

**Stefan Schmidtchen**

# **Spieltherapie mit Erwachsenen? – Analyse der Nutzungsmöglichkeit von Spieltätigkeiten zur Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung**

## **Zusammenfassung**

In einer empirischen Studie an 21 Klienten mit leichten seelischen Problemen wird die Nutzungsmöglichkeit von Spieltätigkeiten im Rahmen einer Gesprächstherapie untersucht. Es wurde in durchschnittlich 12 Behandlungskontakten gefunden, dass sich die Erwachsenenklienten zu 72 % der Therapiezeit zu Spieltätigkeiten animieren lassen und dass primär Spiele zur Optimierung des Autonomie- und Bindungsverhaltens, Wohlbefindens, Problemlösens, der Bedürfnisbefriedigung und Integration unverarbeiteter kindlicher Erfahrungen in das Erwachsenen selbst gewählt werden. Da die Spiele vorrangig mit „Kinder-Spielzeug“ stattfinden, treten in 67 % der Spiele Regressionen in Kindheits- und Jugendzeitphasen auf, so dass problematische Erfahrungen aus dieser Zeit nachträglich bearbeitet werden können. Die Ergebnisse deuten an, dass in Erwachsenentherapien nach dem prozess-experienziellen Ansatz Spieltätigkeiten zur Korrektur oder Entwicklung emotionaler Schemata über wichtige Grundbedürfnisse erfolgreich genutzt werden können.

## **Schlüsselworte**

Gesprächspsychotherapie, Kinder-Spieltherapie, prozess-experienzielle Therapie, emotionale Schemata, Selbstverwirklichung

## (1) Einführung

Im folgenden Aufsatz soll die Nutzungsmöglichkeit von **erfahrungsfördernden Spieltätigkeiten** zur Verbesserung der *Kompetenzen zur Selbstverwirklichung* bei Erwachsenen untersucht werden. Die Spieltätigkeiten sollen die verbale Kommunikation der Klienten im Rahmen einer Gesprächspsychotherapie begleiten und dann ergänzen, wenn z.B. die Erneuerung von problematischen Partnerinteraktionen spielerisch-szenisch besser erreicht werden kann, als durch alleinige Gespräche. Dabei bezieht sich die Bearbeitungshilfe vorrangig auf eine Verbesserung der dem Partnerschaftsverhalten zu Grunde liegenden emotionalen Schemata.

**Emotionale Schemata** werden als interne Regulationsmuster eines Menschen angesehen, die die Anmeldung und Erfüllung von vitalen Bedürfnissen ermöglichen sollen. Sie besitzen sowohl eine auslösende als auch bewirkende Funktion und organisieren die Rahmenbedingungen, in denen die Bedürfnisse und die sie begleitenden Affekte befriedigt werden können (vgl. Greenberg et al., 1993, S. 66 ff). Die emotionalen Schemata werden vom Menschen auf der Grundlage eines Wechselwirkungsprozesses zwischen seinen Bedürfnissen und den Beantwortungsreaktionen seiner Umwelt ausgebildet. Sie bestehen aus *Interaktionsansprüchen und -erwartungen*, die in der Regel im Rahmen der Bedürfnisbefriedigung entstanden sind, so dass fördernde oder belastende Schematastrukturen immer mit Eltern-Kind-Beziehungserfahrungen verknüpft sind. Aus diesem Grunde bedarf eine heilungsfördernde Korrektur von problematischen oder unterentwickelten emotionalen Strukturen immer einer „guten“ Beziehung zwischen dem Therapeuten und Klienten, in der die Sicherheits-, Wertschätzungs- und Empathiebedürfnisse des Klienten sowie dessen Strebungen nach Entwicklung und Heilung erfüllt werden können (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 48). Diese Strebungen werden in der modernen „process-experiential“ Erwachsenentherapie nach Greenberg et al. (1994) durch *prozessleitende Hilfen* in Form von Fragen, Zwei-Stuhl-Dialogen, Symbolisierungsanregungen etc. gefördert. Sie sollen den Klienten dabei unterstützen, seine problematischen emotionalen Schemata zu erkennen und so zu verändern, dass sich seine Kompetenzen zur Selbstverwirklichung und damit zur Gesundheit verbessern können (vgl. Sachse, 1999, S. 46 ff).

Unabhängig von Greenberg et al. hat Schmidtchen (1995; 2001 a, b) auf Grund seiner Erfahrungen mit der Behandlung von seelisch erkrankten Kindern eine schemaorientierte Konzeption der *Kinderpsychotherapie* entwickelt, in der ebenfalls prozessleitende Hilfen zur

Verbesserung des Selbstverwirklichungsverhaltens von Kindern angeboten werden. Diese Hilfen werden in der Regel **spielorientiert** gegeben und bestehen u.a. aus Spielzeug- und Spielthemenempfehlungen, fördernden Mitspieltätigkeiten, Informationen, Fragen, Grenzsetzungen etc. Da die Spieltätigkeit des Kinderklienten ca. 92 – 93 % seiner 45-minütigen Therapiezeit einnimmt, ist sie das primäre Kommunikationsmedium der klientenzentrierten Kinderpsychotherapie. Sie hat dann eine entwicklungs- bzw. gesundheitsfördernde Wirkung, wenn sie folgende Charakteristika (s. Kasten) erfüllt (vgl. Oerter, 1997; Schmidtchen, 1999; 2001a).

#### **Kasten: Charakteristika einer entwicklungs- und gesundheitsfördernden Spieltätigkeit**

Spieltätigkeiten können im Rahmen einer Therapeut-Klient-Beziehung dann eine entwicklungs- bzw. heilungsfördernde Wirkung haben, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Der Klient muss sich der *Rollenfunktion* der Therapeut-Klient-Beziehung bewusst sein. Dazu gehört u.a., dass er den Therapeuten als Helfer zur Überwindung seiner seelischen Schwierigkeiten ansieht und bereit ist, *Spieltätigkeit* zu nutzen, um seine Kompetenzen zur Selbstverwirklichung zu verbessern.
- Der Therapeut sollte ein *Spielzimmer* und eine umfangreiche *Spielzeugauswahl* zur Aktivierung der verschiedensten emotionalen Schemata zur Befriedigung von Grundbedürfnissen anbieten.
- Die Spielthemen sollten *intrinsisch-motiviert* vom Klienten ausgewählt werden, damit er in den Spieltätigkeiten die für ihn relevanten Schemata bearbeiten kann.
- Zur Vermeidung von Spielabbrüchen und Lernblockaden sollte durchgehend eine *angstfreie* und *angenehme Spielstimmung* gewährleistet werden.
- Der Spieltherapeut sollte die Spieltätigkeit mit *Wertschätzung*, *Empathie* und *Entwicklungsinteresse* begleiten, um die das Spiel steuernden problematischen oder entwicklungsbedürftigen Schematastrukturen zu erkennen und therapeutisch zu beeinflussen.
- Um die Bearbeitungsflexibilität des Klienten zu erhöhen, sollte der *Als-ob-Charakter* bzw. *experimentelle Gehalt* der Spielhandlungen betont werden.
- Zur Initiierung von wirksamen Lernprozessen sollte der *Prozesscharakter* der Spieltätigkeit und nicht ihr Ergebnis im Interessensmittelpunkt stehen.
- Wünscht der Klient ein *Mitspielen des Therapeuten*, dann sollte sich der Therapeut den Ausgestaltungsrahmen seiner Mitspieltätigkeit vom Klienten beschreiben lassen, um sein Spiel in optimaler Weise an die Schematastrukturen des Klienten anzupassen.

Da die vom Kind im Spiel inszenierten veränderungsbedürftigen emotionalen Schemata immer in der Gegenwart eines Therapeuten bearbeitet werden, kann dieser spielbegleitende Hilfen geben, um das **selbstentdeckende** bzw. **erfahrungsorientierte Lernen** zu fördern. Dieses Lernen ist nach Rogers (1974) durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- intrinsische Motiviertheit und Selbst-Initiiiertheit des Lernthemas;
- hohe emotionale Engagiertheit und Sinnbestimmtheit des Lernenden;
- eigenständige Gestaltung und Bewertung der Lernvorgänge;
- ganzheitliche Durchdringung von emotionalen, kognitiven und motorischen Prozessen.

Das erfahrungsorientierte Lernen ist ein wesentlicher Bestandteil der prozess-experienziellen Erwachsenentherapie von Greenberg et al. (1993). Es ermöglicht dem Klienten, seine emotionalen Strukturen durch *eigene Erfahrungen* (und nicht durch Instruktionen oder fremdbestimmte Verstärkungen) so zu verbessern, dass eine Entwicklung der emotionalen Schemata durch Differenzierung, Integration und Neuorganisation möglich ist. Diese Erfahrungen betreffen vorrangig das Selbstverwirklichungsverhalten der Person; insbesondere die interne Organisation ihres Selbstsystems, die Befriedigung von Grundbedürfnissen, die Erhöhung von Autonomie sowie die Optimierung des Bindungsverhaltens.

Wie Metaanalysen der **Effektivität** von Erwachsenenpsychotherapien gezeigt haben, weisen Behandlungen mit dem prozess-experienziellen Ansatz unter Verwendung von prozessleitenden Hilfen sehr *günstigste Effektstärkewerte* auf (s. Elliott et al., 2004; Biermann-Ratjen et al., 2003). Aus diesem Grunde ist beim Verfasser dieses Aufsatzes die Idee entstanden, das übliche *Lernförderungs-Repertoire* der experienziellen Erwachsenenpsychotherapie in Form von Zwei-Stuhl-Dialogen und Visualisierungshilfen um erfahrungsfördernde Spieltätigkeiten zu ergänzen. Da es sich in einer Vorstudie gezeigt hat, dass diese Idee realisierbar und erfolgreich ist (s. Schmidtchen, 1995), wurde im Rahmen von zwei Dissertationen (s. Wulf, 1998; Fritsch, 2000) ein Forschungsprojekt zur **Spieltherapie mit Erwachsenen** durchgeführt. Aus diesem Projekt werden im Weiteren Ergebnisse zu folgenden Fragestellungen vorgestellt.

- (1) Wie häufig und intensiv wird das erfahrungsfördernde Spiel von erwachsenen Klienten im Rahmen einer Maßnahme zur Verbesserung von Kompetenzen zur Selbstverwirklichung genutzt?

- (2) Welche Kompetenzen zur Selbstverwirklichung werden mit welchem Erfolg in therapeutischen Spielen von erwachsenen Klienten thematisiert?
- (3) Finden im Rahmen der spielzentrierten Bearbeitung von Kompetenzen zur Selbstverwirklichung Regressionen auf frühe Entwicklungsabschnitte statt und – wenn ja – auf welche Abschnitte der Kindheit und Jugendzeit regredieren die Erwachsenenklienten am häufigsten?
- (4) Welche Besonderheiten weist die therapeutische Arbeit mit Erwachsenen bei der Nutzung von Spielelementen auf?

## (2) Versuchsplan

### (2.1) Rahmenbedingungen einer therapeutischen Spielförderung von Erwachsenen

Um Klienten einer Erwachsenentherapie die Nutzung von Spieltätigkeiten zu erleichtern, sollte die Therapie in einem Behandlungszimmer mit möglichst vielen Spielsachen durchgeführt werden (vgl. Weinberger, 2001), so dass im Spiel Verwirklichungsbedürfnisse aus verschiedenen Phasen der Selbstentwicklung bearbeitet werden können. Die Phasen sollten schwerpunktmäßig das Kleinkind-, Vorschul-, Schul- und Jugendalter der Erwachsenen betreffen, um eine Erweiterung z.B. der Fähigkeiten zur Selbstregulation, Bindungssicherheit, Selbstwirksamkeit oder Konfliktlösung mit Bezugspersonen anstreben zu können (s. Schmidtchen, 2002).

Die skizzierten Fähigkeiten und ihre zu Grunde liegenden emotionalen Schemata stellen auf dem Hintergrund des **Selbst-Entwicklungskonzeptes** von D. Stern (1993) verschiedene Kompetenzen des Selbstsystems dar. Sie repräsentieren im Wesentlichen Strebungen des:

- Kern-Selbsts;
- intersubjektiven Selbsts und
- verbalen bzw. begrifflichen Selbsts.

Die Gewährleistung einer optimalen Ausbildung dieser Fähigkeiten ist die zentrale Aufgabe eines erfolgreichen Selbstverwirklichungsverhaltens. Weisen die Fähigkeiten jedoch Mängel aufgrund von Unterentwicklung oder Dysfunktionalität auf, dann kann sich eine *Vulnerabilität* wichtiger Selbstfunktionen ausbilden. Sie kann die Grundlage für den Erwerb von seelischen Störungen sein (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003; Grawe, 1998; 2004; Schmidtchen, 2001a). Der leitende Gedanke einer empfohlenen Spielnutzung für Klienten besteht somit darin, sie

durch das Angebot von Spielzeug zur Verbesserung ihrer Kompetenzen zur Selbstverwirklichung zu motivieren.

Um zu vermeiden, dass die erwachsenen Klienten in der spielzentrierten Psychotherapie nur sprachlich kommunizieren, bittet sie der Therapeut, Erfahrungen möglichst auf der Spielebene auszudrücken. Diese Bitte kann z.B. lauten: „Hätten Sie nicht Lust, die angedeuteten unangenehmen Erfahrungen mit Ihren Eltern im Spiel darzustellen?“

## **(2.2) Beschreibung der Klienten- und Therapeutenstichprobe**

Wegen des Erprobungscharakters der Therapiestudie sind für die Untersuchung nur Erwachsenenklienten ausgewählt worden, die nicht unter schwerwiegenden seelischen Störungen litten. Sie sind durch eine Ausschreibung der Studie am Psychologischen Institut II der Universität Hamburg angeworben worden, wobei im Ausschreibungstext darauf hingewiesen wurde, dass insbesondere die **Kompetenzen zur Selbstverwirklichung** mit Hilfe von Spieltätigkeiten verbessert werden sollten. Die Untersuchung hat somit eine *entwicklungsorientierte Zielsetzung* und strebt nicht die Effektivitätsüberprüfung der Therapie von seelischen Erkrankungen an.

Auf Grund der Ausschreibung meldeten sich überwiegend Studierende der Psychologie und Pädagogik im Durchschnittsalter von  $AM = 29,05$  Jahren ( $s = 4,33$ ) zur Teilnahme an der Studie. Um die Spielnutzung von Klienten aus verschiedenen Lebensabschnitten zu erforschen, ist deren Altersstreuung mit einem Range von minimal 23 bis maximal 40 Jahren relativ groß gehalten worden (s. Tabelle 1). Von den insgesamt 21 Teilnehmern waren 19 (90,5 %) der Klienten weiblichen und 2 (9,5 %) männlichen Geschlechtes. Als Spielförderer arbeiteten 17 Frauen und 3 Männer, wobei ein Mann zwei Klienten behandelte. Das Durchschnittsalter der Förderer betrug  $AM = 32,33$  Jahre ( $s = 8,44$ ) bei einem Variationsbereich von minimal 25 bis maximal 52 Jahren. (Der letzte Wert ergibt sich durch die Teilnahme des Autors an der Therapeutenstichprobe). Um das Spielverhalten der Klienten untersuchen zu können, wurde es auf einem Videofilm aufgezeichnet und später von ausgebildeten Beobachtern analysiert.

**Tabelle 1: Alter und Geschlecht der Klienten und Therapeuten**

Arithmetische Mittelwerte (AM) und Standardabweichungen (s) des Alters in Jahren; minimale (Min) und maximale (Max) Werte der Altersangaben; absolute und % Angaben der Geschlechterverteilung.

	Alter (in Jahren)				Geschlecht		
	AM	s	Min	Max	Frauen	Männer	Gesamt
Klienten	29,05	4,33	23	40	19 (90,5%)	2 (9,5 %)	21
Therapeuten	32,33	8,44	25	52	17 (85 %)	3* (15 %)	20

\* Ein Mann hat zweimal als Therapeut gearbeitet.

Da für die Studie keine Gesprächstherapeuten mit Spieltherapieerfahrungen zur Verfügung standen, wurden Psychologiestudentinnen und –studenten des zweiten Studienabschnitts als Spielförderer ausgewählt, die im Rahmen eines internen Curriculums am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg die Grundzüge des spieltherapeutischen Umgangs mit Kindern sowie der Gesprächsführung mit Erwachsenen erlernt haben. Die Spielförderkontakte mit den Erwachsenenklienten wurden von erfahrenen Erwachsenen- und Kindertherapeuten supervidiert (s. Fritsch, 2000). Wegen des begrenzten Ausbildungsstandes der Spielförderinnen und –förderer sind die im Text verwendeten Kurzbegriffe „Therapeut“ und „Therapie“ nur mit Einschränkung zu verstehen.

### **(2.3) Anzahl und zeitliche Länge der Therapiekontakte**

Wie aus den obigen Angaben zu ersehen ist, waren an der Untersuchung insgesamt 21 Klienten und 20 Spielförderer beteiligt. Aus Gründen einer verzögerten Datenerhebung konnten die ersten drei Fragestellungen nur auf der Grundlage von 12 Klienten beantwortet werden und allein die Fragestellung 4 (über die Besonderheiten des Therapeutenverhaltens) auf der Basis der gesamten Klienten- und Therapeutenstichprobe. Auf die Dauer der Therapie hat die unterschiedliche Stichprobengröße jedoch keinen Einfluss gehabt, denn die durchschnittliche **Anzahl der Therapiekontakte** betrug in beiden Teilstichproben AM = 12,3 Kontakte pro Klient bei einer relativ großen Standardabweichung von  $s = 7,58$  Kontakten. Diese ergab sich aus der Variationsbreite der Mittelwerte von minimal 6 bis maximal 32 Kontakten. Die **zeitliche Länge** der Kontakte betrug durchschnittlich 53,3 Minuten ( $s = 7,1$

Minuten) und schwankte zwischen minimal 45 und maximal 65 Minuten. Insgesamt wurden 148 Kontakte befragt (s. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Anzahl und zeitliche Länge der Therapiekontakte**

N = 21 Klienten; Gesamtzahl der befragten Kontakte = 148.

Variablen	AM	s	Variationsbereich der Mittelwerte:		
			Minimum	-	Maximum
Anzahl der Therapiekontakte pro Klient	12,3	7,58	6	-	32
zeitliche Länge der Kontakte in Minuten	53,3	7,1	45	-	65

Kommentiert man die Stichprobengrößen und Anzahl der Psychotherapiekontakte kritisch, so ist festzustellen, dass die erste Stichprobe mit N = 12 Klienten zur Beantwortung der Eingangsfragestellungen für eine *Erkundungsstudie* als gerade noch hinreichend anzusehen ist. Diese Einschätzung gilt auch für die Anzahl der Therapietermine von durchschnittlich 12,3 Kontakten. Andererseits weist die Spannweite der Kontaktanzahl von minimal 6 bis maximal 32 Terminen darauf hin, dass zumindest eine Therapie etwas zu kurz geraten ist. Dieser Mangel wird jedoch durch die relativ große zeitliche Länge der Kontakte von durchschnittlich 53,3 Minuten Dauer ausgeglichen. Unter Berücksichtigung dieses Zeitausmaßes beträgt die befragte Gesamtzeit der kürzesten Therapie nämlich immer noch 320 Minuten. Da es das Ziel der Untersuchung war, die Art der Nutzung von Spielmöglichkeiten zur Förderung von Selbstkompetenzen zu untersuchen, kann somit auch diese Therapie als zeitlich ausreichend lang angesehen werden.

### (3) Ergebnisse

#### (3.1) Häufigkeit und Intensität der Spieltätigkeiten

Die zentralen Fragen betreffs der *Nutzung von Spieltätigkeiten* durch die Klienten (s. Tabelle 3) beziehen sich auf die Dauer der Spieltätigkeit pro Therapiekontakt, die Anzahl der Spiele pro Kontakt, die Länge der einzelnen Spielinszenierungen, den Zeitbedarf für die Spielthemen- und Spielzeugauswahl, das Ausmaß an Selbstinitiiierung der Spielthemenwahl sowie die vom Klienten bewertete „Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit für die Veränderungsprozesse“. Aus Tabelle 3 ist zu ersehen, dass die mittlere **Dauer der**

**Spieltätigkeit** AM 38,2 Minuten bzw. 71,7 % eines durchschnittlich 53,3 Minuten langen Therapiekontaktes beträgt. Da die Standardabweichung mit  $s = 7,8$  Minuten relativ gering ist, wird die angegebene Spieldauer von fast allen Klienten eingehalten; sie schwankt zwischen minimal 22,5 bis maximal 47,6 Minuten. Die mittlere **Anzahl der Spiele** beträgt pro Therapiekontakt AM = 1,93 Spiele ( $s = 0,57$ ) bei einem Variationsbereich von 1 - 4 Spielen. Weil die Charakterisierung des Anfanges und Endes eines Spieles im Wesentlichen auf Grund der Gestaltung eines bestimmten Spielthemas geschieht (s. Wulf, 1998), korrespondiert die Spielanzahl auch mit der **Anzahl der bearbeiteten Spielthemen**.

**Tabelle 3: Ausprägung der Spielvariablen pro Therapiekontakt**

12 Klienten; 148 beforschte Kontakte; 257 beforschte Spiele; durchschnittliche Länge eines Therapiekontaktes: 53,3 Minuten; Werte der Ratingskala zur Analyse der „Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit für die Veränderungsprozesse“: 1 = „sehr geringe“ bis 5 = „sehr hohe“ Bedeutsamkeit (Klientenurteil).

Variablen	AM	s	Variationsbereich der Mittelwerte:		
			Minimum	-	Maximum
Dauer der gesamten Spieltätigkeit (in Min.)	38,2 (71,7 %)	7,8	22,5	-	47,6
Anzahl der Spiele pro Kontakt	1,93	0,57	1	-	4
Länge der einzelnen Spielinszenierungen (in Min.)	21,2	15,1	0,24	-	62
Auswahlzeit des Spielthemas und Spielzeuges (in Min.)	2,2 (4,1 %)	1,4	0,7	-	4,5
Selbstinitiiertheit der Spielthemenwahl durch den Klienten	87 %	0,7 %	78 %	-	99 %
Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit für die Veränderungsprozesse (Rating der Klienten)	3,68	0,52	2,89	-	4,32

Bei der **Inszenierung der Spielthemen** nehmen sich die Klienten in durchschnittlich 21,2 Minuten Dauer viel Zeit, wobei die hohe Standardabweichung von  $s = 15,1$  Minuten und der große Variationsbereich der Mittelwerte von minimal 0,24 bis maximal 62 Minuten deutlich macht, dass es unter den Klienten große Unterschiede hinsichtlich der Länge der Themenbearbeitung gibt. Bezüglich der **Auswahl des Spielthemas und Spielzeuges** finden

die Klienten in durchschnittlich 2,2 Minuten (4,1 % Anteil an der Kontaktzeit) relativ schnell das Motiv ihres Spieles, jedoch weist auch hier die hohe Standardabweichung von  $s = 1,4$  Minuten und der Variationsbereich von minimal 0,7 bis maximal 4,5 Minuten auf erhebliche Unterschiede im Zeitbedarf hin. Das Ausmaß an **Selbstinitiiertheit der Spielthemenwahl** beträgt durchschnittlich 87 %. Es ist wegen der geringen Streuung von  $s = 0,7$  % und der Streubreite der Mittelwerte zwischen minimal 78 % bis maximal 99 % über alle Klienten relativ konstant. Die hohe Eigenständigkeit der Spielthemenwahl wird als Beleg dafür angesehen, dass die Forderung nach *intrinsischer Motiviertheit* des Spielthemas erfüllt worden ist.

Als letzte Information ist aus Tabelle 3 zu entnehmen, dass das Rating hinsichtlich der **Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit** für die angestrebten Veränderungsprozesse, das jeweils am Ende eines jeden Therapiekontaktes auf einer 5-Punkte-Skala von den Klienten abgegeben wurde, eine durchschnittlich „mittlere“ bis „hohe“ Bedeutsamkeit ( $AM = 3,68$ ) ergeben hat. Diese Bedeutsamkeitseinschätzung der Spieltätigkeit ist über alle Klienten nie unter ein mittleres Ausmaß gesunken ( $s = 0,52$ ; Mittelwertvariation zwischen Minimum 2,89 bis Maximum 4,32).

Zusammenfassend kann somit bezüglich der Beantwortung von Fragestellung 1 festgestellt werden, dass die Erwachsenenklienten die empfohlene Spieltätigkeit zu ca. 72 % der Therapiezeit nutzen und nach einer relativ kurzen Überlegungszeit von ca. zwei Minuten Dauer in der Regel zwei Spielthemen inszenieren. Diese Spielthemen wählen sie zu 87 % selbstinitiiert aus. Bezüglich der Bedeutsamkeit der Spieltätigkeit für die angestrebten Veränderungsprozesse geben die Klienten eine „mittlere“ bis „hohe“ Relevanz an, so dass man davon ausgehen kann, dass die Spieltätigkeit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung geleistet hat.

### **(3.2) Art und Verbesserungsausmaß der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung**

Im Folgenden soll in Beantwortung von Fragestellung 2 geklärt werden, mit welchen **Kompetenzen zur Selbstverwirklichung** sich die Klienten in ihren einzelnen Spielinszenierungen beschäftigt haben. Diese Frage ist den Klienten nach Abschluss aller Therapiekontakte gestellt worden. Als Antwort haben sie im Durchschnitt  $AM = 11,8$  Kompetenzen genannt, bei einer Standardabweichung von  $s = 5,6$  und einem

Variationsbereich von minimal 4 bis maximal 22 Kompetenzen. Pro Kompetenzschema haben sie dann auf einer 5-Punkte-Beurteilungsskala angeben, wie gering bzw. groß das jeweilige **Verbesserungsausmaß** in der Realisierung der Kompetenz außerhalb des Therapiezimmers gewesen ist.

**Tabelle 4: Art und Verbesserungsausmaß der Kompetenzen zur Selbstverwirklichung**  
12 Klienten; 148 Therapiekontakte; 257 beforschte Spiele; Anzahl der bearbeiteten Kompetenzen pro Klient: AM = 11,8 (s = 5,6); Werte der Ratingskala zur Erfassung der Kompetenzverbesserung: 1 = „sehr geringe“ bis 5 = „sehr große“ Verbesserung (Klientenurteil).

Inhalt der Kompetenzen	Anzahl der bearbeiteten Kompetenzen	Anzahl der Klienten	Verbesserungsausmaß:		Variationsbereich der Verbesserungsmittelwerte: Min. - Max.
			AM	s	
(A) <i>Autonomieverhalten in Gruppen</i> (z.B. Anmeldung seiner Interessen; geschicktes Durchsetzungsverhalten etc.)	46 (34,6 %)	12	3,14	0,88	2 - 4,7
(B) <i>Erleben von Wohlbefinden sowie Lösung von Problemen</i> (z.B. Erhöhung der Lebensfreude; Erweiterung des Urheberschaftserlebens; verbesserte Problemlösungskompetenz etc.)	33 (24,8 %)	12	3,50	0,68	2,5 - 5
(C) <i>Befriedigung von Grundbedürfnissen und Integration kindlicher Erfahrungen</i> (z.B. verbesserte Bedürfnisbefriedigung; Aufarbeitung früher negativer Erfahrungen etc.)	28 (21%)	10	3,47	1,02	2 - 5
(D) <i>Optimierung des Bindungsverhaltens</i> (z.B. Verbesserung der Beziehung zu Eltern oder gegenwärtigen Lebenspartnern etc.)	26 (19,5 %)	9	3,31	0,73	2,5 - 5

<i>Zusammenfassung aller Kompetenzen</i>	133 (100 %)	12	3,28	0,64	2,2 - 4,6
------------------------------------------	-------------	----	------	------	-----------

In Tabelle 4 werden die Ergebnisse aufgelistet. Bezüglich des **Inhaltes der bearbeiteten Kompetenzen** zur Selbstverwirklichung werden folgende vier Inhaltsbereiche genannt: (A) Autonomieverhalten in Gruppen; (B) Erleben von Wohlbefinden und Lösung von Problemen; (C) Befriedigung von Grundbedürfnissen und Integration kindlicher Erfahrungen sowie (D) Optimierung des Bindungsverhaltens. Wie aus der zweiten Spalte in Tabelle 4 zu ersehen ist, sind die Kompetenzen in den einzelnen Inhaltsbereichen mit unterschiedlicher Häufigkeit in den Spielinszenierungen bearbeitet worden. Kompetenzen des Inhaltsbereiches (A) wurden zu 34,6 % gewählt; des Inhaltsbereiches (B) zu 24,8 %; des Inhaltsbereichs (C) zu 21 % und des Bereiches (D) zu 19,5 %. Die Spielinszenierungen sind also hauptsächlich dazu genutzt worden, Kompetenzen des *Autonomieverhaltens in Gruppen* sowie des *Wohlbefindens* und *Problemlösungsverhaltens* zu bearbeiten. Kompetenzen aus diesen Bereichen werden mit insgesamt 59,4 % Häufigkeit genannt. Die restlichen ca. 40,6 % beziehen sich auf Kompetenzen der *Bedürfnisbefriedigung* und *Integration kindlicher Erfahrungen in das Selbstkonzept* sowie der *Optimierung des Bindungsverhaltens*.

Die Erfassung des **Verbesserungsausmaßes der Kompetenzen** im Alltagsgeschehen hat *über alle Inhaltsbereiche* einen „mittelgroßen“ Erfolg ( $AM = 3,28$ ) erbracht. Dieser Wert kann wegen der geringen Standardabweichung von  $s = 0,64$  und dem akzeptablen Variationsbereich von minimal 2,2 und maximal 4,6 Verbesserungspunkten als einigermaßen konstant angesehen werden. Im Einzelnen weisen die Kompetenzen pro Inhaltsbereich folgende Verbesserungswerte auf: Im *Inhaltsbereich A* („Autonomieverhalten in Gruppen“) findet eine „mittelgroße“ Verbesserung statt ( $AM = 3,14$ ;  $s = 0,88$ ; Variationsbereich: 2 – 4,7). Im *Inhaltsbereiche B* („Erleben von Wohlbefinden“ und „Lösung von Problemen“) variiert die Verbesserung zwischen einem „mittleren“ und „großen“ Ausmaß ( $AM = 3,50$ ;  $s = 0,68$ ; Variationsbereich: 2,5 – 5). Im *Inhaltsbereiche C* („Befriedigung von Grundbedürfnissen“ und „Integration von kindlichen Erfahrungen“) variiert die Verbesserung ebenfalls zwischen einem „mittleren“ und „großen“ Ausmaß ( $AM = 3,47$ ;  $s = 1,02$ ; Variationsbereich: 2 – 5) und im *Inhaltsbereich D* („Optimierung des Bindungsverhaltens“) haben sich die Kompetenzen durch die spielzentrierte Behandlung im „mittelgroßen“ Ausmaß verbessert ( $AM = 3,31$ ;  $s = 0,73$ ; Variationsbereich: 2,5 – 5).

Zusammenfassend kann in Beantwortung von Fragestellung 2 festgestellt werden, dass sich das Selbstverwirklichungsverhalten über alle Inhaltsbereiche hinweg in einem befriedigenden Ausmaß durch die spielzentrierte Behandlung verbessert hat und dass die deutlichsten Verbesserungen in den Fähigkeiten zum Erleben von Wohlbefinden, zur Problemlösung, zur Bedürfnisbefriedigung und zur Integration von kindlichen Erfahrungen im Selbstkonzept auftreten.

### **(3.3) Häufigkeit und Stufen der Altersregression im Spiel**

Einer der Gründe für die Nutzung von Spielelementen im Rahmen einer Gesprächspsychotherapie für Erwachsene soll die Ermöglichung von **Altersregressionen** zur nachträglichen Bearbeitung von emotionalen Schemata des Kinder- und Jugendalters sein. Um die Gültigkeit dieser Annahme zu prüfen, wird in Fragestellung 3 analysiert, ob solche Regressionen stattfinden und – falls dies der Fall ist – welche Altersabschnitte vorrangig gewählt werden. Zu diesem Zweck sind die Klienten nach Beendigung eines jeden Therapiekontaktes gefragt worden, ob – und zu welchem Prozentsatz – die im Spiel inszenierten Kompetenzschemata aus der Erwachsenen- oder Kinderperspektive bearbeitet worden sind. Falls Bearbeitungen aus der Kinderperspektive vorlagen, konnten sie ihr Urteil

dem Verarbeitungsstadium des *Kleinkindalters* (1 – 3 Jahre), *Vorschulalters* (4 – 6 Jahre), *Schulalters* (7 – 12 Jahre) oder der *Pubertät* (13 – 18 Jahre) zuordnen. Da bei Erwachsenen aber immer auch eine „erwachsene“ Informationsverarbeitung der Schemata in den Spielinszenierungen stattfindet, wird für die Feststellung des Regressionsprozesses nicht von einem 100%igen „Kinder-Ich“-Bearbeitungsanteil ausgegangen, sondern von einem Prozentsatz von größer/gleich 40 %. Lag keine Regression vor, oder war sie kleiner als 40 %, dann sollte die Verarbeitung der Erwachsenenperspektive zugeordnet werden.

#### **Tabelle 5: Häufigkeit und Stufen der Altersregression pro Spielinszenierung**

Bedingung für die Einordnung der spielgestaltenden emotionalen Schemata in die verschiedenen Regressionsstufen der Kindheit war das Vorliegen einer „Kinder-Ich“-Perspektive von mindestens 40 %; diese wurde als Rating erhoben. Lag der „Kinder-Ich“-Prozentsatz niedriger als 40 %, dann wurde eine alleinige Spielgestaltung aus der „Erwachsenen“-Ich-Perspektive angenommen. (Datenbasis: 12 Klienten; 148 Therapiekontakte; 258 beforschte Spiele).

	Stufen der Altersregression:				Zusammenfassung der Betrachtungs-Perspektiven:	
	Kleinkindalter (1 – 3 J.)	Vorschulalter (4-6 J.)	Schulalter (7-12 J.)	Jugendalter (13-18 J.)	„Kinder-Ich“ (1 – 18 J.)	„Erwachsenen-Ich“ (19 J. und älter)
<b>Anzahl der regredierenden Klienten</b>	3	10	12	9	12	12
<b>Anzahl der Regressions-Spiele</b>	14 (5,4 %)	23 (8,9 %)	100 (38,9 %)	35 (13,7 %)	172 (66,9 %)	86 (33,1 %)

In Tabelle 5 werden die Ergebnisse referiert. Sie zeigen, dass in 172 (66,9 %) der beforschten Spiele – im Sinne der obigen Anmerkungen - die **„Kinder-Ich“-Perspektive** gewählt worden ist. Nur 86 (33,1 %) der Spiele werden aus einer alleinigen **„Erwachsenen-Ich“-Perspektive** durchgeführt. Somit wird die zentrale Hypothese der Fragestellung 3 bestätigt, dass bei der Gestaltung der Spieltätigkeit von Erwachsenen in hohem Maße Altersregressionen stattfinden. Spezifiziert man das Regressionsverhalten bezüglich der *verschiedenen* „Kinder-Ich“-Perspektiven, dann wird ersichtlich, dass nicht alle Klienten jede Regressionsstufe wählen (s. Zeile 1). Die Perspektive des *Kleinkindalters* wird von nur drei Klienten gewählt und tritt in 14 (5,4 %) Spielen auf, während die Perspektive des *Vorschulalters* von zehn Klienten gewählt wird und in 23 (8,9 %) Spielen auftritt. Am häufigsten finden die Verarbeitungsprozesse aus der Perspektive des *Schulalters* statt. Sie finden bei allen zwölf Klienten statt und treten in 100 (38,9 %) Spielen auf. Relativ häufig wird auch die Perspektive des *Jugendalters* gewählt; sie wird von neun Klienten eingenommen und zeigt sich in 35 (13,7 %) Spielen. Keine Regression findet in 33,1 % der Spiele statt.

### **(3.4) Besonderheiten des Therapeutenverhaltens bei der Nutzung von Spieltätigkeiten**

Die **Besonderheiten des Therapeutenverhaltens** bei der Nutzung von Spieltätigkeiten (Fragestellung 4) sind auf der Basis der Gesamtstichprobe von 21 Klienten untersucht worden. Vorrangig interessiert die Analyse des Ausmasses der *Mitspieltätigkeit* des Therapeuten. Auf Grund der Erfahrungen mit Kinderspieltherapien ist den Therapeuten im Vortraining empfohlen worden, Aufforderungen zu Mitspieltätigkeiten seitens der Klienten anzunehmen und auch bei Bedarf diesbezügliche zu machen. Des Weiteren interessiert die Beantwortung der Frage, ob es den Therapeuten auch bei der Verwendung des Spielmediums

gelingt, ein hohes Ausmaß an *Akzeptanz des Klienten*, *Einfühlungsvermögen* und *Echtheit* zu zeigen. Zweifel an dieser Annahme ergeben sich aus der Möglichkeit, dass die Konzentration auf die Mitspieltätigkeit die Therapeuten an einer optimalen Realisierung dieser Merkmale hindern könnte. Die Ausprägung der erwähnten Therapeutenmerkmale ist durch ein Rating auf einer 5-Punkte-Skala erhoben worden. Die Extrempunkte dieser Skala lauteten: 1 = „sehr geringe“ bis 5 „sehr hohe“ Realisierung des Merkmales. Die Urteile sind am Ende eines jeden Therapiekontaktes von den Therapeuten selbst abgegeben worden. Die Verwendung des Klientenurteils kam leider nicht in Frage, da die Klienten bereits durch andere Beurteilungsaufgaben überlastet waren (s. Wulf, 1998; Fritsch, 2000). In Tabelle 6 werden die Ergebnisse angegeben.

**Tabelle 6: Ausprägung der Therapeutenmerkmale in der Spieltherapie für Erwachsene**

21 Klienten; 20 Therapeuten; Werte der Ratingskala zur Erfassung des Realisierungsausmaßes der Therapeutenmerkmale: 1 = „sehr geringe“ bis 5 = „sehr hohe“ Realisierung (Therapeutenurteil).

Therapeutenmerkmale	Realisierungsausmaß:		Variationsbereich der Mittelwerte: Minimum - Maximum
	AM	s	
Mitspieltätigkeit des Therapeuten	3,73	0,48	3,09 - 4,67
Akzeptanz des Klienten	3,79	0,67	2,50 - 4,80
Einfühlungsvermögen in den Klienten	3,62	0,42	3,00 - 4,33
Echtheit des Therapeuten	4,05	0,47	3,30 - 5,00

Erfreulicherweise – und in dieser Höhe überraschend – weist das Ausmaß an **Mitspieltätigkeit des Therapeuten** mit AM = 3,73 Skalenpunkten eine „mittlere“ bis „hohe“ Realisierungshäufigkeit auf. Betrachtet man zudem die geringe Höhe der Standardabweichung von  $s = 0,48$  und den Variationsbereich der Mittelwerte von minimal 3,09 bis maximal 4,67 Häufigkeitswerten, dann wird deutlich, dass alle Therapeuten in optimaler Häufigkeit mitgespielt und das Spiel als hilfreiche Ergänzung zum Gespräch genutzt haben. Die Analyse des Ausprägungsgrades der anderen Therapeutenmerkmale ergibt ähnlich

optimale Realisierungswerte. So weist das Merkmal **Akzeptanz des Klienten** mit  $AM = 3,79$  ( $s = 0,67$ ) Intensitätspunkten in der Tendenz eine „hohe“ Realisierungsintensität auf, wobei die einzelnen Mittelwerte zwischen minimal 2,50 bis maximal 4,80 schwanken. Dieser große Variationsbereich weist auf das Risiko der Mitspieltätigkeit hin, die darin besteht, dass sich die Therapeuten zu sehr in ihre eigenen Spielvorstellungen vertiefen und dabei z.B. Akzeptanzbedürfnisse der Klienten vernachlässigen können.

Bezüglich des Merkmals **Einfühlungsvermögen in den Klienten** weisen die Therapeuten „mittlere“ bis „hohe“ Ausprägungsintensitäten ( $AM = 3,62$ ) bei einer relativ geringen Standardabweichung von  $s = 0,42$  auf (s.a. den vergleichsweise niedrigen Variationsbereich der Mittelwerte zwischen minimal 3 und maximal 4,33). - Die höchste Realisierungsintensität weist das Merkmal **Echtheit** des Therapeutenverhaltens auf. Es wird durchschnittlich in „hoher“ Ausprägung ( $AM = 4,05$ ) gezeigt. Da auch die Minimalausprägung der Mittelwerte mit  $AM = 3,30$  in „befriedigende“ und die Maximalausprägung mit  $AM = 5,00$  in „sehr hoher“ Intensität ausfällt, kann man bei der relativ geringen Standardabweichung von  $s = 0,47$  davon ausgehen, dass das Merkmal Echtheit durchgehend auf einem hohen Niveau gezeigt wird. Die Möglichkeit des Mitspielens scheint es dem Therapeuten zu erleichtern, die verschiedenen Aspekte seines Selbst in breiter und authentischer Weise zu zeigen. Er kann dem Klienten dadurch ein gutes Vorbild für ein ehrliches Bemühen um eine spielzentrierte Verbesserung seiner Selbstaspekte sein.

#### **(4) Diskussion und Fazit**

Die Erkundungsstudie zur Einsatzmöglichkeit von intrinsisch-motivierten Spielen im Rahmen einer Gesprächspsychotherapie für Erwachsene hat ergeben, dass es bei einer hinreichenden Stimulation möglich ist, die Klienten zu ca. 72 % ihrer Therapiezeit zum Spielen anzuregen und dass die Spielthemenwahl zu 87 % vom Klienten selbstinitiiert ist. Die Spiellust und die Auswahl der Spielthemen wird im Wesentlichen durch die Ausstattung des Spielzimmers und das umfangreiche Spielzeugangebot unterstützt. Letzteres betrifft vorrangig Spielsachen aus der Kindheit und Jugendzeit, so dass damit zentrale Lebenserfahrungen (und die entsprechenden emotionalen Schemata) aus diesem Lebensabschnitt angesprochen werden. Auf diese Weise erfahren die Erwachsenenklienten eine lebendige Wiederbegegnung mit ihrer Kindheit und Jugendzeit und können unterentwickelte oder problematische Schemata zur Selbstverwirklichung im Spiel nachträglich korrigieren. Das gemeinsame Spiel mit dem

Therapeuten fördert dabei nicht nur die Symbolisierung der bisherigen Erfahrungen, sondern unterstützt auch die Bearbeitung bzw. Erweiterung alter emotionaler Schemata.

Ein Spielangebot kann somit das bisherige Interventionsrepertoire des klientenzentrierten Erwachsenentherapeuten ergänzen und die Begegnung des Klienten mit wichtigen Erfahrungen aus seiner Kindheit und Jugendzeit erleichtern. Dieser Effekt wird dadurch belegt, dass in 67 % aller Spielinszenierungen Regressionen auf die Altersstufen der Kindheit und Jugendzeit stattfinden. Dabei regredieren die meisten Erwachsenenklienten mit einer Anzahl von ca. 9 – 39 % aller Spiele vorrangig in die Zeit des Vorschul- und Schulalters (4. – 12. Lebensjahr) und zu ca. 14 % in die Zeit des Jugendalters (13 – 18 Jahre). Regressionen in die Zeit des Kleinkindalters (1 – 3 Jahre) finden in ca. 5 % der Spiele statt. Des Weiteren wurde gefunden, dass die Klienten pro ca. 53minütigen Therapiekontakt in der Regel zwei Spielinszenierungen von ca. 21 Minuten Länge durchführen und dass sie die Bedeutsamkeit dieser Inszenierungen für ihre seelischen Veränderungsprozesse als „befriedigend hoch“ einschätzen. Inhaltlich werden in den Inszenierungen hauptsächlich Kompetenzmuster zum Autonomieverhalten, zum Wohlbefinden, zur Problemlösung, zur Bedürfnisbefriedigung, zur Integration kindlicher Erfahrungen und zum Bindungsverhalten bearbeitet.

Bezüglich des Therapeutenverhaltens wurde gefunden, dass alle Therapeuten Lust hatten und in der Lage waren, in „mittlerem“ bis „sehr hohem“ Ausmaß mitzuspielen. Auch scheint es so zu sein, dass die Therapeuten durch die Nutzung der Spielkommunikation zu einer besonders authentischen Selbstoffenbarung (bzw. Echtheit) stimuliert worden sind, die einen Modell- und Mitreißeffekt auf das Selbstverwirklichungslernen der Klienten gehabt haben dürfte. Da die weiteren Begegnungsmerkmale des Therapeutenverhaltens wie Akzeptanz und Empathie in durchschnittlich „hoher“ Ausprägung realisiert worden sind, hat die Mitspieltätigkeit des Therapeuten die Gestaltung des Beziehungs- und Arbeitsverhältnisses zum Klienten nicht behindert, sondern wahrscheinlich sogar gefördert. Insofern kann bei geeigneter Spielkompetenz des Therapeuten und bei einer angestrebten wachstumsfördernden Zielsetzung der Therapie (unter der Verwendung von Regressionsprozessen) das übliche Repertoire des klientenzentrierten Erwachsenentherapeuten durch die Nutzung von Spielsachen und erfahrungsfördernden Spieltätigkeiten erweitert werden. Da dies in der Praxis selten geschieht, sollten durch diesen Aufsatz Anregungen zu diesem Vorgehen gegeben werden.

## (5) Literatur

- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (2003): Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elliot, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004): Research on experiential psychotherapies, in: H.J. Lambert (ed). Berging and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Ed. (pp 493-539). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993): Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York: Guilford-Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1994): Process-experiential psychotherapy: Facilitating emotional change. New York: Guilford-Press.
- Fritsch, F. (2000): Analyse des Therapeutenverhaltens in der Spieltherapie für Erwachsene. Dissertation am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg. Hamburg: Bibliothek des FB Psychologie.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Oerter, R. (1997): Psychologie des Spiels. Weinheim: Beltz.
- Rogers, C. R. (1974): Lernen in Freiheit. München: Kösel.
- Sachse, R. (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtchen, S. (1995): Psychische Krankheit als Ausdruck gestörter kindlicher Schemata zur Beziehungsgestaltung und Selbstverwirklichung, in: J. Eckert (Hrsg.), Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie (121-130). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (1999): Spieltherapie als entwicklungsorientierte Intervention, in: R. Oerter, C. von Hagen, G. Roeper & G. Noam (Hrsg.), Klinische Entwicklungspsychologie (381-399). Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001a): Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (2001b): Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen: Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien, in: I. Langer (Hrsg.), Menschlichkeit und Wissenschaft (291-324). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (2002): Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Klientenzentrierten Kinderspieltherapie, in: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I (153-194). Göttingen: Hogrefe.
- Stern, D. (1993): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weinberger, S. (2001): Kindern spielend helfen. Weinheim: Beltz.

Wulf, J. (1998): Ergebnisse einer ersten Analyse der klientenzentrierten Spieltherapie für Erwachsene. Dissertation am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg. Hamburg: Bibliothek des FB Psychologie.

**Anschrift des Autors:**

Prof. Dr. Stefan Schmidtchen

Psychologisches Institut II der Universität Hamburg

Von-Melle-Park 5

20146 Hamburg