionsstile öffnen, ihr Selbstbild erweitern und persönliches Wachstum erfahren, ist es notwendig, dass sie sich selbst vom Therapeuten akzeptiert und verstanden fühlen. Der Therapeut hat in einer facilitativen Weise vorzugehen, so dass sich keiner der Gruppenteilnehmer bedroht fühlt.

Der Wandel der Selbst-Gestalt, die Veränderung der zentralen Funktionen der Persönlichkeit, erfolgt primär durch die therapeutische Arbeit. Diese Arbeit ist umso wichtiger, da die Eltern, die nach den axlinischen Prinzipien mit ihrem Kind im Spielsetting zusammenarbeiten, die Inhalte ansonsten entweder gar nicht oder nicht überzeugend umsetzen können. Die Person muss Wärme, Empathie und Wertschätzung in einem vertrauensvollen Klima selbst erfahren, damit sie in die Lage versetzt wird, einer anderen Person eine ähnliche Beziehung bieten zu können. (Patterson, 1969)

Aber wie schafft es der Therapeut, dass sich im Klienten ein therapeutischer Prozess vollzieht?

3.4.2 Ergebnisse zu Fragestellung A

Wir befinden uns auf der Beziehungsebene Therapeut - Klient (Eltern) in der Gruppe. Die Frage, die sich hier ergibt ist: Inwieweit sind für die Transformation in der Filialtherapie auch Core Conditions als Common Factors notwendig, damit die Spieltherapie zwischen Mutter (als nahe Bezugsperson) und Kind erfolgreich abgeschlossen werden kann? Wie lässt sich grundsätzlich der Therapieprozess in der Filialtherapie zwischen Therapeut und den Bezugspersonen beschreiben?

Wie bereits weiter oben festgelegt und in Kapitel 3.5.2 noch einmal detaillierter ausgeführt werden wird, erfolgt die Arbeit zwischen Bezugsperson und Kind auf den Prinzipien von Axline. Landreth (2006) beschreibt in seinem sehr umfassenden und mit vielen Erfahrungsberichten angereichertem Buch spezifische Haltungen und Sichtweisen des Therapeuten, die in der Arbeit mit den Bezugspersonen zum Einsatz kommen. Einen ersten expliziten Hinweis für die Grundlage der methodischen Orientierung der Arbeit mit den Eltern findet man bei Guernsey in seinem Paper „Filial Therapy: Description and Rationale.“ (1964) Er schreibt: „But when exploration of parental feelings and attitudes is involved in the instruction and later discussions, the group therapist is relatively client centered.“ (Guernsey, 1964, 305) D.h. die Arbeit zwischen Therapeut und den Eltern basiert auf klientenzentrierten Prinzipien, im Sinne einer wertschätzenden, non-direktiven Arbeitsweise.

Landreth (2006) erwähnt in seinem Buch lapidar, die essentiellen Merkmale eines Filialtherapeuten sind prinzipiell die gleichen wie jene eines Spieltherapeuten. Sucht man in der Literatur nach den Merkmalen eines Spieltherapeuten, so erfährt man bei Guernsey (1983), dass die Core Conditions für die Profession des Spieltherapeuten eine herausragende Rolle spielen. Dabei wäre nicht nur das Studium der Methodik von Bedeutung, so Guernsey, sondern die grundsätzliche Offenheit für diesen Ansatz. Das humanistische Menschenbild sei eine erste Voraussetzung für die Ausübung dieses Berufes.

In Analogie zu Guernsey könnte für die semi-therapeutische Arbeit in der Filialtherapie der Schluss gezogen werden, dass auch hier in der Arbeit mit den Eltern die Core Conditions eine spezifische Rolle spielen. Der CPRT-Trainer muss über eine spieltherapeutische Ausbildung verfügen. Für den Erkenntnisprozess wurden nachfolgend jene Aussagen und Berichte zusammengetragen, die den Schluss zulassen, dass die Core Conditions in der semi-therapeutischen Arbeit als Konstante einen wichtigen Faktor darstellen.

A) Einführend zuhören, ohne Verbesserungsvorschläge zu bringen.

Bevor der Therapeut den Klienten mit den axlinischen Prinzipien der Spieltherapie konfrontiert, ist es zunächst notwendig, dass die Eltern ihre Gefühle und Bedürfnisse in der Gruppe klären und dass die Bezugspersonen ihr Selbst explorieren und akzeptieren. (Landreth, 2006, Alivandi-Vafa & Khaidzir, 2009) Die aufgestauten Gefühle sowie widersprüchlichen Impulse müssen zunächst einmal in der Gruppe erkannt und verbalisiert werden. Solange Eltern drängende Gefühle gegenüber ihren Kindern nicht aufarbeiten können, sind sie nicht in der Lage, in der besondern Zeit des Spielsettings die emotionalen Botschaften ihrer Kinder wahrzunehmen. Eltern müssen zunächst Einsicht bei den persönlichen Themen gewinnen. Erst nach diesem Prozess kann ein inneres Wachstum einsetzen. Die neu erworbenen Fähigkeiten können sie in der Folge in den Spielsettings zum Einsatz bringen. Eine Mutter berichtet in der Gruppe:

„I grew up in a highly dysfunctional family, and I’m experiencing some really strong gut reaction feelings about my parents that are probably preventing me from hearing the emotional messages communicated by my child in our playtimes.“

(Landreth, 2006, 18)

Hier berichtet eine Mutter über belastende Gefühle, die sie gegenüber ihrer eignen Eltern empfindet. Diese Gefühle halten sie davon ab, während des Spielsettings die emotionalen Botschaften ihres Kindes zu empfangen.

Ein wichtiger Weg den Eltern hilfreich zur Seite zu stehen, ist ihnen empathisch zuzuhören. Dem Erfahrungsbericht eines in Ausbildung befindlichen Therapeuten ist folgendes zu entnehmen:

“I recognized that Ashley and her husband had an argument on the way to the filial session, and it was obvious that she was going to have a hard time listening until she was able to process how she was feeling right then; so I put my training agenda aside to help her process her feelings. I learned that this kind of flexibility is crucial to filial training. Taking the time to allow Ashley to express her feelings and be heard before I asked her to listen to my training points facilitated the development of rapport and trust in our relationship in addition to clearing her system so she could listen. ... I did not try to help her come to a resolution in her argument with her husband, but I simply reflected and followed her lead.“ (Landreth, 2006, 17-18)

Dem Therapeuten fällt auf, dass eine Klientin unmittelbar vor der Sitzung mit ihrem Mann eine Auseinandersetzung gehabt hatte. Die Klientin war daher mit ihren eigenen Gefühlen beschäftigt, so dass sie nicht in der Lage war, dem Therapeuten zu folgen. Der Therapeut hat die Trainingsinhalte beiseite geschoben und der Klientin die Möglichkeit gegeben, über ihre Gefühle zu sprechen, um Emotionen zu verarbeiten. Zentrale Haltung des Beraters war, der Klientin einführend zuzuhören, ohne Problemlösungen anzubieten. Auf diesem Wege entwickelte sich Vertrauen in der Beziehung zwischen Berater und Klient.

Erfährt der Klient das Gefühl empathisch und interessiert angehört zu werden, wird er dazu befreit sich selber zuzuhören sowie mit größerer Empathie für die eigenen Erfahrungen aufmerksam zu sein. Die Gruppenteilnehmer werden empfänglicher für eigene vage Gefühle. (Rogers, 1975) Erst durch die empfundene Selbstempathie wird es der Person möglich, sich sensibel auf andere einzustimmen. (Barrett-Lennard, 1997) Die empathische Beziehung erhöht nicht nur die Selbstakzeptanz, sie ist die Voraussetzung für eine gesündere Beziehung mit anderen.

Wichtig für die Arbeit des Therapeuten ist, dass er seinen Fokus auf die Gefühle der Eltern richtet, ihrer Gewähr wird und sie spiegelt. (Landreth, 2006)

B) Ein bedeutender Faktor in der Mutter-Kind Beziehung ist das Selbstbild der Mutter

Die Beziehungsdynamik zwischen der engsten Bezugsperson und dem Kind beeinflusst in einem bedeutenden Ausmaß die Entwicklung des Kindes. Ein wichtiger Faktor in der Eltern-Kind Beziehung ist die Sichtweise der Mutter bzw. des Vaters vom Selbst. Das Selbstbild ist eng mit der Selbstverantwortung der Person (internal locus of control) verbunden. (Rogers, 1951, Landreth, 2006) Wenn die nahe Bezugsperson ein klareres Bild von sich selbst hat und Erfahrungen, die sie macht auch in sich symbolisieren kann, dann gewinnt sie eine erweiterte Sicht für ihre Handlungsmöglichkeiten insbesondere auch in Bezug auf ihr Kind. Wichtig ist allerdings, dass im therapeutischen Setting Raum für Widersprüche oder für negative Aspekte der Person vorhanden ist, ohne dass sich die Bezugsperson bedroht fühlt.

Zu einer wertschätzenden Haltung gehört es, dass der Berater einen Erziehungsstil weder missbilligt noch herunterspielt. Er muss die unterschiedlichen Erziehungsstile verstehen und in der Lage sein, die persönliche Wahrnehmungswelt des Klienten betreten zu können,

um sich dort zu Hause zu fühlen. Der Klient ist soweit zu ermutigen, dass er zu einer angemessenen Ausdrucksform seiner grundlegenden Probleme kommt. Wenn die Eltern nicht das Gefühl haben, sich für einen Erziehungsstil oder für eine Einstellung verteidigen oder entschuldigen zu müssen, werden dem Zuhörer die wirklichen Probleme offenkundiger (Rogers, 1994). Die Eltern können selbst erkennen, was das zu Grunde liegende Problem ist, welches sie in ihrer Beziehung zu ihrem Kind unzufrieden stimmt. Sie beginnen die einzelnen Aspekte ihrer Erfahrungen selbst zu erforschen und Widersprüche zu entdecken. Auf diesem Weg nähert sich der Klient seinem wahren Selbst, erlebt was er real fühlt und was aus seinem Organismus herrührt. Diese Prozesse sind für die Entwicklung des Klienten wichtig. Die Persönlichkeit des Therapeuten spielt dabei eine entscheidende Rolle in der Begegnung mit den Eltern. Selbst wenn eine Mutter in der Spielsitzung etwas falsch macht, ist die Aufgabe des Therapeuten sie zu ermutigen, weiterzuarbeiten und dran zu bleiben. (Landreth, 2002) In der Filialtherapie ist nicht vorgesehen, das Verhalten des Klienten zu korrigieren, in dem Sinne, dass ihm mitgeteilt wird, dass er auf der falschen Fährte sei. Die Betonung liegt vielmehr darin, Fertigkeiten und Geschicklichkeiten zu entwickeln. Gewinnt eine Mutter in der Gruppe das Gefühl, sie kann das vermittelte Wissen nicht gut umsetzen und wird dieses Gefühl vom Berater bestätigt, dann wird diese Mutter sich entweder innerlich von den nicht-direktiven spieltherapeutischen Grundsätzen entfernen oder sie wird sich als Mutter für nicht kompetent halten. Der Gruppenleiter hat darauf zu vertrauen, dass jeder Einzelne in der Gruppe sich vorwärts bewegen und sich weiter entwickeln wird. Es werden keine Fehler oder Missgeschicke der Teilnehmer erwähnt sondern die Stärken der Person gelobt. (Goetze, 2009)

Ein Filialtherapeut in Ausbildung schreibt in seinem Erfahrungsbericht:

“This was my fifth therapy session, and I am still struggling with being judgmental of parents, expecting more from them than I should. I have difficulty accepting that people are doing the best they can versus making improvements to do it “better”. I have a tendency to think that people should always be working on themselves, their issues, and their relationships. This expectation of people often impedes my ability to really hear them, to be supportive to provide helpful interventions.” (Landreth, 2006, 39)

Zu hohe Erwartungen des Therapeuten gegenüber den Eltern verhindert ein empathisches Zuhören, so dass der Therapeut die Bedeutungen hinter dem Gesprochenen nicht erkennt.

Der Therapeut kann den Eltern nicht unterstützend helfen. Die fehlende Wertschätzung und Akzeptanz für den Klienten, hindert den Therapeuten die Wahrnehmungswelt der Eltern zu betreten.

Dieses Unverständnis seitens des Therapeuten kommt beim Klienten an. Er fühlt sich nicht wertgeschätzt und nicht verstanden, fühlt unter Umständen einen Widerstand beim Trainer. Nur wenn die Bezugsperson sich wertgeschätzt fühlt, erhält sie gleichzeitig die Botschaft “this other individual trusts me, thinks I am worthwhile. Perhaps I am worth something. Perhaps I could value myself. Perhaps I could care for myself.” (Rogers, 1975, 9) Der Therapeut muss darauf vertrauen, dass die Eltern selbst in der Lage sind, den richtigen Weg für sich selbst zu finden. Dieses Grundvertrauen in die positive Kraft im Menschen, ist eine Grundvoraussetzung für Haltungen wie Wertschätzung und Akzeptanz.

Ein Student in Ausbildung schreibt hinsichtlich seiner Erfahrungen in der Gruppe:

„I could teach parents by simply modeling the “be with” attitudes and play therapy skills, such as reflecting feelings and empowering parents by encouraging them to answer their own questions and giving them credit for their ideas.” (VanderGast, Post & Kascsak-Miller, 2010, 203)

Dieses Beispiel veranschaulicht sehr schön die nicht Direktivität des CPRT-Ansatzes. Der Gruppenleiter vertraut hier auf die inneren Ressourcen der Eltern und ermutigt sie selbst Antworten auf ihre Fragen zu finden. Die Ideen und Vorschläge der Eltern werden gewürdigt, mit der Überzeugung, dass jede Person für sich selbst weiß, welche Lösungen für sie realistisch sind und eine Veränderung bewirken.

C) Der Filialtherapeut muss erst sich selbst verstehen bevor er die Eltern versteht.

Geht es nach Rogers, wäre diese Prämisse unter den Core Conditions die Grundlegendste, die den Prozess in der Therapie positiv beeinflussen würde. Auch in der CPRT kommt der Authentizität als Wirkfaktor eine wichtige Rolle zu. Für den Filialtherapeuten ist es wesentlich, dass er kongruent ist, er muss sich selbst verstehen, bevor er die Eltern verstehen kann. (Landreth, 2006) Der Therapeut ist sich seiner selbst Gewahr, d.h. er ist sich seiner Gefühle bewusst und in der Lage diese weiterzugeben. Landreth schreibt: Filialtherapeuten haben Selbstverständnis und Einsicht entwickelt „into their own motivations, needs, blind spots, biases, personal conflicts, and areas of emotional difficulty, as well as personal strength.“ (Landreth, 2006, 36) Erfahrungen verändern Perspektive und Blickpunkt, wodurch erst die Beweglichkeit der Person ermöglicht wird. Im Zuge der Veränderung kann es zu emotional dynamischen Situationen kommen. Reagieren Eltern defensiv oder verärgert, muss der Therapeut über genügend Selbstvertrauen verfügen, um mit solchen schwierigen Situationen fertig werden zu können. In einer emotional geladenen Situation, in der etwa der Therapeut z.B. verbal angegriffen wird, darf dieser nicht persönlich werden. Dieses hohe Maß an Selbstkontrolle gelingt ihm, wenn er über seine Bedürfnisse, seine Neigungen und seine Schwächen eingehend reflektiert hat und diese Anteile an seiner Persönlichkeit nicht verleugnet. (Landreth, 2006)

Für Landreth, dessen therapeutische Ausrichtung sich an der nicht-direktiven personenzentrierten Psychotherapie orientiert, impliziert die Authentizität bzw. die Kongruenz nicht nur, dass der Therapeut akzeptieren kann, auch selbst Fehler zu machen, dass er verletzlich ist und zuweilen auch ungenau wahrnimmt. (Landreth, 2006). Seine negativen Seiten kann er dem Klienten offen zeigen und mit seinen negativen Gefühlen integriert umgehen. In seiner authentischen Haltung erlaubt er den Teilnehmern in der Gruppe, alle seine Persönlichkeitsfacetten kennen zu lernen, eben auch solche Seiten, die unter Umständen von einer professionellen Haltung abweichen. Der Therapeut ist genau so wenig vollkommen wie die Eltern.

Real zu sein, impliziert aber auch, dass der Filialtherapeut mutig genug ist zuzugeben, dass er nicht auf alle Fragen in der Schulung bezüglich differenter Schwierigkeiten eine Antwort parat hat. Verfügt der Therapeut nicht über genügend Selbstverständnis und Selbstakzeptanz, wird die Handlungsfähigkeit des Therapeuten eingeschränkt.

So schreibt Valerie:

„ ...My need to be liked and looked on as an authority interferes with my willingness to observe and respond to nonverbal cues. ... This fear of not being liked by the parents, coupled with my fear of not having answers to parents' questions, places undue stress on me to perform rather than lead and guide. ...“

(Landreth, 2006, 41)

Mein Wunsch als eine Autorität beliebt und angesehen zu sein beeinträchtigt meine Bereitschaft genau zu beobachten und auf nonverbale Hinweise der Eltern zu achten. Die Angst keine Antwort auf die Fragen der Eltern zu haben und nicht gemocht zu werden, verursacht Unruhe bei dieser Therapeutin. Statt zu führen, versucht sie sich zu beweisen.

Der Kampf mit den selbst gestellten Ansprüchen in der Situation verhindert einerseits, dass die CPRT-Leiterin auf die nonverbalen Zeichen der Eltern in ausreichendem Maße reagieren kann. Andererseits gelingt ihr auch die Gruppenführung nicht. Die Therapeutin ist mehr mit sich selbst beschäftigt als mit dem Klienten. Mehr Selbstexploration wäre notwendig, damit der Therapeut mit sich selbst kongruent ist.

3.4.3 Zusammenfassung

In der CPRT wird jede professionelle Arbeit zwischen dem Therapeuten und den Bezugspersonen in der Gruppe wesentlich durch die Qualität ihrer Beziehung bestimmt. Wichtige Wirkfaktoren sind Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz. Damit bilden die Core Conditions die Basis für eine facilitative Beziehung in der CPRT. Der CPRT-Trainer fungiert nicht nur als Therapeut sondern auch als Lehrer, dem die Aufgabe zukommt den Eltern ein spezifisches Wissen zu vermitteln. Dementsprechend wird hier von einer semi-therapeutischen Arbeit gesprochen.

In diesem semi-therapeutischen Geschehen bestätigt der CPRT-Trainer den Klienten als einen lebendigen Menschen, der zu kreativer innerer Entwicklung fähig ist. Der Therapeut vertraut darauf, dass die Klienten selbst in der Lage sind, den richtigen Weg für sich selbst zu finden. Erst wenn die Eltern durch den Therapeuten die Qualitäten der menschlichen Interaktion selbst erfahren, sind sie in der Lage, sich selbst zu explorieren. Es gelingt ihnen neue Bezüge zu bestehenden Tatsachen wahrzunehmen und die Werte, die sie in der Therapie erfahren, zu verinnerlichen und ihren Kindern weiterzugeben. Erst wenn ihre eigenen Emotionen an die Oberfläche gelangen, kann die Bezugsperson bestehende Beziehungen aus neuen Perspektiven bewerten und neu beurteilen.

Eine Mutter, die Einsicht in ihren eigenen Handlungen gewonnen hat, schreibt:

„I considered Linda totally different child from others. I never thought that she possesses a special world of her own and also very different needs which need to be fulfilled. When I come to think of it, I realize that she had never been allowed to be herself in her own world.” (Alivandi-Vafa, Khaidzir, 2009, 10).

Aufgrund der erweiterten Wahrnehmung der Mutter, gelingt es ihr erstmals, die Welt auch aus den Augen ihres Kindes zu betrachten und zwischen den eigenen Bedürfnissen und jenen spezifischen Bedürfnissen ihres Kindes zu differenzieren. Sie realisiert, dass sie ihrem Kind niemals erlaubt hatte, es selbst zu sein.

Der CPRT-Trainer wird in der Rolle als Lehrer nur dann erfolgreich sein, wenn er mit spezifischen therapeutischen Haltungen und Sichtweisen vorgeht, die die Kapazität der Eltern für die Akzeptanz von unterschiedlichen Informationen nicht überschreitet. Es handelt sich hier nicht um eine Verhaltenstherapie als vielmehr um eine Beziehungstherapie, in der den Gruppenteilnehmern ein emotionales Wissen vermittelt wird.

3.5 Fragestellung B: Die Rolle des emotionalen Wissens

Welche Rolle spielt das emotionale Wissen im Rahmen der Schulungen und Trainings, als einem Wirkfaktor in der CPRT? Bevor konkret auf diese Fragestellung eine Antwort gesucht werden kann, muss für ein besseres Verständnis zunächst die Bedeutung des Spiels für das Kind sowie das Wesen der Spieltherapie beleuchtet werden.

3.5.1 Die Beziehungsebene Eltern-Kind

Für die Transformation in der Filialtherapie stellt nicht nur die Arbeit zwischen Therapeut und den Eltern eine wesentliche Variable für die Veränderung dar, sondern insbesondere auch die spieltherapeutische Arbeit zwischen Mutter (als engste Bezugsperson) und Kind. Die Eltern gelten als zentraler Katalysator für den Veränderungsprozess. (Guerney, 1964) Unter der Leitung eines professionellen Spieltherapeuten fungiert die enge Bezugsperson als therapeutischer Beauftragter (therapeutic agent), der mit dem Kind zu Hause in Beziehung tritt (Landreth, 2002). In der Beziehungsebene zwischen der Gruppe und dem Therapeut lernen die jeweiligen Bezugspersonen spezifische spieltherapeutische Haltungen und Techniken, damit sie gleichsam einem Spieltherapeuten mit dem Kind zusammen spielen können. Theoretisch basiert CPRT auf der Kind-zentrierten Spieltherapie. Diese greift auf die rogerianischen Konstrukte der nicht-direktiven klientenzentrierten Therapie zurück (Guerney, 1964, Bratton, Ray, Edwards & Landreth, 2008), welche von Axline für die Arbeit mit Kindern angepasst wurde.

Welche therapeutische Funktion das nicht-direktive Spiel für Entwicklung und Wachstum des Kindes darstellt, soll im folgenden Kapitel näher dargestellt werden.

3.5.2 Das nicht-direktive Spiel

Kernkomponenten in der nicht-direktiven Spieltherapie stellen einerseits das Spiel und andererseits die Beziehung Kind-Therapeut dar. Das Spiel ist das wichtigste Medium der Kommunikation für die Kinder (Freud, 1927, Klein, 1955, West 1996, McMahan 2009). Kinder können hinter Puppen, Handpuppen und Stofftieren flüssiger reden als mit der Sprache (West, 1996). Der Therapeut kann in diesem Medium mit ihm viel effektiver kommunizieren als mit Sprache oder persönlicher Interaktion. Im Spiel können Dinge ausgedrückt werden, die sonst keinen Platz haben, Widersprüche bewusst gemacht werden, die unbewusst als Bedrohung erfahren werden. Mit Puppen und Babyspielmaterialien, mit

Figuren und Puppenhäuser lassen sich Szenen aus der Phantasiewelt in reale Spielszenen übersetzen und durchspielen. Winnicott zu Folge (McMahon, 2009) liegt im Spiel selbst bereits eine therapeutische Hilfe. Spielmaterialien haben das Potential als Symbole eingesetzt zu werden, um eine Geschichte zu erzählen. Im Spiel kreiert das Kind eine Als-ob-Ebene, die ihm – über das Agieren mit kleinen Figuren, Tieren, (Hand)-Puppen und Rollenspielen – jene Symbolisierungsmöglichkeiten bietet, die seiner Wahrnehmung und seinem Verständnis von der Welt entsprechen. Aufgrund der Symbolisierungskraft der einzelnen Spielmaterialien muss das Spielzimmer mit spezifischen Spielmaterialien ausgestattet sein.

Neben dem Spiel stellt die Beziehung zwischen dem Kind und dem Spielpartner eine wichtige Komponente in der Spieltherapie dar (Bowers, 2009). Es muss im Spielsetting jemand da sein, der empathisch zuhört. Winnicott stellt treffend fest: „Inside each child there is a story that needs to be told – a story that no-one else has yet had time to listen to.“ (Winnicott 1984, in West, 1996, 73). Primäres Ziel des Therapeuten ist es, eine sichere, geschützte Atmosphäre im Setting zu schaffen, damit das Kind Vertrauen fasst und ungezwungen und frei seine Gefühle und Gedanken ausleben und entdecken kann (Ryan & Wilson, 2005, Landreth, 2002). Dadurch können bislang blockierte Verhaltensmuster oder gefürchtete emotionale Beziehungen in einer sicheren Situation ausgelebt werden. Der Erfolg einer Spieltherapie steht und fällt mit einer gelungenen hilfreichen Beziehung, die sich in der Therapie entwickelt. Es ist der Therapeut, der durch seine menschliche Grundhaltung, die Atmosphäre in der Therapiestunde bestimmt. Die wichtigste Ressource für eine gute Beziehung ist das Selbstbild des Therapeuten. Seine Persönlichkeit und seine zwischenmenschliche Kompetenzen sind entscheidender als sein intellektuelles Wissen. (Edling-Harris & Landreth, 2001)

In Anlehnung an Axline (2002) ist der Kern einer solchen Persönlichkeit dadurch ausgezeichnet, dass die Person sowohl in der Lage, als auch willens ist, den Geist der acht axlinischen Grundprinzipien zu akzeptieren und zu verinnerlichen. Die Qualität der Beziehung stellt für den Erfolg in der nicht-direktiven Spieltherapie einen Schlüsselfaktor dar. Dem Therapeuten kommt die Aufgabe zu, die Gefühle des Kindes mit Hilfe der Sprache und des Spiels zu erkennen und sie dem Kind zurück zu reflektieren, dass es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt.

Axline stellt acht Grundprinzipien für die nicht-direktive Psychotherapie auf:

- 1) Der Therapeut muss eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen.
- 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, damit das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann.
- 4) Der Therapeut ist wachsam, um die Gefühle des Kindes 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 Angelegenheit 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 diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung in der Therapie klarzumachen.

Gegenüber der herkömmlichen Spieltherapie, die zwischen einer fremden Person (Therapeutin) und dem Kind statt findet, hat die Spieltherapie im filialtherapeutischen Setting den großen Vorteil, dass die Mutter oder der Vater als nahe Bezugsperson mit dem Kind als therapeutischer Agent zusammenarbeitet. Eine Beziehung zwischen dem therapeutischen Agenten und dem Kind muss nicht aufgebaut werden, sie ist bereits vorhanden. Es gilt diese bestehende Beziehung zu verbessern – also tiefer und reicher zu gestalten, sowohl in der Wahrnehmung der Bezugsperson als auch in der Wahrnehmung des Kindes.

Der Weg hierzu ist, die nahen Bezugspersonen in die Grundprinzipien der Spieltherapie einzuführen. Die Mutter als nahe Bezugsperson soll lernen, das Kind zu akzeptieren und zu verstehen, es zu ermutigen Selbstverantwortung und Selbstvertrauen zu gewinnen, das Kind

im Spiel gewähren zu lassen. Wenn es aber gilt, dass die nahe Bezugsperson diese spezifischen Haltungen annehmen soll, die im wesentlichen auf die axlinischen Prinzipien zurückgehen, stellt sich hier die Frage: Handelt es sich in den Schulungen hauptsächlich um die Vermittlung eines intellektuellen Wissens oder spielt das emotionale Wissen ebenfalls eine Rolle?

3.5.3 Ergebnisse zu Fragestellung B

Für die Beantwortung der Frage, muss auf die Lebensäußerungen Axlines und Rogers zurückgegriffen werden. Die Analyse dieser Äußerungen leitet einen Verstehensprozess in die Wege wodurch eine Antwort auf die Frage erschlossen werden kann.

Axlines ersten sieben Prinzipien ihres Theoriegerüsts repräsentieren eine spezifische Haltung, die notwendig ist, damit eine therapeutisch wirksame Beziehung eintreten kann. In der Spieltherapie ist der Partner des Kindes einer, der dem Kind mit Wärme, unbedingter Wertschätzung und Akzeptanz begegnet. Die Gegenwart eines verständnisvollen, freundlichen Partners gibt dem Kind Sicherheit, alle seine Ängste und seine unliebsamen Seiten auszuleben. Der Spielpartner reflektiert und akzeptiert die Gefühlseinstellungen des Kindes. Der Erwachsene hat Achtung für jede Äußerung, jede Handlung des Kindes. Er lässt es gewähren und macht ihm damit Mut, sich selbst zu explorieren, sich selbst besser zu verstehen. Diese Haltungen des Spieltherapeuten bzw. des Spielgefährten stellen ein zutiefst emotionales Wissen dar. Rogers postulierte in seinem Buch (1939) zum Thema „changing parental attitudes“, dass der Therapeut niemals die Akzeptanzkapazitäten der Eltern überschreiten darf. Eltern begegnen ihrem Kind mit spezifischen emotionalen Einstellungen, die als starre Strukturen die Wahrnehmung der Eltern stark beeinflussen. Bevor sich Eltern für neue Haltungen oder Sichtweisen in der Begegnung zum Kind öffnen können, müssen neue Verhaltensweisen erst wahrgenommen werden. Hierfür ist es notwendig, dass die Emotionen und die Ängste der Eltern an die Oberfläche gelangen, dass sie sich selbst besser verstehen. Auf diesem Wege nimmt die Person den Ort der Bewertung bzw. den Ort seiner Entscheidungen in sich selbst wahr und fühlt sich als Folge zu mehr Selbstvertrauen bemächtigt, das notwendig ist, um neue Wege einschlagen zu können.

Lebensprozesse in uns haben nicht nur die Tendenz das Leben zu erhalten, sondern den Status Quo des Organismus zu überwinden. (Angyal, 1941) Hierfür ist es notwendig, dass der Ort der Bewertung und der Verantwortung in der Person selbst liegt. Ist dieses Ziel erreicht, erweitert sich das Wahrnehmungsfeld der Person, sodass sie neue

Verhaltensweisen erkennt und ausprobiert. Eine Garantie für die richtige Entscheidung, die die Person selbst trifft, ist die im Menschen innewohnende Kraft, die diese zu mehr Wachstum und Reife lenkt. Sämtliche Handlungen sowie das Denken der Person stehen im Dienste der Aktualisierungstendenz. Durch die Aktivierung dieser Tendenz würde die Person automatisch konstruktive Beziehungen formieren. (Motschnig-Pitrik & Barrett-Lennard, 2010)

Es wird hier deutlich, welchem hohen Anspruch die Mutter im Spielsetting gegenüber steht. Der Punkt ist nämlich nicht, dass die Mutter mit dem Kind in einer speziell eingerichteten Spielecke mitspielt, dem Kind geduldig zuhört, wenn es mit der Mutter oder den Spielpuppen spricht und gegebenenfalls auch mitspielt, wenn es das Kind einfordert, im Sinne einer Verhaltenstherapie. Die Novität der Filialtherapie besteht also nicht darin, dass überhaupt ein Elternteil mit dem Kind spielt. Eltern sind die Bezugspersonen der Kinder und verbringen in der Regel viel Zeit mit ihnen in der Freizeit. Die Novität in der Filialtherapie ist, ein neues Verständnis in der Beziehung zum Kind zu gewinnen. Genau genommen geht es hier um eine geistige Erneuerung – um die Einverleibung eines neuen Menschenbildes in die Mutter (als enge Bezugsperson). Es geht um Werte wie Respekt, Wertschätzung, Verständnis und Akzeptanz, die jedem Kind entgegenzubringen sind. Es ist notwendig, dass sich die Bezugsperson mit diesen Werten identifiziert, und dass sie ein Teil ihres Selbstbildes werden.

Es geht nicht darum, dass die Mutter im Spielsetting Inhalte möglichst genau adaptiert und umsetzt, in der Hoffnung, das Kind würde seine Auffälligkeit verlieren. Wenn Eltern Haltungen nur des Kindes wegen umsetzen, obwohl diese in Wahrheit wenig mit ihrem Selbstbild, mit ihren emotionalen Einstellungen zu tun haben, wird sich an der Beziehung zum Kind wenig ändern. Ganz im Gegenteil geht es in der Eltern-Kind Beziehungstherapie darum, dass sich die nahe Bezugsperson bei ihrem Tun und Handeln so entscheidet, dass sie stets ihrem Selbst genüge leistet – dann bleibt sie ihrem Selbst treu und sie kann mit sich selbst kongruent bleiben. Erst wenn die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zunimmt, werden auch alle Arten von Spannungen abnehmen und die Mutter (als nahe Bezugsperson) kann eine erfüllte, gesunde Beziehung zwischen sich und dem Kind aufbauen. Es sollen beide Beziehungspartner in ihren Bedürfnissen auf ihre Rechnung kommen. Nicht nur das Kind erfährt eine Befreiung der Spannungen durch das Spiel und eine facilitative Atmosphäre, frei von Kritik und gut gemeinten Ratschlägen. Auch die Mutter bzw. der Vater erfährt eine Befreiung von Spannungen. Grundlegung hierfür ist die Identifizierung mit grundlegenden Werten, die für eine gesunde zwischenmenschliche

Beziehung unabhkmmlich sind. Es reicht nicht aus, dass diese Werte verstanden werden, im Sinne von: kognitiv erfolgreich verarbeiten. Es mssen hier auch emotionale Prozesse stattfinden. Bereits in seinem Buch aus 1939, stellte Rogers in dem Kapitel zu Parental attitudes fest, „This new viewpoint he must genuinely feel“. (Rogers, 1939, 195) Diese neue Sicht muss die Person (also hier die nahe Bezugsperson) wirklich fhlen. Werden Inhalte zwar verstanden, aber emotionell nicht akzeptiert, wird der fr die Reorganisation notwendige Verstehensprozess nicht eingeleitet. Es wird zu keiner tiefen Einsicht kommen seitens der nahen Bezugsperson. (Rogers, 1942, 1951) Daher muss letztere die rogeriansiche und axlinische Philosophie in ihrer ganzen Komplexitt fhlen und verinnerlichen. Im Mittelpunkt der Filialtherapie steht die Auseinandersetzung mit der eigenen Gefhlswelt. Wie fhlt es sich, bedingungslos akzeptiert zu werden? Wie fhlt es sich, verstanden zu werden? Wie fhlt es sich, als Person geschätzt und beachtet zu werden? Die Entwicklung ist ein ganzheitlicher Prozess, der neben dem kognitiven Teil auch den emotionalen mitintegriert. Die nahe Bezugsperson muss fhelnd verstehen, um sich weiter zu entwickeln.

Haltungen in der Beziehung: Fhlen lernen

Die Suche nach Nhe und Bindung mit einer primren Bezugsperson stellt von Geburt an fr jeden Menschen ein wesentliches Grundbedrfnis dar (Bowlby, 1958). Um dieses Grundbedrfnis entwickeln sich Beziehungs- und Bindungsschemata, die wesentlich von der Einfhlsamkeit und der Verfgbarkeit der Mutter abhngen (Ryan & Wilson, 2005). Je mehr und einfhlsamer die Mutter auf die physischen und psychischen Bedrfnisse des Kindes eingeht, desto besser ist die Bindungsqualitt zwischen Mutter und Kind. Sie spielt deswegen eine groe Rolle, da die Mutter als Begleiter in die Welt der Emotionen sowie in die soziale Welt des Kindes im Sglingesalter seine einzige Ansprechperson ist. Durch ein einfhlsames kontingentes Verhalten der Mutter in der Interaktion, gewinnt die primre Bezugsperson einen wichtigen Einfluss auf die Emotionsregulation. Auf Basis einer intrapsychischen Emotionsregulation wird der Heranwachsende in eine Entwicklungszone hineinwachen, in der er in die Lage versetzt wird, die erforderlichen Bewegungshandlungen hinsichtlich der Regulation seiner Emotion selbst zu setzen. Die Entwicklung der emotionalen Regulation beim Kind ist daher eng damit verknüpft, wie die Eltern auf die Emotion des Kindes reagieren, wie feinfhlig sie damit umgehen (Geserick & Spangler, 2007).

Unter feinfühligem Verhalten ist zu verstehen, dass die Bezugsperson kindliche Signale und emotionale Bedürfnisse richtig wahrnimmt und warmherzig und empathisch darauf anspricht. Reagiert die Mutter feinfühlig, wird sie je nachdem, ob das Baby lallt, gluckst, lacht oder unruhig summt, differenziert auf die Stimmung des Kindes eingehen. Durch die unterschiedlichen Reaktionen der Mutter auf das Verhalten des Kindes, wird dem Kind die Möglichkeit gegeben, differenzierte Emotionen zu entwickeln. Reagiert die Mutter feinfühlig auf die Signale des Kindes, spricht man von einem gut abgestimmten Kind. Seine Emotionen werden empathisch aufgenommen, akzeptiert und erwidert. Beim Kleinkind entsteht das Empfinden, dass andere an seinen Gefühlen teilhaben. Eine Fehlabstimmung zwischen der nahen Bezugsperson und dem Kind wirkt sehr verstörend auf das Kind. Bleibt eine solche Fehlabstimmung längere Zeit aufrecht, manifestiert sich die dadurch hervorgerufene Verstörung in einem spezifischen Verhalten beim Kind, welches die Eltern oder das soziale Umfeld des Kindes als auffällig empfinden. Hier ist die Beziehung zwischen Mutter (als der nahen Bezugsperson) und Kind gestört. Eltern die im Alltag mit vielerlei Problemen konfrontiert sind, erwarten implizit, dass das Kind funktioniert, d. h. sich anpasst und verständnisvoll den Wünschen und Erwartungen der Eltern folgt. Was passiert aber, wenn das Kind nicht mehr so funktioniert, wie Eltern es sich vorstellen oder wie sie es erwarten?

Mütter und Väter, die sich in die Filialtherapie einfinden, sind mit Erziehungsproblemen konfrontiert, mit denen sie nicht umgehen können. Der elterliche Erziehungsstil hält für die Eltern das Versprechen, das Beste für ihr Kind unternehmen zu wollen. Eltern sind der inneren Überzeugung, dass ihr erzieherisches Tun in bester Absicht geschieht. Ohne Weiterbildung erstarren erzieherische Denkprozesse. Wenn es in der Erziehung Probleme gibt, steht für deren Bewältigung daher nur eine beschränkte Handlungsalternative zur Verfügung. Erreichen sie mit ihrem Tun keinen Erfolg mehr, fühlen sich Eltern hilflos. Manche wagen den Schritt und suchen aktiv nach Rat. Finden sie sich in die Filialtherapie ein, werden sie mit neuen Prinzipien konfrontiert, die ein flexibleres und differenzierteres Denken und Handeln im Umgang mit dem Kind verlangen. Eltern werden aufgefordert sich mit einer neuen Beziehungskultur auseinanderzusetzen. Damit sie sich für eine neue Sichtweise öffnen, ihr Selbstbild erweitern und persönliches Wachstum erfahren, ist der erste Schritt hierfür zunächst, dass sie sich selbst vom Therapeuten wertgeschätzt und verstanden fühlen, trotz ihrer Fehler bei der Erziehung akzeptiert fühlen.

Und wenn sie sich in der Folge für einen neuen hilfreichen Beziehungsstil öffnen, wie könnten neue Ziele umgesetzt werden im alltäglichen Leben? Was heißt es einführend

umzugehen? Was heißt es für die Mutter, das Kind zu akzeptieren, wie es ist? Was heißt es das Kind gewähren zu lassen? Heißt es, dass das Kind alles tun und lassen darf, ohne Grenzen? Wo sind die Grenzen dieser nicht-Direktivität in der Erziehung? Auf all diese Fragen kann die nahe Bezugsperson in Rahmen der Spielsettings für sich selbst, entsprechend ihres Lebensentwurfes eine Antwort finden. Der Spieltherapeut versucht über Rollenspiele die Bedingungen, die für eine gut funktionierende Beziehung notwendig sind, vorzuzeigen. Nach der Beobachtung der vom CPRT-Trainer durchgeführten Rollenspiele, erhält die Mutter einen Eindruck davon, welche Bedeutungen hinter Begriffen wie einführend verstehen, wertschätzend gewähren lassen oder akzeptieren stecken. Rogers hat beim Schreiben seines Buches, die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, die folgende Problematik hinsichtlich der Symbolisierung von Bedeutungen mittels Worten treffend erkannt:

„Beim Schreiben dieses Buches musste ich häufig an die Äußerung eines Semantikers denken, dass die wahre, die echte und wirkliche Bedeutung eines Wortes sich nie in Worten ausdrücken lässt, weil die wirkliche Bedeutung das Ding selbst wäre. Wenn man eine solche wirkliche Bedeutung mitteilen wollte, dann sollte man die Hand auf den Mund legen und *zeigen*. Das ist es, was ich nur zu gern täte, ich würde sofort auf alle Worte verzichten, wenn ich die Erfahrung, die Therapie ist, auf irgendeine Weise *zeigen* könnte.“ (Rogers, 2009, 15)

Was uns Rogers damit sagen möchte ist, dass ein Wort lediglich einen winzig kleinen Aspekt dessen darstellt, was sich an Gedanken und Inhalte hinter diesem Symbol versteckt hält. Viel umfassender kann man diese Gedanken und Inhalte durch praktisches Tun selbst erfahren. Daher erhält die Mutter in der Filialtherapie selbst Gelegenheit, einführendes Verstehen oder Wertschätzung zu üben und die damit verbundenen erlebten Erfahrungen nachzuempfinden. Sie kann sich kognitiv aber auch vor allem emotional auf diese scheinbar simplen Worte, die jedes für sich eine Handvoll verschiedener Handlungen implizieren, explorativ einlassen. Auf diese Weise kann die Mutter für sich selbst die Grenzen und die Entwicklungspotentiale in der Beziehung zum Kind abtasten. Sie kann sich im hier und jetzt im Rahmen der supervisorisch begleiteten Spieltherapie auf mehr Risiko in der Beziehung einlassen und verschiedene selbst entwickelte Ideen ausprobieren. In der Gruppe schließlich hat sie die Möglichkeit über ihre subjektiv empfundenen Erfahrungen, über ihr Erleben in der Beziehung zum Kind zu reflektieren und diffuse Gefühle zu klären. Dabei wird die Mutter vom Supervisor warmherzig und verständnisvoll empfangen und in ihrem

Bemühen um eine individuelle Verbesserung der Beziehung zum Kind stark ermutigt. Der CPRT-Trainer akzeptiert die Mutter mit all ihren Schwächen und Eigenheiten.

Das Fühlen einer therapeutischen Haltung impliziert, dass die klientenzentrierte Haltung, die der Berater in die Beziehung zum Klienten einnimmt, auch tatsächlich beim Rezipienten ankommt – dass der Respekt, die unbedingte Wertschätzung und die Kongruenz, die der Berater dem Klienten entgegen bringt vom letzteren gefühlt wird. Wenn dieser Weg erreicht ist, wird die nahe Bezugsperson in die Lage versetzt, die gesamte Situation in ihrer Realität zu sehen und neue Wahrnehmungen zu entwickeln. Erst auf dieser Wahrnehmungsebene ist die nahe Bezugsperson offen für neue Sichtweisen. So wie die Mutter bzw. der Vater selbst eine gestattende und verstehende Atmosphäre erfahren haben, werden auch sie ein ähnliches Klima im Spielsetting anbieten können.

Eltern lernen im Training darauf zu vertrauen, dass jedes Individuum selbst am besten weiß, was in seiner inneren Welt vorgeht und wie es am besten wachsen kann. Verantwortungsvolle Freiheit wächst und entwickelt sich beim Individuum von innen heraus (Axline, 2002). So wie der Erwachsene, ist auch das Kind in der Lage, Probleme selbständig zu lösen.

Wenn diese Bedingungen in einem therapeutischen Prozess erfüllt sind – in dem Sinne, dass die Mutter die rogerianischen und axlinischen Prinzipien nicht nur anwenden kann sondern auch fühlt und damit in ihrem Selbstbild verinnerlicht – kann eine Veränderung und Wachstum bei der Mutter bzw. beim Vater bewirkt werden. Auf diese Weise werden Selbsthilfepotentiale der Eltern freigesetzt, sodass ihr Verhaltensspielraum erweitert und dadurch ihre Spontaneität, Kreativität und Beziehungsfähigkeit gefördert wird.

Durch die bessere Beziehungsfähigkeit der Eltern lernen diese auch, sich der magischen Welt der Kinder zu öffnen. Eltern erkennen, dass das Kind nicht hilflos auf die Ratschläge der Eltern angewiesen ist, um seine Probleme meistern zu können – es verfügt über innere Ressourcen, über eine Aktualisierungstendenz, die es zur Entwicklung verhelfen. Um diese innere Tendenz bestmöglich aktivieren zu können, bedarf es einer guten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Eltern erkennen, dass Kinder eine eigene Sicht hinsichtlich Ordnung und Dringlichkeit haben, sie verfügen über Kreativität und unermessliche Entwicklungsmöglichkeiten. Sie lernen das Kind so zu akzeptieren wie es ist, mit seinen Stärken und seinen Schwächen. Nach einer gelungenen Filialtherapie haben Mutter (als engste Bezugsperson) und Kind die Chance auf eine neue Ära der zwischenmenschlichen Beziehung, getragen durch gegenseitigen Respekt und Wertschätzung.

3.5.4 Zusammenfassung

Für eine Verbesserung der Eltern-Kind Beziehung muss der erste Schritt durch die nahe Bezugspersonen erfolgen. Das nahe soziale Umfeld des Kindes spielt eine bedeutende Rolle für seine psychische Entwicklung. Gelingt den Eltern in einer Atmosphäre des Gewährenlassens und der bedingungslosen Wertschätzung, Einsicht zu gewinnen, ist die Person im Stande sich auf neue Integrationsebenen hin zu bewegen. Dies impliziert, dass alte Tatsachen von der Person selbst neu bewertet werden, dass zwischen bekannten Einstellungen neue Beziehungen aufgespürt werden und, dass sich das Wahrnehmungsfeld der Person erweitert.

Für eine Einsicht ist allerdings Bedingung, dass die neuen Werte, die die Eltern in der CPRT erfahren, auch wirklich gefühlt werden. Bei der neuen Erfahrung spielt die kognitive Ebene nur eine untergeordnete Rolle. Mütter wissen, dass sie ihr Kind nicht schlagen oder anschreien sollten und dennoch passiert es häufig, dass sie ihre Kinder anschreien, mit dem Ergebnis, dass sie im Nachhinein unglücklich sind mit der Situation, mit sich selbst und dem Kind. Ihr Selbstbild divergiert in einem großen Ausmaß von ihrer Vorstellung einer liebevollen Mutter. Der erste Schritt zu einer Veränderung, zu einer befriedigenden Verbesserung ist, alle negativen Gefühle, alle aggressiven Anteile in sich selbst zunächst an die Oberfläche gelangen zu lassen, um entspannter im hier und jetzt, die bestehende Beziehung aus einem neuen Licht für sich selbst bewerten zu können. Erst die Reflexion über sich selbst, die Kontaktaufnahme mit der eigenen Gefühlswelt, eröffnet der Person die Erfahrung mit der Urheberschaft. Die Person erkennt, dass in ihr selbst der Ort der Veränderung, der Ort der Bewertung liegt. Entscheidend für diesen Schritt ist, dass Werte, die dem Klienten vom Therapeuten vermittelt werden, auch gefühlt werden, im Sinne einer gefühlten Erfahrung, die die Person selbst macht. Allmählich wird die Person wachsen und jene Qualitäten in die Beziehung zum Kind einbringen, die notwendig sind, damit auch das Kind die Möglichkeit erhält psychisch zu wachsen.

3.6. Fragestellung C: Andere Wirkfaktoren

Wie bereits in Kapitel 3.4.2 begründet, spielen die Core Conditions von Carl Rogers eine wesentliche Rolle für die Transformation in der Filialtherapie. Insbesondere wenn es um die Frage der Vermittlung eines emotionalen Wissens geht, können ohne den Basiselementen einer therapeutischen Beziehung, Empathie, unbedingte Wertschätzung/Akzeptanz und Authentizität, keine Erfolge gezeitigt werden. Die Therapeut-Klienten Beziehung gilt als wesentlicher Nährboden für den erfolgreichen Therapieprozess sowie für die Vermittlung von Inhalten und spieltherapeutischen Techniken.

Meine letzte Fragestellung in dieser Arbeit lautet nun: Welche anderen Wirkfaktoren können identifiziert werden, die ebenso einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben?

Zur Beantwortung dieser Frage war es notwendig, beim Lesen der Texte spezifische Muster aus anderen Techniken und Methoden in der CPRT zu identifizieren. Welche Fragmente anderer Theorien sind in der CPRT zu erkennen, die ebenfalls therapeutische Wirkung entfalten? Studiert man die Texte Landreths eingehend, dann fällt auf, dass in der CPRT auch Ansätze für Experiencing und Focusing (Gendlin) vorhanden sind. Außerdem ist im Konzept der Filialtherapie eine Art Feedbacksystem eingebaut, welches ebenso positive Auswirkungen auf den Therapieverlauf und -ergebnis hat.

In einem ersten Schritt werde ich zunächst die Konzeption und Ziele von Experiencing/-Focusing beleuchten. Dies ist notwendig, um die Querverbindungen zwischen Gendlin's Modell sowie CPRT nachvollziehen zu können, die in einem anschließenden Kapitel dargelegt werden.

In einem zweiten Schritt gehe ich auf die Mechanismen in der CPRT ein, die einem Feedbacksystem sehr nahe kommen und erläutere anschließend, in welcher Weise in der CPRT dieses quasi integrierte Feedbackmodell seine Wirkung entfaltet.

3.6.1 Experiencing und Focusing

Experiencing und Focusing sind eine Erweiterung des personenzentrierten Ansatzes, der von Gendlin zusammen mit Rogers entwickelt wurde. (Gendlin, 1962a, Kriz, 2001, Elliott, & Farber, 2010) Die Konzepte Experiencing und Focusing greifen auf wesentliche Grundannahmen der rogerianischen Theorie zurück. Sowohl die Annahmen über die Aktualisierungstendenz als auch die Theorie über die notwendigen und hinreichenden

Bedingungen für eine therapeutische Beziehung fließen in das Experiencing und Focusing Modell ein. In einem Interview mit Lietaer antwortete Gendlin auf die Frage, warum er sich der klientenzentrierten psychotherapeutischen Orientierung angeschlossen habe: „... and then I got more and more interested, since indeed they were doing this; they were letting a person have directly his experience and slowly to work at how to express that, how to symbolize that, how to say that.” (Gendlin & Lietaer, 1983, 78) Er erkannte wichtige Ansätze zur intensiven Beschäftigung des eigenen Gefühlslebens in den Arbeiten am counseling Zentrum und schloss sich Rogers Mitarbeiterteam an. In der Folge brachte er seine philosophischen Konzepte mit ein und baute auf das Vorhandene der rogerianischen Theorie auf.

Wie stark Rogers diese unerkannten, nicht fassbaren Gefühle und Affekte in der Person bewusst waren, zeigt der folgende Abschnitt, den Rogers hinsichtlich der Messung der von ihm entwickelten Prozess-Skala, resümierte:

“From feelings which are unrecognized, unowned, unexpressed, the client moves toward a flow in which everchanging feelings are experienced in the moment, knowingly and acceptingly, and may be accurately expressed. The process involves a change in the manner of experiencing. From experiencing which is remote in time from the organic event, which is bound by the structure of experience in the past, the client moves toward a manner of experiencing which is immediate,... from fear of relationships (he moves) to freely living in relationship.” (1961, in Gendlin, 1962a)

Gendlin stellte zu diesem Absatz fest, dass Begriffe, wie unerkannte, unausgedrückte Gefühle, als Forschungsbegriffe ungewöhnlich seien. Er sähe mehr Bedarf für solche ungewöhnlichen Forschungstermini, womit er sich immer intensiver mit dem Begriff Experiencing (1962) beschäftigte und in der Folge lieferte er eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung, in der er das Modell des Focusing (1964) präsentierte.

3.6.1.1 Experiencing

Experiencing stellt für Gendlin die zentrale Variable der Persönlichkeitsveränderung dar. Im Gegensatz zu traditionellen statischen Persönlichkeitstheorien, stellt Experiencing den dynamischen Prozess in der Veränderung dar – dynamisch, weil es gleich zu setzen ist, mit dem im Individuum kontinuierlich ablaufenden Prozess, der allen psychischen Ereignissen zugrunde liegt.

Bommert (1976) setzt Experiencing begrifflich mit einem gefühlsmäßig vorbegrifflichen Erleben gleich. Dieses gefühlsmäßig vorbegriffliche Erleben, also ein vorsprachliches Erleben, ist ein interaktiver Prozess, der implizit so reich an Bedeutungen und Aspekten ist, dass es niemals mit einem Wort oder einem Konstrukt gleichgesetzt werden könnte. (Gendlin, 1962) Das Erleben der Person ist mit „gefühlten Bedeutungen“ (felt sense) verbunden. Jede Erfahrung ist dann von Bedeutung, wenn Aspekte dieser Erfahrung mit einem gefühlten Erleben interagieren.

“Besides the logical dimension and the operational dimension of knowledge, there is also a directly felt, experiential dimension. *Meaning* is not only *about things* and it is not only a certain *logical* structure, but it also involves *felt* experiencing. Any concept, thing or behavior is meaningful only as some noise, thing, or event interacts with felt experiencing.” (Gendlin, 1970, 1)

Experiencing bezeichnet, was unmittelbar im hier und jetzt von einer Person im Inneren erlebt bzw. gefühlt wird. Dem Gefühlten im Körper muss eine Bedeutung zukommen. Diese gefühlte Bedeutung ist häufig lediglich ein diffuses Körpergefühl, das verbal nicht zu fassen ist, weil es außerhalb des Bewusstseins liegt und nur körperlich gefühlt werden kann.

Zajonc (1980, 1982) zufolge sind affektive bzw. emotionale Reaktionen auf Stimuli die ersten Impulse des Organismus. Affekte sind einfacher organisiert und können ohne kognitive Kodierungen auftreten. Über Affekte werden die basalen Beziehungen der Person zu seiner Umwelt abgesichert. Seine Benennung erhält der jeweilige Affekt über Emotion. Affektiv bzw. emotional handelt jemand, wenn die Person in der Situation durch seine Gefühle bestimmt wird und weniger durch die Kognition. Gefühl bezeichnet eine emotional gefärbte Erfahrung, inklusive ihrer persönlichen Bedeutungen. (Rogers, 1991) Da Kognition und Emotion in der Person verschieden verarbeitet werden, kann die Person die Gefühle, die sie in einer spezifischen Situation erlebt, nicht immer einer klar definierten Emotion zuordnen und in ihrer gesamten Dimension erfassen. Gendlin führt in diesem Zusammenhang den Begriff Felt Sense ein. Dieser Felt Sense bezieht sich dabei nicht auf einen affektiven Zustand, der nur in uns zu finden ist – Felt Sense umfasst eine Situation in seiner Gesamtheit, wie wir in dieser Situation sind, was wir hervorbringen und wahrnehmen und was wir fühlen. (Gendlin, 1968) Der Versuch das Gefühlte zu explizieren ist bereits ein weiterführendes Erleben. Explikation von Felt Sense ist keine Darstellung von Felt Sense wie etwa der Vorgang des Fotografierens. Erleben, so Gendlin, ist subtiler,

als es ein Schema jemals fassen könnte. Felt Sense umfasst neben dem Gefühlten auch kognitive Elemente wie Denken, Lernen, Wahrnehmen und Verstehen. (Gendlin, 1968) Experiencing ist allerdings untrennbar mit dem Focusing-Prozess verbunden.

3.6.1.2 Focusing

Focusing ist die direkte Bezugnahme auf eine gefühlte Bedeutung im Körper. Die gefühlte Bedeutung ist keine geistige, sondern eine physische Erfahrung, eine körperliche Wahrnehmung einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses. (Gendlin, 1981) Sie ist außerhalb des Bewusstseins und kann nur durch den Körper gefühlt werden. Felt Sense ist nicht einfach da, sie muss sich erst bilden. Der Klient wird aufgefordert sich in dieses Erleben – die gefühlte Bedeutung nachzuspüren und sich darin zu vertiefen. Gelingt diese Zentrierung, dann kann eine Persönlichkeitsveränderung in Gang gesetzt werden. (Gendlin, 1964) Das Focusing-Konzept von Gendlin besteht aus vier Phasen.

1. Phase: Direkte Bezugnahme (direkt reference)

Hier nimmt der Klient direkt Bezug auf einen inneren Ergebnisvorgang. Dieser Vorgang führt im Organismus zu einem Spannungsabbau, selbst wenn er unangenehm ist.

2. Phase: Entfaltung (unfolding)

Es gelingt dem Klienten in kleinen Schritten näher an sein unmittelbares Fühlen heranzukommen. Aus dem vagen dies wird ein etwas, das sehr plötzlich und dramatisch kommen kann. Es kommt zu einem Erkennen und Ausbreiten der gefühlten Bedeutung.

3. Phase: Erweiterte Anwendung (global application)

In dieser Phase des Erlebens erreicht der Klient direkten Zugang zu verschiedenen Erlebnisbereichen. Er wird geradezu von verschiedenen Erinnerungen, Assoziationen und Erlebnissen, die mit der erarbeiteten gefühlten Bedeutung in Beziehung stehen, überflutet. Obschon diese Gefühlsgegenstände im ersten Anschein unabhängig von einander auftreten, verbindet sie die gefühlte Bedeutung. Es kommt hier, Gendlin zu Folge, allerdings nicht zu einer Einsicht.

4. Phase: Änderung der Bezugnahme (referent movement)

Der Klient fühlt eine deutliche Änderung im inneren Bezugsgegenstand. Die Änderung der Bezugnahme erfolgt häufig unmittelbar nach den ersten drei Phasen, wie oben

beschrieben. Die impliziten Bedeutungen, die der Klient durch diese Bewegung symbolisieren kann, sind nun deutlich andere. Durch das Explizieren vom Felt Sense kommt es zu einem Felt Shift, in dem Sinne, dass neue Bezugspunkte anvisiert werden. Das Explizieren bzw. Symbolisieren ist ein wichtiger Schritt, der notwendig ist, um die gefühlte Bedeutung präzise und vollständig erfassen zu können. (Gendlin, 1968) Erst dann ist auch eine Neuorientierung möglich. Die Neuorientierung geht mit physiologischen Veränderungen einher. (Sachse, Atrops, Wilke et al., 1992) Es ist eine neue gefühlte Bedeutung vorhanden, die mit einer veränderten Wahrnehmung des Erlebnisgegenstandes verbunden ist. Der Vier-Phasen-Prozess kann erneut beginnen.

Gendlin postuliert, dass nicht alle vier Phasen für ein erfolgreiches Focusing unbedingte Voraussetzung sind. Die Änderung der Bezugnahme kann auch in anderen Phasen des Focusing auftreten. Grundsätzlich führt die direkte Bezugnahme für sich noch keine Veränderung der Referenz herbei. Sie verhilft der Person in der Situation die diffusen Spannungen und Ängste, die der gefühlten Bedeutung anhaften, zu überwinden. In manchen Fällen genügt bereits die erste Phase und der Klient fühlt bereits eine neue Qualität der inneren Bezugnahme.

Durch Focusing nimmt die Person direkt zum Organismus Kontakt auf. Die Sinneinheit stellt die Felt Sense dar. Wenn in Folge des Focusingprozesses ein Felt Shift eintritt, gelingt es der Person eine Sinneinheit als Figur aus dem Grund des Organismus hervorzuheben. Das Gefühl wird intensiver, klarer und realer. (Gendlin, 1962a) Die Person kann mit diesem Gefühl besser umgehen und gewinnt Raum für Neuorientierungen. Auf diesem Wege kann die Wahrnehmung der Person verändert werden. Erst eine Veränderung in der Wahrnehmung kann auch eine Verhaltensveränderung nach sich ziehen. Rogers betonte, dass eine Verhaltensveränderung nicht durch intellektuelles Erkennen ersetzt werden könne. (Rogers, 1942)

Überhaupt betonen Psychotherapeuten, dass Variablen wie Intellektualisieren oder Externalisieren, im Sinne von bloßem Reden über Situationen und Erlebnisse rund um die eigene Person, die Effektivität der Psychotherapie reduzieren. Klienten deren kognitive Elemente im Vordergrund stünden, würden die Therapie erfolglos verlassen. (Gendlin, 1968a) Daher fragten sich Gendlin und seine Kollegen, welche Variable den Erfolg eines erfolgreichen Focusing Prozesses ausmache. Die Antwort darauf war für sie: Gefühle. Im Gespräch um Probleme müssen die Konflikte auch tatsächlich affektiv gegenwärtig werden. Bloßes Reden über Gefühle ist per se nicht ausreichend für einen Focussingprozess.

Damit liegen die Grenzen des Experiencing und Focusing-Konzepts beim Klienten selbst. Wenn der Klient aus sich heraus nicht in der Lage ist einen gefühlsmäßig vorbegrifflichen Erlebensprozess im Inneren in Gang zu setzen –mit anderen Worten, wenn der Klient auf diese Therapieform nicht anspricht – dann wird diese Methode beim Klienten auch keine Veränderung der Wahrnehmung oder des Verhaltens herbeiführen. Gendlin und seine Kollegen schreiben: „... it can be hoped that therapists will increase their ability to point attention and to respond to it and so to aid clients in developing higher levels of this success-eventuating mode of therapy behavior.” (Gendlin et al., 1968a, 236) Für Klienten, denen der Zugang zu einer affektiven Welt in ihrem Körper versagt bleibt, ist nur noch der Therapeut die letzte Hoffnung für die Ingangsetzung eines erfolgreichen Experiencing und Focussingprozesses. Sicherlich ist die Beziehung zum Therapeuten und das Verhalten des Therapeuten für den Experiencing und Focusing Prozess ein wichtiger Erfolgsindikator, der einen Focusingprozess begünstigen kann. In einer nahen Beziehung zum Berater, ist der Klient in der Lage sich ohne Verteidigung zu sehen und ihre diffusen Impulse und unstimmmigen Gefühle zuzulassen ohne der Angst, kritisiert zu werden.

Wie bereits zu Anfang festgestellt, sind in der Filialtherapie Muster des Experiencing und Focusing zu erkennen. Die Filialtherapie bietet für die Stimulierung von Experiencing- und Focusing-Prozesse interessante Perspektiven. Wie eine solche Stimulierung konfiguriert sein könnte und welche Lösung meines Erachtens die Filialtherapie hierzu bietet, wird im nächsten Kapitel besprochen.

Zusammenfassung

Gendlin konzentriert sich innerhalb seines Konzeptes auf die Begriffe Experiencing und Focusing und bezieht diese im Rahmen einer nicht-direktiven Therapie auf die Erfahrung in der Person selbst. In der Person existiert ein Fluss der Erfahrung, in der die physische und die psychische Welt (Fühlen und Denken) der Person sowie die Geschehnisse der Außenwelt in einer ständigen Interaktion miteinander verbunden sind und aufeinander komplex einwirken. Gendlin geht es darum, dass die Person in diesen Fluss der Erfahrung hineingelangt und ein tieferes Erleben spürt. Aufgabe des Therapeuten ist, den Klienten in diesen Fluss der Erfahrung einzubringen. Der Therapeut hilft der Person, für sich selbst den Prozess der Öffnung einzuleiten.

Wird dieser Prozess eingeleitet, dann begibt sich die Person in einen Prozess des Unterwegseins, der ständigen Reorganisation des Selbst. Hier verwendet Gendlin den Begriff Felt Shift, repräsentativ für eine neue Wahrnehmung des Erlebnisgegenstandes. Die Person bewegt sich weg von einem starren Konzept des eigenen Selbst und hin zu einem inneren Austausch zwischen verschiedenen Selbstbildern. Neue Erfahrungen können offener und realer gelebt werden. Zwar wird mit dem Felt Shift kein Problem gelöst. Aber die Person fühlt sich insgesamt lebendiger und fähiger konstruktiv Herausforderungen im Leben zu begegnen. Der Austauschprozess zwischen dem Selbst und den verschiedenen Erfahrungen des Selbst mit der Außenwelt stellt eine notwendige Voraussetzung für eine kongruente, homeostatische Entwicklung der Person.

3.6.2 Ergebnisse zu Fragestellung C

a) Experiencing and Focusing in der Filialtherapie

Landreth kommentierte seine Erfahrungen mit Eltern, die selbst in einem spieltherapeutischen Setting mit Spielmaterialien spielten:

„In these play sessions, the adult becomes absorbed in the activity of play itself and thus engages in a kind of awareness that is not possible through mere verbalization. Through play the adult has a conversation with self, that is a very personal experience because, different involvement is called for.“ (Landreth, 2002, 40)

Im Spiel mit einer anderen Person werden nicht nur die Kognition sondern auch der Körper sowie die Gefühle direkt involviert. Dieses erlebte Bewusstsein kann oftmals durch Worte nicht symbolisiert werden.

Wenn wir nun auf die Mutter-Kind Spielsettings in der Filialtherapie zurückgehen, spielt die Mutter mit dem eigenen Kind in spezifisch gekennzeichneten Spielsettings. Sie kommuniziert mit ihrem Kind über das Spiel. Eine solche Situation im Spiel ist mit Emotionen und Bedeutungen verbunden. Die Mutter macht aufregende Entdeckungen über sich und ihr Kind. (Landreth, 2006) Der Körper spürt die Situation unmittelbar und nimmt Bedeutungen wahr, die nicht immer gleich verbalisiert, aber im Körper gefühlt werden können. In einer herkömmlichen Kinderspieltherapie, die häufig mit einer begleitenden Elterntherapie verbunden ist, ist der Körper der betreffenden Mutter nicht in dem intensiven Ausmaß in das gefühlte Problem eingebunden. Da gibt es kein *zusammen* in einem gemeinsamen Spiel mit dem Kind.

Als Spielgefährte, als direkter Veränderungsagent im Spielsetting der Filialtherapie, wird die Mutter in einen intensiven, dynamischen Gefühlsprozess involviert. Im Spielsetting mit dem Kind erlebt sich die Person selbst unmittelbar in der Konfliktsituation, mit dem Beziehungsproblem konfrontiert. Von der Mutter wird in der Filialtherapie ein hohes Engagement gefordert, ein Tun und Mitarbeit abverlangt. Dabei können Emotionen besser aktiviert werden – sie gestalten sich lebendiger, wodurch sie präsenter werden. Für den Klienten ergibt sich über das Experiencing die Möglichkeit, besser auf die Gefühle zurückzugreifen und sie zu fassen.

Die Mutter kann im Zweierspiel mit dem Kind die Probleme besser erleben. Gendlin (1999) zu Folge erfasst der Körper eine Situation treffender als der Intellekt. Der Klient spürt in

der Situation über den Körper, dass mit dem Spielsetting oder/und mit dem Kind mehr verbunden ist, als er im Augenblick intellektuell fassen kann. Durch das Spiel mit dem Kind im Setting, werden neue Prozesse in der Mutter aktiviert.

Gendlin vertritt die Position, dass die Art des Prozesses die Inhalte, die auftauchen, bestimmt. „Wenn meine Haltung beispielsweise willkommenheißend ist, kommen sogar lange festgehaltene Erinnerungen als Teil frischen Erlebens, statt als Hindernis und Blockierung. ... Erlebnisinhalte liegen nicht da und warten darauf, 'bewußt zu werden'. Sie bestehen nicht aus 'Objekten', die vor dem Gewährwerden schon da sind und von diesem nicht verändert werden. Ganz im Gegenteil! Der Prozeß *erzeugt und verändert* die 'Objekte'.“ (Gendlin, 1999a, 1) Die Prozesse, die im Spielsetting mit dem Kind aktiviert werden, sind andere als jene, die in einem Gespräch zwischen Mutter und Therapeut verbal aktiviert werden. Sie sind näher am gefühlten Problem.

Mit den neuen Erfahrungen, die die Person in der Begegnung mit dem Therapeuten und den anderen Gruppenmitgliedern gemacht hat, kann die Mutter mit den gefühlten Problemen im Spielsetting in einer neuen Art und Weise kreativer umgehen. In welchem bedeutenden Umfang der Erfahrungsprozess im Spielsetting Veränderungsprozesse in einer Mutter auslösen kann, zeigt das folgende Beispiel, das von einem Filialtherapeuten wie folgt beschrieben wird:

„Maria has really surprised me. At first, she was quiet and did not participate in the group discussion. She seemed to become more comfortable in the third session, and than really seemed to explode with excitement once she began the play therapy sessions with Adam. Wow, the excitement and enjoyment she had was exciting to me! She was faithful in bringing her videotapes each week. In the videotapes, it was evident that she understood the skills we taught and was applying them. In fact, I was surprised at the pace at which she really learned the skills. By the fifth training session, Maria began to share her feelings about the playtimes and began asking how she should respond in specific situations outside the play session.“ (Landreth, 2006, 21)

Maria, war eine Klientin, die sich in den ersten drei Sitzungen an den Gruppendiskussionen nicht beteiligte. Erst nachdem sie eine Spielsitzung durchgeführt hatte, blühte sie auf. Aufgrund der Videoaufnahmen konnte der Therapeut erkennen, dass Maria sehr gute Fortschritte machte. Mit der fünften Sitzung schließlich begann Maria auch über ihre Gefühle in den Spielsitzungen zu sprechen. Hier kommt es bei der Klientin erst durch die

Spielsitzung zu einer Bewegung. Durch das Training im Spielsetting kommt es zu einer intensiveren Erfahrung der Urheberschaft, wodurch für die involvierte Person die Möglichkeit gegeben ist, dass das Selbstbild in Fluss gerät.

Zwar ist im CPRT-Design vorgesehen, dass sich die nahe Bezugsperson zunächst auf die innere Welt des Kindes konzentriert. Doch ist auch vorgesehen – wenngleich nur in eingeschränktem Maße –, dass sich der Klient während der Spielsitzung auf die eigene innere Gefühlswelt konzentriert. Fragen, die in der nahen Bezugsperson während der Spielsitzung auftauchen können, sind: Was passiert in der Beziehung mit dem Kind, was passiert mit mir? Was fühlt das Kind, was fühle ich? Die besonderen spieltherapeutischen Mutter-Kind Spiel-Settings ermöglichen der nahen Bezugsperson nicht nur mehr über das Kind zu erfahren sondern auch über sich selbst.

Landreth empfiehlt in seinem CPRT-Handbuch, die Teilnehmer in der vierten Sitzung zu ersuchen, während der Spielzeit auf ein intensives Gefühl in sich zu achten – die Aufmerksamkeit auf sich selbst zu richten. Die meisten Eltern hätten Schwierigkeiten sich auf ein intensives Gefühl zu fokussieren. Daran würde in den Gruppensitzungen gearbeitet werden. Die Zuwendung an die innere Erfahrungswelt des Klienten und der Versuch diese Erfahrungen zu verbalisieren, sind wichtige Intentionen in der Filialtherapie. Die Konzentration auf die eigenen Gefühle ist ein wichtiger Teil der Gesamtstrategie im CPRT-Konzept. Eltern, die sich ihrer eigenen Gefühle nicht bewusst sind, werden nicht in der Lage sein, in die Gefühlswelt ihres Kindes einzutreten. Der Erfolg der Filialtherapie hängt davon ab, ob die Teilnehmer ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und darüber reflektieren können. (Landreth, 2006) Dieser Schritt ermöglicht ihnen, auch die Gefühle anderer zu reflektieren und besser zu verstehen. Erst wenn sie Zugang zu ihrer eigenen inneren Erfahrungswelt gewinnen, können sie ihren Instinkten stärker vertrauen. Wichtig ist, dass die Person lernt, direkt auf das Selbsterleben Bezug zu nehmen, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf den konkreten, gegenwärtig ablaufenden Prozess ihres eigenen inneren Erlebens richtet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die spezielle Konstellation in der Filialtherapie inhärente Möglichkeiten in sich birgt, durch Experiencing- und Focusing-Prozesse, umfassende Wahrnehmungsveränderungen herbei zu führen. In Ansätzen sind für die Transformation Experiencing- und Focusing-Prozesse als Wirkgrößen bereits vorhanden. Im vierten Setting erhalten die Teilnehmer die Aufgabe, während des Spielsettings die Aufmerksamkeit auf sich selbst, auf ein intensives Gefühl im Inneren zu richten. Die nahe

Bezugsperson setzt sich mit der Situation und mit sich selbst bewusster auseinander. Es führt dazu, dass sich der Klient in Richtung neuer Wahrnehmungen bewegt. Der Rahmen des Spielsettings begünstigt bei der Mutter einen Felt Sense zu erspüren. Es geschieht mit der Person in der Situation etwas, das sie und ihre starren Strukturen in Bewegung setzt. Das Spielsetting ist für sich ein erlebnisfördernder Prozess, der mit intensiven Gefühlen einhergeht. Die Mutter geht aufgrund der im Vorfeld geführten Gespräche in der Gruppe sensibler im Spiel vor. Die Spieltherapie als dynamischer Prozess zwischen Mutter und Kind, zu dem eine Beziehung mit spezifischen emotionalen Einstellungen besteht, kann beim sensibilisierten Klienten einen Felt Sense bewirken. Die Möglichkeit darüber zu sprechen und die gefühlte Bedeutung gegebenenfalls zu explizieren, ergäbe sich in den Gruppensitzungen.

Tatsächlich ist nach dem CPRT-Konzept der Fokus der Bezugsperson im Spiel stärker auf die Gefühle und das Innenleben des Kindes gerichtet als auf die eigene Person. Im Zweierspiel soll die Bezugsperson ihre Aufmerksamkeit auf die Gefühlswelt des Kindes richten. Lediglich in der vierten Sitzung soll die Mutter während des Spielsettings auch auf ihr Inneres hören. Hier sind Experiencing- und Focusing-Prozesse nur in Ansätzen vorhanden. Allerdings könnte hier durch einen stärkeren Bezug auf den eigenen Erfahrungsfluss in den Spielsettings, noch mehr in Bewegung gesetzt werden. Das learning by doing involviert den Körper in das unmittelbare Geschehen – konfrontiert den Körper in der Situation mit den gefühlten Problemen, wodurch ein Felt Sense besser geortet werden kann.

In der CPRT sind aufgrund der spezifischen Konstellation beachtliche Potentiale für Experiencing- und Focusing-Prozesse vorhanden. Zum Teil schaffen Bezugspersonen den Felt Shift bedingt durch den Therapieprozess per se alleine, ohne dass der Therapeut auf ein solches Phänomen bewusst hinweisen müsste. (siehe Fallbeispiel Maria, weiter oben) Dieser Beitrag hier soll eine Anregung zur weiteren Forschung zum Thema Experiencing und Focusing in der Filialtherapie sein, um gegebenenfalls bestehende Potentiale und Phänomene als Inputfaktor zur Erfolgssteigerung besser nützen zu können. Dieser Wirkfaktor wäre ein zusätzlicher Zugang zur Heilung der Person.

b) Handlungsbezogener Nachweis in der CPRT

Die Konstellation der Filialtherapie, nämlich Trainingseinheiten mit Übungen in Spielsettings und Supervision zu verbinden, erlaubt in einer unvergleichlichen und

einzigartigen Weise den Fortschritt des Klienten zu beobachten. Das Hauptziel der Therapie ist, zwischen Bezugsperson und Kind eine gesunde Beziehung entstehen zu lassen. Ein wichtiger Weg hierzu ist, dass die enge Bezugsperson (Mutter/Vater) spezifische Haltungen, wie Empathie, unbedingte Wertschätzung in einer warmen, gewährenden Atmosphäre annehmen lernt.

Lernen erfolgt in der CPRT auf dreierlei Bahnen: a) über die Lehrinhalte und Rollenspiele des Therapeuten, b) über selbständiges Üben der Spieltherapie zu Hause in einem speziell für das Kind eingerichteten Spielsetting und c) über Beobachtung der Spielsettings anderer Gruppenteilnehmer.

Ein Spielsetting kann entweder direkt in den Räumlichkeiten des Therapeuten stattfinden, wodurch alle Teilnehmer aus einem Nebenraum mitbeobachten können. Oder die Bezugsperson nimmt das Zuhause durchgeführte Spielsetting auf Video auf und präsentiert es anschließend in der Gruppe. Auch hat die Bezugsperson die Möglichkeit, von ihren Erfahrungen lediglich einen mündlichen Bericht zu liefern. Die vorgeführten Spielsettings sowie die mündlichen Berichte stellen die Grundlage für die Feedbacks dar.

Da die Trainings in Gruppen stattfinden, erfolgen Feedbacks nicht nur vom Therapeuten. Auch die anderen Gruppenteilnehmer werden zeitweilig in eingeschränkter Weise quasi zu Therapeuten, die in empathischer Wärme Feedback leisten. Landreth erklärt, dass ein empathisches Feedback oder eine Ermutigung seitens der Gruppenteilnehmer sogar hilfreicher sein kann, als die Kommentare vom CPRT-Trainer, der nicht unbedingt die gleichen Probleme wie die Eltern teilt. (Landreth, 2006) Diese hilfreichen Dimensionen in der Gruppe stärken das Vertrauen des Klienten, weiter in sich selbst einzudringen.

Über Feedback können Eltern auf Fortschritte bei sich selbst, beim Kind und in der Beziehung zum Kind aufmerksam gemacht werden. Neue Aspekte in der Beziehung zum Kind und zur eigenen Persönlichkeit können wahrgenommen werden. Für den Klienten hat die Feedbackkultur, die speziell in der Filialtherapie stets auf die Stärken der Klienten aufbaut, auch den Vorteil, dass sie den Selbstwert der Eltern steigert und sie dazu ermutigt, trotz subjektiv empfundener Schwierigkeiten an der Beziehung weiterzuarbeiten. Laut Studien sind Klientenerfahrungen über positive Veränderungen noch während der Therapie, gute Prädiktoren für positive Ergebnisse am Ende der Behandlung. (Garfield, 1994, Brown, Dreis & Nace, 1999)

Feedback erfüllt während der Therapie für den Therapieprozess zudem eine weitere wichtige Funktion. Indem der Therapeut die Spielsettings der Bezugspersonen beobachtet,

bzw. sich ihre Berichte anhört, erhält er indirekt einen ersten Eindruck über den Fortschritt des Klienten. Er gewinnt ein gutes Bild darüber, inwieweit sein Tempo und die Inhalte den jeweiligen persönlichen Bedürfnissen der Klienten entsprechen. Dieses Feedback dient dem Therapeuten als Richtlinie für eventuelle Korrekturen in der Therapiearbeit. Bereits in der Common Factor Literatur haben wir erfahren, dass es in einem besonderen Ausmaß notwendig ist, die Therapie auf die Bedürfnisse der Klienten zuzuschneiden. (Bohart & Tallman, 2010, Busseri & Tyler, 2004, Bohart & Tallman, 1999) Je differenzierter Therapeuten etwa über Feedback auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten eingehen können, desto höher ist die Effizienz der Therapie.

In der Filialtherapie werden keine schriftlichen oder systematischen Befragungen durchgeführt. Vor Beginn der jeweiligen Eltern-Berater Sitzung werden die Eltern befragt, wie ihre Woche abgelaufen ist, wie sie sich fühlen und welche Erfahrungen sie in ihrem Spielsetting mit ihrem Kind gemacht haben. Erhält der Therapeut Informationen über Misserfolge und subjektiv empfundene Unsicherheiten, kann er für sich Überlegungen treffen, wie er bei den spezifischen Klienten vorgehen kann, damit auch sie in ihrer Beziehung zu ihrem Kind Verbesserungen erlangen können. Die Behandlung kann auf diesem Wege auf die Wahrnehmung der Klienten besser abgestimmt werden – eine Vorgangsweise, die ganz den Empfehlungen der empirischen Forschung entspricht. (Miller, Duncan & Hubble, 2002)

Ein Filialtherapeut in Ausbildung schreibt in seinem Erfahrungsbericht:

„... I have also learned that when I move too quickly through the material, the parents do not learn what I think they learn. I must take the time to get feedback from the parents and not move so rapidly next time. If what I am teaching them sparks new thinking, they will be involved in their own thought process. ... They will get lost while I jump too quickly to another subject.” (Landreth, 2006, 41)

Wenn der Therapeut in den Trainingseinheiten zu schnell unterwegs ist, werden die Teilnehmer den Inhalten nicht folgen können. Wenn die zu vermittelten Inhalte nur punktuell bei den Eltern ankommen, verharren sie in ihren eigenen Denkstrukturen, wodurch sie nicht mehr mitkommen werden. Es wird ihnen dann auch nicht gelingen, die Spieltherapie zufrieden stellend durchzuführen.

Das empfundene Versagen kann zu geringeren Selbstwertgefühlen bzw. im Training zu Reiberein und Spannungen führen, insbesondere wenn andere Elternpaare sichtbar

erfolgreich voranschreiten. Je stärker Verhalten und Erwartung voneinander abweichen, desto größer können die Spannungen empfunden werden.

Eine weitere schwierige Aufgabe für den CPRT-Leiter ist, den einzelnen Klienten dort abzuholen, wo er sich gerade befindet. Angesichts der Tatsache, dass jede Person einen anderen Entwicklungsstand, andere innere und äußere Ressourcen hat, werden Veränderungen von den bereits erworbenen Erfahrungen, Haltungen und Gefühlen des Klienten abhängen. Die therapeutische Philosophie in der CPRT fußt auf der Annahme, dass selbst die Entscheidungsfehler bzw. die Fehlhandlungen der Klienten im Spielsetting ebenso Wege darstellen, um ihrer Art des Daseins Ausdruck zu verleihen. Fehlleistungen stellen lediglich einen Zwischenschritt zur nächsten Veränderungsstufe dar. Daher muss der Therapeut in manchen Fällen besonders geduldig sein. Ein Feedback darf nur die Stärken und die positiven Elemente einer Veränderung ins Auge fassen. Der CPRT-Leiter erlaubt jedem einzelnen Klienten er selbst zu sein, räumt dem Klienten viel Zeit ein, seine Gefühle zu identifizieren und zu klären.

Feedback erlaubt insgesamt den Klienten besser zu verstehen und von dem anderen verstanden zu werden. Erst das Ineinandergreifen von Verstehen und verstanden werden öffnet den Weg zu einer konstruktiven Veränderung.

3.7 Diskussion

Die leitende Forschungsfrage in dieser Arbeit war, welche Wirkfaktoren den Erfolg der Filialtherapie ausmachen. In den jüngsten Ergebnisstudien über die Wirksamkeit der Filialtherapie bzw. der CPRT wird der Prozess der Persönlichkeitsveränderung linear mit den Schulungen und Trainings als eine effektive Methode in Verbindung gebracht. (Alivandi-Vafa & Ismail, 2010, Grskovic & Goetze, 2008) Edwards, Sullivan, Meany-Wahlen und Kantor (2010) verwenden die CPRT Abkürzung in der Folge auch für Child Parent Relationship Training, um die Bedeutung des Trainings in der CPRT (Child Parent Relationship Therapy) hervorzuheben. Für den Leser hat es den Anschein, dass die Selbsterweiterung in der Bezugsperson direkt mit den Schulungen und Trainings, also rein mit technischen Daten, mit Informations- und Know-how Übermittlung zu verbinden wäre. Eine solche Annahme wäre paradox und widersprüchlich, insbesondere aus dem Aspekt heraus, dass Rogers an Hand von empirischen Studien beweisen konnte, dass individuelle Haltungen einer Person nicht mit Erklärungen und intellektuellen Interpretationen zu verändern seien. (Rogers, 1942) Es genügt nicht den Eltern zu erklären, ihrem Kind mehr Liebe und Aufmerksamkeit zu schenken. Dieser Zugang zu menschlichen Problemen sei nicht effektiv, um die jeweiligen Haltungen und Sichtweisen konstruktiv zu verändern, so die Position Rogers bezüglich der Persönlichkeitserweiterung mittels technischen Informationstransfers.

In dieser Arbeit machte ich es mir zur Aufgabe, diese Widersprüche aufzulösen. Ein erster Weg hierfür war, auch andere Faktoren, die neben den Schulungen Wirkung entfalten, aufzuzeigen. Daraus ergab sich für mich die leitende Forschungsfrage, nämlich welche Wirkfaktoren den Erfolg der Filialtherapie ausmachen.

Um diese allgemeine Frage systematisch beantworten zu können, wurde sie in drei Unterfragen zergliedert. Die **erste** dieser **Unterfragen** lautete: Inwieweit sind für die Transformation in der Filialtherapie neben Schulungen auch Core Conditions als Common Factor notwendig, damit die Spieltherapie zwischen Mutter (als nahe Bezugsperson) und Kind erfolgreich abgeschlossen werden kann? Aus dem ersten Teil meiner Arbeit kam hervor, dass die Core Conditions als Common Factors – also Faktoren, die die gemeinsame Basis aller therapeutischen Methoden darstellen – zu qualifizieren sind. Für die Basiselemente der klientenzentrierten Haltung als allgemeine Faktoren lag der Schluss nahe, dass sie auch in der Filialtherapie vermutlich eine Wirkgröße darstellen.

Tatsächlich konnte im 2. Teil der Arbeit (ab Kapitel 3) über Verknüpfung und Auslegung bestehender Studien, theoretischen Materials und historischer Lebensäußerungen Rogers festgemacht werden, dass in der CPRT das therapeutische Angebot als ein Beziehungsangebot aufgefasst wird, getragen durch Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Echtheit. Der Therapeut tritt dem Klienten mit einer spezifischen Haltung gegenüber und bietet diesem die Möglichkeit, eine Beziehung zu sich selbst aufzunehmen, in der er sich selbst verstehen und akzeptieren kann.

Der CPRT-Therapeut geht nicht-direktiv vor. Handlungen oder Aussagen der Klienten werden nicht kritisiert. In einer nahen Beziehung, ist die Mutter in der Lage sich ohne Verteidigung zu sehen, ihre diffusen Impulse, ihre aggressiven Anteile und unstimmigen Ambivalenzen zuzulassen. Der CPRT-Berater vertraut darauf, dass der Klient in seinem unermüdlichen Bestreben nach Selbstverwirklichung und Entwicklung selbst den Weg zu einer Persönlichkeitsveränderung finden wird. Erst wenn Eltern sich selbst und Situationen in einem neuen Licht wahrnehmen, sind sie offen für alternative Sichtweisen in der Erziehung.

Damit konnte die Antwort auf die erste Fragestellung, ob die Core Conditions für den Therapieverlauf in der CPRT eine Rolle spielen, positiv beantwortet werden.

Die zweite Frage lautete: Welche Rolle spielt das emotionale Wissen im Rahmen der Schulungen und Trainings, als einem Wirkfaktor in der CPRT?

Rogers hatte stets proklamiert, dass sich der Mensch ganzheitlich zur Welt in Beziehung setzt. Für die Entwicklungsfähigkeit der Person sei nicht nur eine Veränderung auf der kognitiven Schiene, sondern auch eine Bewegung auf der emotionalen und körperlichen Ebene verantwortlich. Erst durch ein Reflektieren der Gefühle und des ganzheitlichen Erlebens könne sich die Person im Leben neue Bedeutungen schaffen und Veränderung erfahren.

Also könnten die Schulungen und Trainings im Sinne von technischen Informationstransfers nicht die Ursache für die positiven Persönlichkeitsveränderungen in der CPRT sein. Es müsste hinter diesem bedeutungsvollen Wirkfaktor mehr drinnen stecken, als es auf den ersten Blick den Anschein hat. Hier war es mein Ziel, die Prozesse in der Praxis besser zu erfassen. Genähert habe ich mich dieser Aufgabe, indem ich in der Literatur nach den Qualifikationen eines guten Spieltherapeuten recherchierte, da ein CPRT-Berater auch die Qualifikationen eines Spieltherapeuten erfüllen muss. Außerdem suchte ich nach den Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit in der Mutter-Kind

Beziehung eine Veränderung eintritt. Eine Quelle, aus der ich besonders wertvolle Informationen und Hinweise für die Erforschung dieser Fragestellung schöpfen konnte, war das Buch von Rogers mit dem Titel „The Clinical Treatment of the Problem Child“, aus dem Jahr 1939. Auch waren mir die Schriften Axline's eine große Hilfe.

Wenn es darum geht, die nahen Bezugspersonen in die spieltherapeutischen Prinzipien nach Axline durch Rollenspiele einzuführen, dann geht es inhaltlich um spezifische Haltungen, die notwendig sind, damit eine wirksame Beziehung eintreten kann. In der Spieltherapie ist der Partner des Kindes einer, der dem Kind mit Wärme, unbedingter Wertschätzung und Akzeptanz begegnet. Die Gegenwart eines verständnisvollen, freundlichen Partners gibt dem Kind Sicherheit, alle seine Ängste und seine unliebsamen Seiten auszuleben. Der Spielpartner reflektiert und akzeptiert die Gefühlseinstellungen des Kindes. Der Erwachsene hat Achtung für jede Äußerung, jede Handlung des Kindes. Er lässt es gewähren und macht ihm Mut, sich selbst zu explorieren, sich selbst besser zu verstehen. Diese Haltungen des Spieltherapeuten bzw. des Spielgefährten stellen ein zutiefst emotionales Wissen dar. Rogers postulierte in seinem Buch (1939) zum Thema „Changing Parental Attitudes“, dass der Therapeut niemals die Akzeptanzkapazitäten der Eltern überschreiten darf. Eltern begegnen ihrem Kind mit spezifischen emotionalen Einstellungen, die als starre Strukturen ihre Wahrnehmungen und Handlungen maßgebend beeinflussen. Bevor sich Eltern für neue Haltungen oder Sichtweisen in der Begegnung zum Kind öffnen können, müssen neue Verhaltensweisen erst wahrgenommen werden. Hierfür ist es notwendig, dass die Emotionen, die Ängste der Eltern an die Oberfläche gelangen, dass sie sich selbst besser verstehen. Einsicht und Entwicklung wird von den jeweiligen Klienten nur dann erreicht, wenn diese sich auf die Reise nach innen begeben. Auf diesem Wege nimmt die Person den Ort der Bewertung bzw. den Ort seiner Entscheidungen in sich selbst wahr und fühlt sich als Folge zu mehr Selbstvertrauen bemächtigt, das notwendig ist, um zu wachsen und zu reifen. Sämtliche Handlungen sowie das Denken der Person stehen im Dienste der Aktualisierungskraft in der Person.

Der Punkt ist hier, dass den Eltern in der CPRT keinesfalls nur intellektuelle Informationen vermittelt werden und in der Folge die Mutter oder der Vater mit dem Kind in einer speziell eingerichteten Spielecke mitspielt und dem Kind – im Sinne einer Verhaltenstherapie – geduldig zuhört in der Hoffnung, das Kind würde seine Inkongruenzen überwinden.

Der innovative Anspruch in der Filialtherapie ist, ein neues Verständnis in der Beziehung zum Kind zu gewinnen. Genau genommen geht es hier um eine geistige Erneuerung – um

die Einverleibung eines neuen Menschenbildes in die Mutter oder in den Vater (als enge Bezugsperson). Es geht um Werte wie Respekt, Wertschätzung, Verständnis und Akzeptanz, die jedem Kind entgegenzubringen sind. Es ist notwendig, dass sich die Bezugsperson mit diesen Werten identifiziert, und dass diese ein Teil ihres Selbstbildes werden.

Es geht nicht darum, dass die Mutter im Spielsetting Inhalte möglichst genau übernimmt und mit der Erwartung umsetzt, das Kind würde seine Auffälligkeit verlieren. Wenn Eltern Haltungen nur des Kindes wegen umsetzen, obwohl diese in Wahrheit wenig mit ihrem Selbstbild, mit ihren emotionalen Einstellungen zu tun haben, wird sich an der Beziehung zum Kind wenig ändern. Methoden, die den betroffenen Klienten über intellektuelles Wissen zu einer Veränderung ihrer Person führen sollen, erreichen nur eine temporäre Veränderung. (Rogers, 1994)

Im CPRT-Design geht es darum, dass sich die nahe Bezugsperson bei ihrem Tun und Handeln so entscheidet, dass sie stets ihrem Selbst genüge leistet. Dann bleibt sie ihrem Selbst treu und sie kann mit sich selbst kongruent bleiben. Erst wenn die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zunimmt, werden auch alle Arten von Spannungen abnehmen, und die Mutter (als nahe Bezugsperson) kann eine erfüllte, gesunde Beziehung zwischen sich und dem Kind aufbauen. Es sollen beide Beziehungspartner in ihren Bedürfnissen auf ihre Rechnung kommen. Nicht nur das Kind erfährt eine Befreiung von Spannungen durch das Spiel in einer facilitativen Atmosphäre. Auch die Mutter bzw. der Vater erfährt eine Befreiung von Spannungen. Grundlegung hierfür ist die Identifizierung mit grundlegenden Werten, die für eine gesunde zwischenmenschliche Beziehung unabkömmlich sind. Es reicht nicht aus, dass diese Werte verstanden werden. Es müssen hier auch emotionale Prozesse stattfinden. Die neuen Einsichten müssen gefühlt werden, damit diese die Inhalte auch tatsächlich in ihrem Bezugsrahmen wahrnehmen können.

Die spieltherapeutischen Settings sind insofern von besonderer Bedeutung, als die Mutter selbst die Gelegenheit erhält, einführendes Verstehen oder Wertschätzung zu üben und die damit verbundenen erlebten Erfahrungen nachzuempfinden. Sie kann sich kognitiv aber auch vor allem emotional auf die Bedeutungen dieser scheinbar simplen Worte, die jedes für sich eine Handvoll verschiedener Handlungen implizieren, explorativ hinarbeiten. Auf diese Weise kann die Mutter für sich selbst die Grenzen und die Entwicklungspotentiale in der Beziehung zum Kind abtasten. Sie kann sich im hier und jetzt, im Rahmen der supervisorisch begleiteten Spieltherapie, auf mehr Risiko in der Beziehung einlassen und

verschiedene selbst entwickelte Ideen ausprobieren. In der Gruppe schließlich hat sie die Möglichkeit über ihre subjektiv empfundenen Erfahrungen, über ihr Erleben in der Beziehung zum Kind, zu reflektieren und diffuse Gefühle zu klären. Dabei wird die Mutter vom Supervisor warmherzig und verständnisvoll empfangen und in ihrem Bemühen um eine individuelle Verbesserung der Beziehung zum Kind stark ermutigt.

Letztendlich sind hier die Schulungen und Trainings im Sinne von Techniken zwar wichtig aber weniger ausschlaggebend als Einstellungen des Therapeuten in der Beziehung zu seinen Klienten. Ohne einen authentischen CPRT-Berater, der in der Lage ist ein Klima der Wärme, Akzeptanz und Empathie zu bieten, kann auch die spezifische Methode der Schulung und des Trainings nicht ihre Erfolg verheißende Wirkung entfalten.

Die **dritte Unterfrage**, welche weiteren Faktoren in der CPRT an der Variabilität des Therapieerfolges beteiligt sind, war ein Versuch die Kontextverbundenheit der Filialtherapie in der Therapielandschaft aufzuzeigen. Einerseits um der Komplexität dieses Modells gerecht zu werden und andererseits, um auch dem Paradigma der humanistischen Psychologie als komplexem Weltbild ein Stück näher zu kommen. Für eine Heilung der Person in seelischer Konfliktlage sind verschiedene Zugänge, verschiedene Ressourcen da. Die Person ist mehr als die Summe seiner Einzelteile.

Auf der Suche nach einer Antwort für die dritte Unterfrage, wurden in dieser Arbeit interessante andere Einflussvariablen entdeckt.

a) Die Konstellation der Filialtherapie, nämlich Trainingseinheiten mit Übungen im Spielsetting und mit Supervision zu verbinden, erlaubt in einer unvergleichlichen und einzigartigen Weise einerseits den Fortschritt des Klienten zu beobachten und andererseits dem Klienten über Fortschritt und Entwicklung *Feedback* zu gewähren. Wie aus einem vorangegangenen Kapitel hervorgeht, stellt Feedback laut neuesten Forschungsergebnissen generell sowohl auf Seiten des Therapeuten als auch auf Seiten der Klienten einen wichtigen Aspekt für den Therapieerfolg dar. Indem man die Therapie handlungsgeleitet durch Bewertungen der Klienten evaluiert, erlangt der Therapeut noch während des therapeutischen Prozesses ein besseres Bild von der seelischen Befindlichkeit und Zufriedenheit des Klienten und von seiner Zustimmung oder Ablehnungen zur therapeutischen Arbeit. Behandlungsfehler können auf diesem Wege rechtzeitig erkannt und korrigiert werden.

In der Filialtherapie wird Feedback nicht gesondert als Evaluierungsinstrument eingesetzt. Doch aufgrund der supervisorischen Tätigkeit erhält der Berater indirekt in gewisser

Hinsicht über seine Arbeit Feedback. Ist die Mutter in den Spielsettings wenig erfolgreich und sehr unsicher, muss er als Pädagoge und Therapeut neue Wege einleiten, um der betroffenen Person zum Durchbruch zu verhelfen. Der Berater kann noch während der Therapie eine adäquate Änderung vornehmen. Auch die Gruppendiskussion, die dem Spielsetting folgt, lädt die betroffenen Personen ein, über innere Befindlichkeiten, Probleme und Erfolgserlebnisse zu berichten. Die kontinuierliche Sammlung von Klienteninformationen während der Therapie hilft dem Therapeuten sein Verhalten und seine Entscheidungen rechtzeitig an die Bedürfnisse der Klienten anzupassen.

Doch auch der Klient erhält in gewisser Hinsicht Feedback. Zum einen wird er über seine Fortschritte und Entwicklungsschritte durch den Berater in Kenntnis gesetzt. Informationen über innere Wandlungen oder konstatierte psychische Stimmungslagen, die die Klienten selbst noch nicht nachvollzogen haben, können über Feedback weitergegeben werden. So konnte empirisch herausgefunden werden, dass bei Klienten, die während der Therapie vom Therapeuten Rückmeldungen zur persönlichen Entwicklung erhielten, signifikant gesteigertes Selbstwertgefühl, deutliche Verminderung der Symptome sowie erhöhte Hoffnung hinsichtlich ihrer Probleme festgestellt wurden. Auch die Kooperation zwischen Therapeut und Klient kann über verbale Rückmeldungen des Therapeuten intensiviert werden, sodass der Klient auf diese Weise stärker im therapeutischen Prozess eingebunden wird.

Da in der Filialtherapie Kritik der Person untersagt ist, wird der Klient über die negativen Aspekte seiner Arbeit mit dem Kind vom Therapeuten nicht direkt unterrichtet werden. Aber indirekt lernt er über Beobachtung anderer Spielsettings bzw. über Diskussionen in der Gruppe, wie sie schlechter gemeisterte Situationen in der Zukunft besser bewältigen kann.

b) Studiert man die Aussagen Landreths eingehend, dann fällt auf, dass in der CPRT auch *Experiencing und Focusingprozesse* vorhanden sind. Im Spiel mit einer anderen Person werden grundsätzlich nicht nur die Kognition sondern auch die Gefühle sowie der Körper, der ständig in einer lebendigen Interaktion mit seiner Umgebung steht, direkt involviert. Im Mutter-Kind Spielsetting befindet sich die nahe Bezugsperson mit Spielmaterialien in einer engen Beziehung zum Kind. Der Körper spürt die Situation unmittelbar und nimmt Bedeutungen wahr, die zunächst nicht verbalisiert, aber im Körper gefühlt werden. Im Unterschied zu einer herkömmlichen Gesprächstherapie wird die Mutter in der CPRT in einen intensiveren, dynamischeren Gefühlsprozess involviert. Es ist der Prozess, der

Erlebnisinhalte beeinflusst und verändert. In der Interaktion mit dem Kind über das Medium Spiel, erlebt sich die Person selbst unmittelbar in der Konfliktsituation, im hier und jetzt, mit dem Beziehungsproblem konfrontiert. Emotionen können aufgrund der Spielsitzungen besser aktiviert werden – sie gestalten sich vitaler, wodurch sie präsenter werden. Für den Klienten ergibt sich daraus die Möglichkeit, besser auf Gefühle und vage Bedeutungen im Inneren zurückzugreifen und sie zu fassen. Landreth empfiehlt in seinem CPRT-Handbuch, in der vierten Sitzung die Teilnehmer zu ersuchen während des Spielsettings auf ein intensives Gefühl in sich zu achten. D.h. es soll nicht nur auf die Gefühle des Kindes geachtet werden, sondern auch auf die eigenen Gefühle. In der darauf folgenden Diskussionsrunde sollten diese Gefühle reflektiert und besprochen werden.

Gendlin (1999) zu Folge erfasst der Körper eine Situation treffender als der Intellekt. Der Klient spürt in der Situation über den Körper, dass mit dem Spiel oder/und mit dem Kind mehr verbunden ist, als er im Augenblick fassen kann. Durch das Spielsetting mit dem Kind werden neue Prozesse in der Bezugsperson aktiviert. Die Prozesse sind näher am gefühlten Problem.

Die meisten Eltern hätten Schwierigkeiten sich auf ein intensives Gefühl zu konzentrieren, so Landreth. Daran würde in den Gruppensitzungen gearbeitet werden. Die Zuwendung an die innere Erfahrungswelt des Klienten und der Versuch diese Erfahrungen zu verbalisieren, sind wichtige Intentionen in der Filialtherapie. Die Konzentration auf die eigenen Gefühle ist ein wichtiger Teil der Gesamtstrategie im CPRT-Trainingskonzept. Eltern, die sich ihrer eigenen Gefühle nicht bewusst sind, werden nicht in der Lage sein, in die Gefühlswelt ihres Kindes einzutreten. Der Erfolg der Filialtherapie hängt davon ab, ob die Teilnehmer ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und darüber reflektieren können. (Landreth, 2006) Wichtig ist, dass die Person lernt, direkt auf das Selbsterleben Bezug zu nehmen, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf den konkreten, gegenwärtig ablaufenden Prozess ihres eigenen inneren Erlebens richtet.

Bedingt durch die spezifische Konstellation in der Filialtherapie werden Experiencing Prozesse von außen leichter in Gang gesetzt, weil hier aufgrund von äußeren Bedingungen, nämlich in der direkten Interaktion mit der Konfliktperson, in diesem Fall dem Kind, Affekte und Gefühle ausgelöst werden, die häufig den Intellekt übermannen. Wenn der Klient darauf hingewiesen wird, in dieser mit Gefühlen und Affekten beladenen Situation auch auf die innere Gefühlswelt zu achten und nicht nur den Fokus auf die innere Welt des Kindes zu richten, könnte dadurch ein Felt Sense ertastet und im weiteren Verlauf der

Therapie ein Felt Shift erlebt werden. Die Filialtherapie bietet gute Rahmenbedingungen für Experiencing- und Focusing-Prozesse. Je nachdem wie sehr hier Experiencing- und Focusing-Prozesse intentional angestrebt werden, könnte sich dieser unspezifische Faktor zu einem spezifischen Faktor entwickeln.

Um den Bogen zur Common Factor Diskussion (im zweiten Kapitel) zu schließen, muss hier ernüchternd festgestellt werden, dass die oben aufgezählten Faktoren, nur einen Teil der tatsächlichen Wirkfaktoren ausmachen. Innerhalb der Klientenfaktoren spielen die psychologischen Aspekte der betroffenen Eltern, wie Grad der Konfliktbewältigungs- und der intrapsychischen Emotionsregulationsfähigkeit, ebenso eine wichtige Rolle für den Erfolg der Therapie. (Topham, Wampler, Gayatri, & Rolling, 2011) Auch außertherapeutische Faktoren wie das soziale Umfeld der Eltern, die soziale Unterstützung für die Mutter hinsichtlich der Durchführung der Filialtherapie, ist in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzen. In einer Mehrkinderfamilie z. B. wird es sehr schwierig die Spieltherapie mit einem Kind regelmäßig zu Hause durchzuführen, wenn da nicht entweder der Vater oder eine andere Person der Mutter unterstützend zur Seite steht, indem sie für die anderen Kinder während des spieltherapeutischen Settings die Fürsorge übernimmt.

Außerdem muss in dieser Arbeit betont werden, dass letztendlich der Erfolg einer Therapie nach wie vor auch eng mit der Persönlichkeit des Therapeuten bzw. des CPRT-Leiters verbunden ist. Der Therapeut hat die Beziehung zum Klienten als eine Gelegenheit wahrzunehmen, alles was er ist, die Persönlichkeit, die er ist, mit all ihren Erfahrungen, methodischem Wissen und sonstigen vorhandenen Potentialen, dem anderen zur Verfügung zu stellen. Diese anderen Potentiale implizieren für den Berater, durch unerschöpfliche Kunstfertigkeit und Sensibilität, mit den bestehenden Fertigkeiten (Erfahrung und Wissen) so zu interagieren, dass während der Therapie eine vitale Veränderung bei den Eltern auftritt. So schwierig die Person in ihrer Gesamtpersönlichkeit ist, ist doch trotzdem die Hoffnung für den Therapeuten, dass die Person über verschiedene Zugänge kuriert werden kann. Folglich ist ein spezifisches Wissen über Wirkfaktoren in der Therapie von essentieller Bedeutung, um bei schwierigen Personen unter Umständen auf Inputfaktoren auszuweichen, die die Ressourcen des Klienten ansprechen könnten, damit der Klient in der Folge selbständig eine konstruktive Veränderung in die Wege leitet.

Abschließend sei hier vermerkt, dass diese Arbeit ein Versuch darstellte, auf die Bedeutung von Wirkfaktoren im Allgemeinen sowie auf Wirkfaktoren im CPRT-Modell im Besondern aufmerksam zu machen. Es wird Gegenstand weiterer Forschungsarbeit sein müssen, aus

neuen Blickwinkeln und Perspektiven neue Verzweigungen und Verbindungen zu Nachbardisziplinen und -theorien zu entdecken und gegebenenfalls weiteren Wirkfaktoren Bedeutungen beizumessen.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Die Filialtherapie ist ein spezifisches Konzept, mit dem Eltern über eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung geholfen wird, die Auffälligkeiten ihres Kindes zu überwinden. Innerhalb der Filialtherapie gibt es im nicht-direktiven Ansatz die Kurzzeit Eltern-Kind Beziehungstherapie (Child Parent Relationship Therapy- CPRT) von Landreth. Dabei können Eltern bereits nach zehn Einheiten die spezifischen Ziele der Filialtherapie, nämlich die Erhöhung der Qualität der Beziehung zum Kind sowie die Reduzierung der Auffälligkeit des Kindes, erreichen. In dieser Arbeit spreche ich von der Filialtherapie als einer semi-therapeutischen Vorgangsweise, in der der CPRT-Berater sowohl in der Rolle als Therapeut als auch als Lehrer agiert.

Mein Interesse galt in dieser Arbeit der leitenden Frage nachzugehen, welche Faktoren für den Erfolg in der CPRT verantwortlich sind. Ein wichtiger Wirkfaktor ist laut Literatur die Schulung kombiniert mit Trainings. Aus der Common Factor Theorie wissen wir allerdings (siehe Kapitel 2) dass eine Technik, per se nicht ausreicht um den Erfolg einer Therapie zu sichern. Laut den Forschungsergebnissen zu Common Factors macht die Technik lediglich 1% der Variabilität des Behandlungserfolges aus. Analog hierzu konnte in dieser Arbeit festgemacht werden, dass die Schulungen und das Training der Eltern, die häufig in der Literatur linear mit dem Erfolg der CPRT in Verbindung gebracht werden, per se nicht ausreichen, um die Ziele in der CPRT zu erreichen. Daher wurde hier von der Annahme ausgegangen, dass für das Ergebnis in der Filialtherapie auch andere Faktoren wirksam werden.

Auf der Suche nach den Variablen der Transformation, konzentrierte ich mich zunächst auf die Core Conditions, die nach Rogers in jeder therapeutischen bzw. pädagogischen Beziehung unabdingbar sind, damit sich eine Person Richtung Integration bewegen kann. Auch in der Common Factor Diskussion werden die Core Conditions als allgemeine therapeutische Haltungen qualifiziert, die vorhanden sein müssen, damit eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung im Klienten in Gang gesetzt wird. Tatsächlich kann auch für die semi-therapeutische Eltern-Kind-Beziehungsarbeit bestätigt werden, dass die Core Conditions eine wesentliche Rolle spielen.

In dieser Arbeit wurde außerdem aufgezeigt, dass aufgrund der spezifischen Konstellation der CPRT eine Feedbackkultur im Konzept vorhanden ist, wodurch sowohl der Therapeut als auch der Klient zeitnahe Rückmeldungen erhalten. Die Vorteile, die sich aus dieser im

System implizierten Feedbackkultur ergeben (siehe Kapitel 3), wirken sich im CPRT-Modell positiv aus.

Ebenso wurde in dieser Arbeit aufgezeigt und begründet, inwieweit Experiencing- und Focusing-Prozesse im Ansatz in der CPRT vorhanden sind und Wirkung entfalten. Im Spiel mit einer anderen Person wird nicht nur die Kognition, sondern auch der Körper, der ständig in einer lebendigen Interaktion mit seiner Umgebung steht, involviert. Im Spielsetting befindet sich die Mutter als nahe Bezugsperson durch ein verbindendes drittes Element, dem Spiel, in einer engen Beziehung zum Kind. Der Körper spürt die Situation unmittelbar und hat die Möglichkeit Bedeutungen bzw. gefühlte Probleme wahrzunehmen, die zunächst nicht verbalisiert aber diffus tief im Körper gefühlt werden.

Tatsächlich spielt auch die Schulung und das Training der Eltern hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit und Akzeptanz ihres Kindes als Gesamtpersönlichkeit eine große Rolle für dieses Modell. Das Training erhält die Möglichkeit, ein sinnvolles Verständnis der eigenen Erfahrung zu entwickeln. Entscheidend ist hier, dass die Eltern nicht nur ein intellektuelles als vielmehr ein emotionales Wissen vermittelt bekommen. Es ist hier nicht in erster Linie die Verhaltenstherapie das Werkzeug für eine Veränderung. Vielmehr geht es hier um die Verankerung und Entwicklung einer humanistischen Denkrichtung.

Letztendlich ist für den Erfolg der Filialtherapie nicht ein einzelner, sondern es sind mehrere Faktoren verantwortlich. Keiner der Faktoren ist für sich alleine signifikant. Erst durch ihr dynamisches Aufeinanderwirken, durch das Miteinander aller Faktoren wird der Erfolg in der CPRT möglich. Allerdings stellen von den hier aufgezeigten Wirkfaktoren die Core Conditions eine Konstante dar. Ohne eine spezifische therapeutische Haltung dem Klienten gegenüber, können die anderen Wirkfaktoren nicht ihr Potential entfalten.

Dieses semi-therapeutische Modell, sei abschließend bemerkt, stellt eine Weiterentwicklung des rogerianschen Theoriegerüsts dar und beweist die Vielfalt und Flexibilität innerhalb dieses Ansatzes, der letztendlich den Reichtum der rogerianischen Denkrichtung ausmacht.

Literatur

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., & Beutler, L. E. (2001).* Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the division 29 task force. *Psychotherapy, 38* (4), 495-497.
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001).* Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251-257.
- Alivandi-Vafa, M., & Khaidzir, I. (2009).* Reaching out to single parent children through filial therapy. *US-China Education Review, 6* (2), 1-12.
Quelle <http://www.teacher.org.cn/doc/ucedu200902/ucedu20090201.pdf>
- Alivandi-Vafa, M., & Khaidzir, I. (2010).* Parents as agents of change: What filial therapy has to offer. *Procedia Social and Behavioral Science 5*, 2165-2173.
- Angyal, A. (1941).* Foundations for a science of personality. New York: Commonwealth Fund.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006).* Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61* (4), 271-285.
- Asay, T. P., Lambert, M. J. (1999).* The empirical Case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: B. L. Duncan, M. A. Hubble, S. D. Miller (Eds.). *The heart and soul of change* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Axline, V. M. (2002).* *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren.* München: Ernst Reinhardt Verlag. Original: 1947. *Play Therapy. The inner dynamics of childhood.* Boston: Houghton Mifflin.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., et al. (2001).* Service profiling and outcome benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184-196.
- Barrett-Lennard, G. T. (1997).* The recovery of empathy- toward others and self. In: A. Bohart, & L. Greenberg (Eds.). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103-121). Washington DC: American Psychological Association.

- Bavin-Hoffman, R., Jennings, G., & Landreth, G. (1996).* Filial therapy: Parental perceptions of the process. *International Journal of Play Therapy*, 5 (1), 45-58.
- Bergin, A. E. (1966).* Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Bergin, A. E. (1971).* The evaluation of therapeutic outcomes. In: A. E. Bergin, & S. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change: An empirical analysis* (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., et al. (2004).* Therapist variables. In M. J. Lambert (Editor), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 227-306). New York: Wiley.
- Binder, P., Holgerson, H., & Nielsen, G. H. (2010).* What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20 (3), 285-294.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999).* How clients make therapy work. The process of active self-healing. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Tallman K. (2010).* Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.). *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bommert, H. (1976).* Einige Gesichtspunkte zur empirischen Erfassung und Bedeutung des Experiencing-Konzepts. In: P. Jankowski, D. Tscheulin, H. J. Fietka, & F. Mann (Hrsg.). *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 117-134). Göttingen: Hogrefe.
- Bordin, E. S. (1979).* The generalizability of the psychoanalytic concepts of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bowers, N. R. (2009).* A naturalistic study of the early relationship development process of nondirective play therapy. *International Journal of Play Therapy*. 18 (3), 176-189.
- Bowlby, J. (1958).* The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bozarth, J. D. (1990).* The essence of client-centered therapy. In: G. Lietaer, J. Rombouts, et al. (Eds.). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 59-64). Leuven, Belgium: Leuven University Press.

- Bozarth, J. D. (1997).* Empathy from the framework of client-centered theory and the reogerial hypothesis. In: A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.). *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Bratton, S., Landreth, G. (1995).* Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4, 61-80.
- Bratton, S., Ray, D. C., Edwards, N. A., & Landreth, G. (2008).* Child-Centered play therapy (CCPT): Theory, research and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (4), 266-281.
- Brinkmeyer, M. Y., Eyberg, S. M. (2003).* Parent-Child interaction therapy for oppositional children. In: A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204-223). New York: Guilford.
- Brown, J. , Dreis, S., & Nace, D. K. (1999).* What really makes a difference in psychotherapy outcome? In B. L. Dunkan., M. A. Hubble, & S. D. Miller (Eds.). *The heart and soul of change* (pp. 389-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, G. S., Jones, E. R. (2005).* Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 187-198.
- Brown, L. S. (2007).* Empathy, genuineness – and the dynamics of power: A feminist responds to Rogers. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 257-259.
- Buber, M. (1973).* *Das dialogische Prinzip.* Heidelberg: Lambert Schneider.
- Buber, M. (1983).* *Ich und Du.* Heidelberg: Lambert Schneider.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E. (2001).* Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy*, 38, 373-379.
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2004).* Client-therapist agreement on target problems, working alliance, and counseling outcome. *Psychotherapy Research*, 14, 77-88.
- Castonguay, L. G. (2011).* Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21 (2), 125-140.

- Chau, I. Y., & Landreth, G. L. (1997).* Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy, 6*, 75-92.
- Claiborn, C. D., Goodyear, R. K., & Horner, P. A. (2001).* Feedback. *Psychotherapy, 38* (4), 401-405.
- Claiborn, C. D., & Goodyear, R. K. (2005).* Feedback in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 61* (2), 209-217.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004).* The influence of client variables on Psychotherapy. In: M. J. Lambert (Editor). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 194-226). New York: Wiley.
- Cook, M. J., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009).* Influential psychotherapy figures, authores, and books: An internet survey of over 2,000 psychotherapists. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46* (1), 42–51.
- Cornelius-White, J. (2002).* The phoenix of empirically supported therapy relationships: The overlooked person-centered basis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39* (3), 219-222.
- Costas, M., & Landreth, G. L. (1997).* Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy, 8*, 43-66.
- Cremerius, J. (2003).* Wodurch wirkt Psychotherapie? In: H. Lang (Hrsg.). *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (S. 15-24). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Dilthey, W. (1961).* *Gesammelte Schriften. Band V und VII.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Duffy, K. M. (2008).* *Filial Therapy: A comparison of child-parent relationship therapy and parent-child interaction therapy.* Dissertation, Indiana: Ball State University.
- Duncan, B.L. (2010).* Saul Rosenzweig: The founder of the common factors. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.). *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy.* (pp. 3-46) Washington DC: American Psychological Association.
- Edling-Harris, T., & Landreth, G. L. (2001).* Essential personality characteristics of effective play therapists. In: G. L. Landreth (Editor). *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 23-30). New York: Brunner-Routledge.

- Edwards, N. A., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K., & Kantor, K. R. (2010).* Child parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy, 19* (3), 159-173.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004).* Research on experiential psychotherapies. In: M. J. Lambert (Editor), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 493-540). New York: Wiley.
- Elliott, R., & Freire, E. (2007).* Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, (3), 285-288.
- Elliott, R., & Farber, B. A. (2010).* Carl Rogers: Idealistic pragmatist and psychotherapy research pioneer. In: L. G. Castonguay, C. J. Muran, et al. (Eds.). *Bringing psychotherapy research to life. Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 17-27). Washington DC: American Psychological Association.
- Ellingwood, Ch. (2005).* Some observations from work with parents in a child therapy programm. *Counseling Center Discussion Paper, 5* (18), 1959. *The Person Centered Journal, 12*, 33-49.
- Erikson, E. (2007).* Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Eyberg, S. (1988).* Parent-child interaction therapy. Integration of traditional and behavioural concerns. *Child and Family Behavior Therapy, 10*, 33-46.
- Eysenck, H. J. (1952).* The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Farber, B. A. (2007).* On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44* (3), 289–294.
- Fiedler, F. E. (1950).* A comparison of therapeutic relationships in psychodynamic, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology, 14*, 436–445.
- File, N., Hutterer, R., Keil, W. W., et al. (2008).* Forschung in der Klienten- bzw. Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991-2008. Ein narrativer Review. *Person* (2), 5-32

- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992).* Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278–287.
- Frank, J. D. (1992).* Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Stuttgart: Clett-Cotta
- Frankel, M., Sommerbeck, L. (2008).* Nondirectivity: Attitude or practice? *Person Centered Journal*, 15 (1-2), 58-78.
- Fremmer-Bombik, E. (2009).* Bindung, Emotion und Persönlichkeitsentwicklung. In: G. Spangler, P. Zimmermann (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 109-119), Stuttgart: Klett-Cotta Verlag..
- Freud, A. (1927).* Einführung in die Technik der Kinderanalyse : Vier Vorträge am Lehrinstitut der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Wien: Internat. Psychoanalyt. Verlag.
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Donald, B., et al. (1986).* Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 32-38.
- Gadamer, H. G. (1990).* Gesammelte Werke. Band I. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gander, H. H. (2007).* Erhebung der Geschichtlichkeit des Verstehens zum hermeneutischen Prinzip. (GW I, 270-311). In: G. Figal (Hrsg.). Hans-Georg Gadamer. Wahrheit und Methode (S. 105-125). Berlin: Akademie.
- Garfield, S. (1994).* Research on client variables in psychotherapy. In: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy in behavior change* (pp. 190-228). New York: Wiley.
- Garza, Y., Kinsworthy, S., & Watts, R. E. (2009).* Child parent relationship training as experienced by Hispanic parents: A phenomenological study. *International Journal of Play Therapy*, 18 (4), 217-228.
- Gaston, L. (1990).* The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 27, 143-154.
- Gendlin, E. T. (1962).* Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective. New York: The free Press of Glencoe.

- Gendlin, E. T. (1962a).* Need for a new type of concept. Current trends and needs in psychotherapy research on schizophrenia. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 37-46.
- Gendlin, E. T. (1964).* A theory of personality change. In: Worchel, P. & Byrne, D., *Personality change* (pp. 100-148). New York: Wiley. Quelle http://www.focusing.org/personality_change.html
- Gendlin, E. T. (1968).* Experiential response. In: E. Hammer (Editor). *Use of interpretation in treatment*. Quelle http://www.focusing.org/fot/experiential_response.asp
- Gendlin, E. T. (1970).* The significance of felt meaning. In: R. Cormier, E. Chinn & R. H. Lineback (Eds.), *Encounter: An introduction to philosophy* (pp. 561-566). Glenview, IL: Scott, Foresman & Co.
Quelle http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2084.html
- Gendlin, E. T. (1981).* *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Müller.
- Gendlin, E. T. (1999).* A new model. In *Journal of consciousness studies*. 6 (2-3), 232-237.
- Gendlin, E. T. (1999a).* Ein neues Modell: Weder Atomismus noch Holismus, sondern Prozesse. Übersetzt von Ossenbach Jutta.
Quelle <http://www.focusing.org/einneues.html>
- Gendlin, E. T., Beebe, J., Cassens, J., Klein, M., & Oberlander, M. (1968).* Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J. M. Shlien (Editor), *Research in psychotherapy*. Vol. III, 217-241. Washington, DC: APA.
Quelle http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2049.html
- Gendlin, E. T. & Lietaer, G. (1983).* On client-centered and experiential psychotherapy: An interview with Eugene Gendlin. In: W. R. Minsel & W. Herff (Eds.), *Research on psychotherapeutic approaches. Proceedings of the 1st European conference on psychotherapy research, Trier, 1981, Vol. 2, pp. 77-104*. Frankfurt am Main: Peter Lang. Quelle http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2102.html
- Geserick, B., Spangler, G. (2007).* Der Einfluss früher Bindungserfahrungen und aktueller mütterlicher Unterstützung auf das Verhalten von sechsjährigen Kindern in einer kognitiven Anforderungssituation. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 54 (2), 86-102.

- Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Shapiro, S. J. (2001).* Expectations and preferences. *Psychotherapy*, 38 (4), 455-461.
- Goetze, H. (2009).* Filialtherapie - Konzepte, Praxis und Wirksamkeit. In: M. Behr, et al (Hrsg.). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 78-98). Göttingen: Hogrefe.
- Goldfried, M. R. (1980).* Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M. R. (2007).* What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 249-252.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005).* The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 421-430.
- Greenson, R. R. (1967).* The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990).* Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Grskovic, J. A., & Goetze, H. (2008).* Short-Term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *International Journal of Play Therapy*, 18 (1), 39-51.
- Guerney, B. (1964).* Filial Therapy. Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28 (4), 304-310.
- Guerney, L. F. (1983).* Client-Centered (nondirective) play therapy. In: C. E. Shaefer (Editor). *Handbook of Play Therapy* (pp. 21-64). New York: Wiley.
- Harris, Z., & Landreth, G. (1997).* Filial therapy with incarcerated mothers: A five-week model. *International Journal of Play Therapy*, 6, 53-73.
- Heine, R. W. (1953).* A comparison of patients' reports on psychotherapeutic experience with psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 7, 16-23.
- Hill, C. E. (2007).* My personal reactions to Rogers (1957): The facilitative but neither necessary nor sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 260-264.

- Horvath, A. O. (2006).* The alliance on context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 258–263.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. B. (1991).* Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149.
- Howard, K. L., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., et al (1996).* Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51 (10), 1059-1064.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. (2010).* Interduction (Eds.). In: *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (pp. 23-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hug-Hellmuth, H. (1921).* *Aus dem Seelenleben des Kindes*. Leipzig: Deuticke.
- Hutterer, R. (2005).* Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. *Person* (1), 21-41.
- Hutterer, R. (2006).* *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Wien: Springer Verlag.
- Hutterer, R. (2008).* *Personenzentrierte Perspektive. Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Reader zur Vorlesung*. Wien.
- Hutterer, R. (1992).* Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psychoboom und Identitätskrise. In: R. Stipsits, & R. Hutterer (Hrsg.). *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 71-82). Wien: WUV.
- Kale, A. L., & Landreth, G. L. (1999).* Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8 (2), 35-56.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000).* Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kazdin, A. E. (1986).* Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kessel van, W. (1976).* *Der psychotherapeutische Prozess. Abriss einer Beschreibung in Interaktionsbegriffen*. In: P. Jankowski, D. Tscheulin, H. J. Fietkau, F. Mann

- (Hrsg.). Klientenzentrierte Psychotherapie heute (S. 142-151). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Kidron, M. (2003).* Filial therapy with Israeli parents. Dissertation. University of North Texas.
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1998).* Feedback interventions: Toward the understanding of a double-edged sword. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 67-72.
- Kirschenbaum, H. (1979).* On becoming Carl Rogers. New York: Delta/Dell.
- Klein, M. (1955).* The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 223-237.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S., et al. (2011).* Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21 (3), 267- 276.
- Kriz, J. (2001).* Grundkonzepte der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lambert, M. J. (1992).* Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J. C. Norcross, M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2005).* Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 141-144.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994).* The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Brown, G. S. (1996).* Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clinical Psychology, Science and Practice*. 3, 172-178.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Finch, A. E. (2001).* Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 159-172.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., Garfield, S. (2004).* Introduction and historical overview. In: M. J. Lambert (Editor). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 3-15). New York: Wiley.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004).* The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. J. Lambert (Editor). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., et al. (2005).* Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165-174.
- Landreth, G. L. (2002).* *Play Therapy: The art of the relationship*. New York: Routledge
- Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998).* Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157-165.
- Landreth, G. L., Bratton, S. C. (2006).* *Child parent relationship therapy (CPRT). A 10-Session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lang, H. (2003).* *Wirkfaktoren der Psychotherapie. Vorwort* (S. 7-12). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Lazarus, A. A. (2007).* On necessary and sufficiency in counseling and psychotherapy (revisited). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 253-256.
- Lietaer, G. (1990).* The client-centered approach after the Wisconsin project: A personal view on its evolution. In: G. Lietaer, J. Rombouts, et al. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 19-45). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975).* Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "Everypon has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Mahrer, A. R., & Nadler, W. P. (1986).* Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 10-15.
- Maraldo, J. C. (1974).* *Der Hermeneutische Zirkel. Unterscheidung zu Schleiermacher, Dilthey und Heidegger*. München: K.A. Freiburg.
- Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, K. M. (2000).* Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 438-450.

- McMahon, L. (2009).* The handbook of play therapy and therapeutic play. New York: Routledge.
- Mente, A., & Spittler, H. (1980).* Erlebnisorientierte Gruppenpsychotherapie. Eine wirksame Methode der klienten-zentrierten Behandlung von Verhaltensstörungen. Paderborn: Junfermann.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2002).* Client-directed, outcome-informed clinical work. In: F. W. Kaslow (Editor). Comprehensive handbook of psychotherapy. Integrative/eclectic (pp. 185-212). New York: Wiley.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005).* The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 199-208.
- Montada, L. (1998).* Einführung in entwicklungspsychologisches Denken. Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: R. Oerter, L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (S. 1-83). München: Psychologie Verlagsunion.
- Moreira, P., & Goncalves, O. F. (2010).* Therapist's theoretical orientation and patients' narrative production. Rogers, Lazarus, Shostrom and Cathy revisited. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 227-244.
- Motschnig-Pitrik, R., & Barrett-Lennard, G. (2010).* Co-Actualization: A new construct in understanding well-functioning relationships. *Journal of Humanistic Psychology*, 50 (3), 374-398.
- Muran, C. J., Castonguay, L. G., Strauss, B. (2010).* A brief introduction to psychotherapy research. In: L.G. Castonguay, et al. (Eds.). *Bringing psychotherapy research to life. Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 3-13). Washington DC: American Psychological Association.
- Myers, S. (2003).* Relational healing: To be understood and to understand. *Journal of Humanistic Psychology*, 43, 86-104.
- Newman, M. L., & Greenway, P. (1997).* Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a university counseling service. *Psychological Assessment*, 9, 122-131.
- Norcross, J. C. (2001).* Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy*, 38 (4), 345-356.

- Norcross, J. C. (Editor). (2002).* Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2010).* The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, M. A. Hubble (Eds.). *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (pp. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2000).* Ironies in the history of psychotherapy Research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 841-851.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004).* Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: M. J Lambert (Editor). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley.
- Papousek, H. (1975).* Soziale Interaktion als Grundlage der kognitiven Frühentwicklung. In: T. Hellbrügge (Hrsg.). *Fortschritte der Sozialpädiatrie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Papousek, H., Papousek, M., & Giese, R. (1986).* Neue wissenschaftliche Ansätze zum Verständnis der Mutter-Kind-Beziehung. In: J. Stork (Hrsg.). *Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings* (S. 53-71). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Patterson, C. H. (1969).* A current view of client-centered or relationship therapy. *The counselling Psychologist*, 1 (2), 2-25.
- Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z. V. (1999).* Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 36, 320-328.
- Rice, L. N., Greenberg, L. S. (1992).* Humanistic approaches to psychotherapy. In: Freedheim D. K. (Editor). *History of psychotherapy. A century of change*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Rogers, C. R. (1939).* *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957).* The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 97-103.

- Rogers, C. R. (1958).* A process conception of psychotherapy. *American Psychologist*, 13 (4), 142-149.
- Rogers, C. R. (1960).* Persons or science? A philosophical question. *American Psychologist*, 57 (4), 289-290. Quelle <http://www.all-about-psychology.com/carl-rogers.html>
- Rogers, C. R. (1962).* The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32 (4).
http://www.centerfortheperson.org/pdf/1962__The_Interpersonal_Relationship.pdf
- Rogers, C. R. (1972).* Die nicht-direktive Beratung. *Counseling and Psychotherapy*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1975).* Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5 (2), 2-11.
- Rogers, C. R. (1983).* Der neue Mensch. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1989).* Therapeut und Klient. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rogers, C. R. (1989a).* Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Buber, Tillich, Skinner, Bateson, Polyani, May, and others. Kirschenbaum, H. & Henderson, V. (Eds.). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1991).* Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Köln: GWG
- Rogers, C. (1994).* Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (2009).* Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag. Original: 1951, Client-Centered Therapy: Its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2010).* Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt am Main: Fischer. Original: 1942. *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Mifflin.
- Rogers, C. R., & Rosenberg, R. L. (1980).* Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett Cotta.
- Rosenzweig, S. (1936).* Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

- Ryan, V., & Wilson K. (2005).* Play therapy. A non-directive approach for children and adolescents. Edinburgh: Bailliere Tindall Elsevier.
- Ryan, V., Courtney, A. (2009).* Therapists' use of congruence in nondirective play therapy and filial therapy. *International Journal of Play Therapy*, 18 (2), 114-128.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011).* Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39 (2), 193-260.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F., & Maus, C. (1992).* Focusing. Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren. Bern: Hans Huber.
- Schaffer, N. D. (1982).* Multidimensional measures of therapist behaviors as predictors of outcome. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 670–681.
- Scheel, M. J. (2011).* Client common factors represented by client motivation and autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39, 276-285.
- Schmid, P. F. (1996).* Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Die Kunst der Begegnung. Paderborn: Junfermann.
- Schwab, R. (1980).* Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In: H. Petzold (Hrsg.). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (S. 57-82). Paderborn: Junfermann.
- Silberschatz, G. (2007).* Comments on “The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change”. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 265-267.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980).* The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, D. (1982).* Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Sollod, B. (1981).* Goodwin Watson's 1940 conference. *American Psychologist*, 36, 1546-1547.
- Spitz, R. (1967).* Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett.

- Steger, M. (2007).* Begründen, verstehen, beurteilen – Argumentation, Hermeneutik und Kritik als Methoden wissenschaftlichen Arbeitens. Skriptum zur Vorlesung (unveröffentlicht)
- Stern, D. (2007).* Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sotver, L., & Guerney, B. (1967).* The efficacy of training procedures for mothers in filial therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4 (3), 110-115.
- Sweeney, D. S., & Skurja, C. (2001).* Filial Therapy as a cross-cultural family intervention. *Asian Journal of Counselling*, 8 (2), 175-208.
- Taft, J. (1962).* The dynamics of therapy in a controlled relationship. New York: Dover Publications. Originally published in 1933 by Millan Company.
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999).* The client as a common factor: Clients as self-healers. In: B. L. Duncan., M. A. Hubble & S. D. Miller (Eds.). *The heart and soul of change* (pp. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tew, K., Landreth, G., Joiner, K. D., & Solt, M. D. (2002).* Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11, 79-100.
- Topham, G. L., Wampler, K. S, Gayatri, T., & Rolling, E. (2011).* Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*, 20 (2), 79-93.
- Tryon, G .S., Winograd, G. (2001).* Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 38, 385-389.
- VanderGast, T. S., Post, P. B., & Kascsak-Miller, T. (2010).* Graduate training in child–parent relationship therapy with a multicultural immersion experience: giving away the skills. *International Journal of Play Therapy*, 19 (4), 198-208.
- VanFleet, R. (2005).* Filial therapy. Strengthening parent-child relationships through play. Florida: Professional Ressource Press.
- Wachtel, P. (2007).* Carl Rogers and the larger context of therapeutic thought. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 279-284.
- Wampold, B. E. (2001).* The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2010).* The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice. Washington, DC: American Psychological Association.

- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005).* Estimating therapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Watson, J. C. (2007).* Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (3), 268-273.
- Watson, J. C., & Rennie, D. (1994).* A qualitative analysis of clients' reports of their subjective experience while exploring problematic reactions in therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 500-509.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1998).* The therapeutic alliance in short-term humanistic and experiential therapies. In: J. D. Safran & Ch. J. Myran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- West, J. (1996).* *Child-centered play therapy*. London: Hodder Arnold.
- Wickstrom, A. (2009).* The process of systemic change in filial therapy: A phenomenological study of parent experience. *Springer Science+Business Media*, 31, 193-208.
- Winek, J., Johnson, L., Krepps, J., & Lambert-Shute, J. (2003).* Discovering the moments of movement in filial therapy: A single case qualitative study. *International Journal of Play Therapy*, 12 (1), 89-104.
- Witty, M. C. (2004).* The difference directiveness makes: The ethics and consequences of guidance in psychotherapy. *The Person-Centered Journal*, 11 (1-2), 22-32.
- Witty, M. C. (2007).* Client-Centered therapy. In: N. Kazantzis, & L. L' Abate (Eds.). *Handbook of homework assignments in psychotherapy, research, practice, and prevention* (pp. 35-50) Cambridge: University Press.
www.springer.com/cda/.../9780387296807-c2.pdf?...
- Zajonc, R. B. (1980).* Feeling and thinking. Preferences need to inferences. *American Psychologist*, 35 (2), 151-175.
- Zajonc, R. B., & Marcus, H. (1982).* Affective and cognitive factors in preferences. *Journal of Consumer Research*, 9, 123-131.

Anhang

KURZBESCHREIBUNG

Die Filialtherapie hat sich in Praxis und Theorie als eine effektive Methode erwiesen, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern, um auf diesem Wege dem Kind zu helfen seine Inkongruenzen zu überwinden. Ein spezifisches Modell der Filialtherapie stellt die Kurzzeit Eltern-Kind-Beziehungstherapie von Landreth und Bratton dar (Parent Child Relationship Therapy, CPRT). Innerhalb von zehn Gruppensitzungen und Trainingseinheiten ist in diesem Modell eine signifikante Persönlichkeitsveränderung der Eltern zu verzeichnen. Der Erfolg der Filialtherapie wird in der hiesigen Literatur auf die Schulungen und die Trainings als den Wirkfaktoren zurückgeführt.

Meine Arbeit hatte zum Ziel auf hermeneutischem Wege herauszufinden, welche anderen Faktoren für die Veränderungen in der Client Parent Relationship Therapy Wirkung entfalten. Das Resultat der Arbeit war, dass die rogerianischen Basiselemente der therapeutischen Beziehung, die sog. Core Conditions, als Common Factor eine notwendige Bedingung in der erfolgreichen Arbeit des CPRT-Leiters darstellen. Als weitere Wirkfaktoren konnte eine integrierte Feedbackstruktur, die ebenso positive Effekte auf den Prozess und das Ergebnis ausübt, sowie Experiencing- und Focusing-Prozesse im filialtherapeutischen Geschehen festgemacht werden. Darüber hinaus wurde herausgearbeitet, dass es sich bei den Schulungen und Trainings innerhalb des CPRT nicht im Wesentlichen um Wissenstransfer von technischen Daten und intellektuellen Informationen geht, als vielmehr um ein emotionales, gefühltes Wissen – um die Einverleibung einer neuen geistigen Orientierung im Sinne einer humanistischen Sichtweise.

ABSTRACT

Filial therapy has been shown effective in theory and practice in enhancing the parent-child relationship, helping the child to reduce and overcome its behavioural and emotional problems. This treatment approach is also known as Child Parent Relationship Therapy (CPRT), a special 10-session model developed by Landreth and Bratton to bring about a significant personality change within the limited sessions. A method purposely used in CPRT is educating and training parents in constructive methods for changing. According to the broad literature this technique is the engine for success in that semi-therapeutical approach.

The purpose of this study was to find out, whether there are other unspecific factors in the child-parent relationship therapy which show positive effects for the outcome. Results which were derived hermeneutically, showed that the core conditions of Rogers (defining specific therapeutic relationship) represent as common factors a necessary requirement for a change in the therapeutic process. Moreover patterns from other theories could be recognized, which also matter for the outcome. There are an integrated feedback-culture, due to the special structure of the filial therapy, as well as experiencing and focusing processes within the structure of filial therapy.

In addition it could be shown, that educating and training parents is more a matter of emotional and felt knowledge than a matter of cognitive interpretation in the sense of transferring technical and intellectual information. The overall idea is to help the parents to find a new thinking based on a humanistic philosophy.

Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir verfasst wurde und ich keine als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einem Betreuer/einer Betreuerin zur Begutachtung vorgelegt) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Maria Farahnaz Faseli-Friedl

Geboren: in Teheran/Iran, 4.10.1968

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Ausbildung:

bis Anfang April 1979: Volksschule in Teheran

Ab Mitte April 1979: Volksschule in der Scheibenbergstraße, 1180 Wien

von 1979 -1987: Gymnasium in der Haizingergasse, in 1180 Wien

von 1987 - 1993: Magisterstudium an der Wirtschaftsuniversität Wien

von 1996-1998: Doktorstudium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften und Promotion

seit März 2007: Studium der Philosophie und Bildungswissenschaften an der Uni Wien

Berufslaufbahn und Familie:

- In 1994 Für ein halbes Jahr im Marketingabteilung der Firma HOWE GmbH
- Ab 1995 als Lektorin an der Universität Wien (BWZ, in der Brünnerstraße) tätig, im Bereich Rechnungswesen.
- Ab 1997 Assistentin am Lehrstuhl für Controlling an der Universität Wien
- Ab 1998 - als Steueranwärtlerin in einer internationalen Steuerberatungskanzlei (Auditor Treuhand GmbH, Teinfaltstraße 8, 1010 Wien), sowie
 - als Lektorin an der Uni Wien.
- Mai 2000 Geburt meiner Tochter, Ende der Beschäftigung an der Uni Wien
- Februar 2002 Geburt meines Sohnes
- 2004 Ende des Beschäftigungsverhältnisses mit Auditor Treuhand GmbH
- Seit März 2007 Studium an der Uni Wien, an der Fakultät für Erziehungswissenschaften mit Schwerpunkt: *psychoanalytische Pädagogik, personenzentrierte Psychotherapie sowie Heilpädagogik und Inklusive Pädagogik*