

Edition Sozial

Herbert Goetze

# Familien spielend helfen

Mit der Filialtherapie elterliche  
Ressourcen stärken

**BELTZ JUVENTA**

Leseprobe aus: Goetze, Familien spielend helfen, ISBN 978-3-7799-2089-2

© 2013 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-2089-2>

## Kapitel 2

# Vorstellung und Abgrenzung des Verfahrens Filialtherapie

Die Filialtherapie als Unterkategorie der Personenzentrierten Spieltherapie hat zum allgemeinen Ziel, Eltern-Kind-Interaktionsprobleme einer Lösung zuzuführen, indem ein Kind und eine ausgewählte Bezugsperson – meistens ein Elternteil – in einen gemeinsamen hilfreichen Spielkontext platziert werden.

Das methodische Vorgehen lässt sich vereinfacht so beschreiben: Ein ausgebildeter Spieltherapeut führt Eltern über einen Zeitraum von zwei bis drei eineinhalbstündigen Gruppensitzungen in die Grundlagen der nicht-direktiven Spieltherapie ein. Anschließend führen die Bezugspersonen selbstständig in der eigenen Wohnung Spielsitzungen von je 30 Minuten pro Woche über einen Zeitraum von 10 Wochen durch, die supervisionsartig in den weitergeführten Trainingsstunden begleitet werden.

Die Filialtherapie stellt also einen Sonderfall der Personenzentrierten Spieltherapie nach Carl Rogers dar (Axline, 1972; Goetze, 1994; 2002; Weinberger, 2007). Im Gegensatz zur regelhaften Spieltherapie ist nicht eine dem Kind zunächst fremde Person der Spielpartner, sondern die eigene Mutter (bzw. der eigene Vater oder eine dem Kind nahe stehende Person), der die Aufgabe zukommt, die Prinzipien der Personenzentrierten Spieltherapie mit den eigenen Möglichkeiten umzusetzen. Da den Betreffenden dabei gewissermaßen der Status von Laientherapeuten zukommt, bedürfen sie einer kompetenten Unterstützung bzw. eines intensiven Vortrainings durch einen Experten, einen trainierten Spieltherapeuten.

Die Legitimation des Ansatzes der Filialtherapie ergibt sich bereits aus primär-präventiven Überlegungen: Im Prinzip geht es darum, Erziehungskompetenzen von in der Regel nicht

auffälligen Elternhäusern zu steigern. Mit der Filialtherapie werden damit familiäre Selbsthilfepotenziale aktiviert und weiterentwickelt. Eltern erfahren, dass sie bei Anwendung von leicht verständlichen spieltherapeutischen Prinzipien ein Verfahren durchführen, das sie selbst in der Hand haben und weitgehend selbst kontrollieren. Letztendlich tragen sie damit zur Verbesserung der Familienatmosphäre bei, ohne sich dauerhaft von einem Therapieexperten abhängig zu machen. Eine vielleicht nicht immer einfache Beziehung zum eigenen Kind hat das Gefühl aufkommen lassen, die täglichen Abläufe nicht mehr gut unter Kontrolle zu haben; die Filialtherapie kann dann dazu verhelfen, Gefühle des Kontrollverlustes zu überwinden und in partnerschaftlicher Weise zur gemeinsamen Verantwortung über alltägliche Lebensvollzüge zurück zu finden.

Die Filialtherapie stellt demnach eine eigene Interventionskategorie dar, die deutliche Unterschiede zu anderen Verfahren aufweist, die im elterlichen Rahmen angesiedelt sind. Wenn sie mit einzelnen Bezugspersonen, z.B. Elternteilen, durchgeführt wird, wird sie dennoch keine *Einzeltherapie* im klassischen Sinn sein, bei der in einer dyadischen Beziehung ein belasteter Klient die Hilfe eines professionellen Therapeuten erfährt.

Es handelt sich auch nicht um eine *Gruppentherapie* mit Eltern, bei der in einer permissiven Gruppenatmosphäre der freie Ausdruck von Gefühlen des Einzelnen gestattet und mit Hilfe einer hilfreichen Gruppendynamik Änderungen herbeigeführt werden, denn hier handelt es sich um ein strukturiertes Vorgehen, an dem indirekt auch die Kinder beteiligt sind.

Im engeren Sinn ist die Filialtherapie auch keine *Familien-therapie*, bei welcher es allgemein um die Aufdeckung dysfunktionaler familiärer Kommunikationsstrukturen (,strategisch-strukturell‘) oder um die Bearbeitung von krankmachenden Subsystemen, Triangulationen (,systemisch‘) geht.

Die Filialtherapie unterscheidet sich erheblich von den traditionellen *Elterntrainingsmodellen*, bei denen an Eltern jene Skills vermittelt werden, die zur Lösung alltäglicher Erziehungskonflikte unter deutlicher Anleitung eingesetzt werden sollen. Dabei geht es häufig um eine Skillvermittlung auf ver-

haltenstherapeutischer Basis; die Eltern erlernen hier z. B. das systematische Verstärken erwünschter Verhaltensweisen ihres Kindes.

Ein erster gravierender Unterschied zu fast allen anderen Elterntrainingsprogrammen betrifft den Führungsaspekt: Die Programme sind so aufgebaut, dass die Eltern das Kind in direkter Weise anleiten lernen, die Programme setzen auf die Wirksamkeit von Belehrungen, Diskussionen und Einsichtslernen auf Seiten des Kindes. Die Filialtherapie setzt dagegen primär auf non-direktive ‚Führung‘ unter weitgehendem Verzicht auf eigene Handlungsimpulse der Bezugsperson. Das Kind kann hier entscheiden, was und wie und ob überhaupt gespielt wird, womit Selbstdirektivität, Selbstkontrolle und Selbstverantwortung angezielt werden, denn wo dauerhaft Fremdkontrolle ausgeübt wird, kann sich Selbstkontrolle nicht entwickeln – so einer der grundlegenden filialtherapeutischen Leitsätze.

Wie im Kapitel zu den Zielen verdeutlicht werden wird, liegt der Schwerpunkt eindeutig auf der Beziehungsgestaltung und nicht auf der Anwendung besonderer Techniken. Ganz im Sinne des hier vertretenen philosophischen Ansatzes wird angenommen, dass eine andere Beziehungsgestaltung, die auf den elterlichen Fremdeinfluss weitgehend verzichtet, auch eine andere Problemsicht nach sich zieht, bei der nicht äußerliche Anpassung („quick and dirty“), sondern innere Übereinstimmung vorherrschend sind. Zu einer so definierten Beziehung gehört eine andere Art, miteinander zu kommunizieren. Hier setzt die Filialtherapie eigene Akzente. Zunächst wird von dem Leitgedanken ausgegangen, dass die Sprache des Kindes nicht die Sprache der Erwachsenen, sondern das Spiel ist; folglich steht das Spiel im Mittelpunkt der Kommunikation, das sprachlich natürlich begleitet werden kann.

Hinzu kommt, dass die Filialtherapie nicht problemzentriert in dem Sinne vorgeht, dass an den Defiziten des Kindes und seinen störenden Verhaltensweisen gearbeitet wird. Vielmehr stehen die Spielprozesse im Mittelpunkt, die natürlich nicht immer reibungslos ablaufen. Kommt es beim Spielen zu Konflikten, dann werden diese mit den therapeutischen Möglichkeiten der Spieltherapie gewaltlos und kooperativ gelöst,

woraus sich für den weiteren Familienalltag bisher nicht ge-  
kannte positive Konsequenzen ergeben.

Die Ansprache durch die erwachsene Bezugsperson stellt sich entsprechend anders dar: Weder Lob noch Tadel, weder Fragen noch Antworten kennzeichnen das Geschehen, sondern eine verbale Zuwendung, die mit der blassen Begrifflichkeit *Reflexion* fachlich gekennzeichnet wird. Unmittelbar einsichtig ist, wie schwer vielen Bezugspersonen diese andere Art zu kommunizieren zu Beginn fallen muss, denn sie haben sie bisher immer ganz anders mit Kindern gesprochen.

Die filialtherapeutischen Prinzipien sind in Anlehnung an Axline (1972) in folgender Weise festgelegt:

**1. Prinzip der vollständigen Annahme:** Die Bezugsperson nimmt das Kind ganz so an, wie es ist.

**2. Prinzip der Herstellung eines Klimas des Gewährenlassens:** Die Bezugsperson versucht, in der Spielstunde eine Atmosphäre des Gewährenlassens herzustellen, so dass das Kind sich frei fühlt, alle seine Gefühle uneingeschränkt auszudrücken.

**3. Prinzip der Achtung vor dem Kind:** Die Bezugsperson achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten während der Spielstunde selbst fertig zu werden. Die Verantwortung, eine Wahl für Spielaktivitäten zu treffen, und das langfristig angezielte In-Gang-Setzen einer inneren Wandlung, die von den Spielstunden ausgehen, sind Angelegenheiten des Kindes.

**4. Prinzip der Wegweisung durch das Kind:** Die Bezugsperson versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes während der Spielstunde zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg während der Spielzeit, die Bezugsperson Eltern folgt ihm.

**5. Prinzip der Nicht-Beschleunigung:** Die Bezugsperson versucht nicht, die Vorgänge zu beschleunigen. Veränderungen des Kindes und der Bezugsperson sind ein Weg, der langsam, Schritt für Schritt gegangen werden muss.

**6. Prinzip der Gestaltung der Beziehung:** Die Bezugsperson sollte eine warme, freundliche Beziehung zum Kind während der Spielstunden gewährleisten, weil eine die Nicht-Lösung grundlegender Konflikte dem Anliegen der Filialtherapie entgegenstehen.

**7. Prinzip des Erkennens und Reflektieren von Gefühlen:** Die Bezugsperson ist wachsam in Bezug auf die Gefühle, die das Kind in der Spielstunde ausdrücken möchte. Sie versucht, sie zu erkennen und zu reflektieren.

**8. Prinzip des Begrenzens:** Die Bezugsperson setzt nur Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Spielsitzung in der Welt der häuslichen Wirklichkeit zu verankern, und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen ihr und dem Kind klarzumachen.

Die Filialtherapie stellt damit eine eigenständige Kategorie der Elternarbeit dar und ist darauf gerichtet, personenzentrierte Kompetenzen an Erziehungspersonen in einer Weise zu vermitteln, dass sehr schnell ein Lerntransfer auf den Erziehungsalltag hergestellt wird. Eine Eingangsdiagnostik und die eine Filialtherapie begleitende Supervision können allerdings die oben genannten alternativen Therapien zusätzlich nahelegen, die dann entweder an ihrer Stelle oder auch als eine Ergänzung zur Filialtherapie durchgeführt werden könnten.

Methodisch ist die Filialtherapie in der Weise aufgebaut, dass zunächst innerhalb eines strukturierten Trainingskurses unter Einsatz verschiedener Vermittlungsmedien die Basisvariablen der Personenzentrierten Spieltherapie vermittelt werden; in einer sich anschließenden Phase realisieren die Bezugspersonen des Kindes die erworbenen Kompetenzen in einer besonders ausgewiesenen Spielstunde mit ihrem Kind innerhalb der eigenen vier Wände. Die in den Spielstunden gemachten Erfahrungen sind Gegenstand der weiteren Besprechungssitzungen in der Gruppe. Die methodischen Durchführungsschritte werden in den folgenden Kapiteln in einer Weise beschrieben, dass die Abläufe durchsichtig werden. Zunächst jedoch soll erst einmal die Vorgeschichte des Ver-

fahrens Filialtherapie skizziert werden, woraus deutlich wird, dass einige Leitideen schon sehr früh in der Geschichte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auffindbar sind.

## Kapitel 3

# Vorgeschichte des Verfahrens

Man könnte Sigmund Freud, den Begründer der Psychoanalyse, im weiteren Sinne als Erfinder der Filialtherapie ansehen. Zwar waren Freuds Klienten fast ausschließlich erwachsene Personen, so dass die Übertragung der psychoanalytischen Lehre auf Kinderklienten in Form der Kinderanalyse Schülerinnen und Schülern wie Melanie Klein und Anna Freud vorbehalten blieb. Seine Psychoanalyse des „kleinen Hans“ war ein gewisser Wendepunkt, denn der „kleine Hans“ war sein erster und blieb sein einziger Kinderfall.

In der Analyse der Pferdephobie des kleinen Hans – 1909 erschienen – wird eine indirekte Behandlung dieses fünfjährigen Kindes deutlich. Sein Vater, ein Musikwissenschaftler, war ein Anhänger Freuds und ließ sich bei der Analyse seines Sohnes durch Freud anleiten. Die Vorgeschichte der Symptome des Kindes begann mit dreieinhalb Jahren nach der Geburt der Schwester, als der kleine Hans eine Pferdephobie entwickelte. Die Folge war, dass das Kind das Elternhaus aus Angst vor Pferdebissen nicht mehr verlassen konnte – eine erhebliche Einschränkung auch für die Eltern. Klassischerweise wurde die Phobie mit einem ödipalen Problem (Inzestwunsch) erklärt, wobei das Pferdemaul den väterlichen Bart repräsentierte. Im Sinne psychoanalytischer Deutungen hatten die mütterlichen Drohungen zu Kastrationsängsten geführt, während die Aggressionen des Kindes mit Geschwisterneid um die elterliche Gunst erklärt wurden. Die phobische Symptomatologie soll sich gelegt haben, nachdem der Ödipuskonflikt des kleinen Hans durch die indirekte Therapie gelöst war. Hans wurde vom Vater über Geschlechtsunterschiede, Schwangerschaft und Geburt aufgeklärt, so dass den Fantasien des Kindes der Nährboden entzogen wurde.

Die Analyse des kleinen Hans war für die Entwicklung der

psychoanalytischen Theorienbildung von großer Bedeutung, eröffneten sich nun doch Perspektiven, die Psychoanalyse für Erwachsene auf Kinder als „Kinderanalyse“ zu übertragen. Allerdings blieb die Fernanalyse des kleinen Hans Freuds einzige Kinderanalyse.

Wollte man den Behandlungserfolg aus heutiger Sicht filialtherapeutisch erklären, scheint entscheidend gewesen zu sein, dass Freuds Supervision im Vater ein einführendes Verständnis für die kindlichen Nöte entwickelt hat. Die Ängste des kleinen Hans wurden von ihm nicht bagatellisiert – wie zu damaliger Zeit üblich –, sondern ernst genommen. Der Vater versuchte auch nicht, das Kind zu überreden oder gar durch in-vivo-Konfrontationen das Kind zu desensibilisieren oder zu bestrafen. Wie an späterer Stelle in diesem Band ausgeführt wird, müssen die Spielvorgänge des Kindes in der Filialtherapie für uns nicht immer verstehbar sein. Freud hatte diese Einsicht vorweggenommen, indem er schrieb: „Es ist gar nicht unsere Aufgabe, einen Krankheitsfall gleich zu ‚verstehen‘, dies kann erst später gelingen, wenn wir uns genug Eindrücke von ihm geholt haben.“ Weitere Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zur Filialtherapie werden deutlich, wenn Freud weiter schreibt: „Während der Analyse allerdings muss ihm vieles gesagt werden, was er selbst nicht zu sagen weiß, müssen ihm Gedanken eingegeben werden, von denen sich noch nichts bei ihm gezeigt hat, muss seine Aufmerksamkeit die Einstellung nach jenen Richtungen erfahren, von denen her der Vater das Kommende erwartet.“ Aus heutiger Sicht würde man Freuds Behandlung insgesamt vielleicht als Empathie- und Verhaltenstraining des Vaters sehen, wobei Elemente der Filialtherapie durchaus nachvollziehbar sind.

Dieser Ansatz, der vielleicht auch aus der Not der damaligen Mangelsituation an Therapeuten geboren war, enthielt also bereits den Grundgedanken der Filialtherapie, die eigentliche therapeutische Arbeit durch einen Elternteil durchführen zu lassen.

In der Folgezeit wurde dieser therapeutische Ansatz erst einmal nicht weiterverfolgt. Kinderanalytikern lag seit den zwanziger Jahren mehr daran, ihr Gedankengut als „therapeutische Erziehung“ in das Elternhaus zu tragen, denn sie mach-

ten zunehmend die Erfahrung, dass Kinderprobleme ungünstige elterliche Einstellungen, Erwartungen und Praktiken zur Ursache hatten, eine Erfahrung, die uns Heutigen durchaus geläufig ist. Wenn man den beruflichen Werdegang vieler Kindertherapeuten verfolgt, kann man feststellen, dass sie im Laufe ihrer professionellen Entwicklung mehr und mehr vom Therapiegeschäft Abstand nahmen und den Bereich der Pädagogik betraten, wofür es viele Beispiele gibt wie z.B. das Ehepaar Reinhard und Annemarie Tausch. Das Ehepaar hatte sich schon früh mit der Kindertherapie befasst; 1956 erschien ihr damals ziemlich unbeachtetes und späterhin nicht wieder verlegtes Werk „Kinder-Therapie im nicht-directiven Verfahren“; anschließend bewegte sich das Forscherpaar mit dem (nicht ganz passenden, weil zutiefst der Pädagogik verpflichteten, bis heute verlegten) Titel „Erziehungspsychologie“ (Tausch & Tausch, 1979) und legte dort die Leitlinien für eine kindzentrierte Erziehung vor.

Den spieltherapeutischen Ansatz auf das Elternhaus zu übertragen, um die elterliche Kommunikation in Richtung auf mehr Kindzentrierung zu verändern, war auch ein Anliegen der Pionierin der nicht-direktiven Spieltherapie, Virginia Axline (1947; dt. 1972). Natalie Fuchs (1957), die Tochter von Carl Rogers, setzte im eigenen Haus spieltherapeutische Methoden ein, um bei ihrer Tochter Symptomen der Angst zu begegnen. Auch Clark Moustakas (1959), ein anderer Vertreter des non-direktiven Spieltherapieansatzes, riet Eltern, besondere Spielstunden mit ihren Kindern zu Hause durchzuführen. Er plädierte dafür, diesen therapeutischen Ansatz bei Kindern zwischen drei und zehn Jahren anzuwenden, die Eltern in kleinen Gruppen zusammenzufassen und im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers zu trainieren. Moustakas schrieb: „In the play therapy relationship ... the child finds that his parent really cares, wants to understand, and accepts him as he is“ (Moustakas, 1959, S. 275).

Jahrzehntelang ist dieser Beratungsansatz jedoch nicht weiter verfolgt worden. Der damals neue Gedanke, die Spieltherapie durch die Eltern selbst durchführen zu lassen, wurde explizit erst durch die Arbeiten des Ehepaares Louise und Bernard Guerney (Guerney, 1964) verfolgt, die dem Verfah-

ren dann auch die Bezeichnung *Filialtherapie* gaben. Sie entwickelten ein strukturiertes Filialtherapie-Trainingsprogramm, in welchem die Eltern zu sog. therapeutischen Begleitern wurden. Mit leichten Nuancen wird das Guerneys-Filialtherapieprogramm bis heute verfolgt.

Seither wird die Filialtherapie bei Kindern zwischen drei und zwölf Jahren angewendet, indem Eltern bzw. nahe Bezugspersonen des Kindes in kleinen Gruppen oder auch einzeln im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers trainiert werden, um nach einem Vortraining unter Supervision selbstständig Spielstunden im eigenen Hause durchzuführen (siehe dazu und zum Folgenden VanFleet, 1994; Guerneys, 1964).

Im deutschsprachigen Raum ist die Filialtherapie bis auf den heutigen Tag weitgehend ignoriert worden, obwohl bereits 1974 in „Die nicht-direktive Spieltherapie“ (Goetze & Jaede, 1974) auf die Filialtherapie aufmerksam gemacht worden ist, wie an diesem Buchzitat deutlich wird: „Carkhuff und Bierman (1969) sowie Guerneys (1964), Guerneys, Guerneys und Adronico (1970) haben ähnliche Trainingsmöglichkeiten vorgeschlagen und teilweise erfolgreich empirisch erprobt (sog. Filialtherapie)“ (Goetze & Jaede, 1974, S. 169). Natürlich ist zu berücksichtigen, dass seinerzeit Spieltherapieausbildungen in Deutschland kaum existent waren oder erst in den Anfängen steckten. Aber auch weitere Versuche, die Filialtherapie auch hierzulande bekannt zu machen (Goetze, 2001; 2002), blieben praktisch ohne Auswirkungen, was vielleicht auch auf die Dominanz verhaltenstherapeutischer Lehrmeinungen zurückzuführen war und ist.

Vielleicht hatte die Abstinenz jedoch auch versteckte Gründe. Es hatte nämlich seit der Einführung der Filialtherapie in den USA während der sechziger Jahre in der Fachwelt Kontroversen zu der Frage gegeben, ob Eltern mit der Übertragung dieser therapeutischen Aufgabe nicht überfordert seien. Die seit vierzig Jahren anhaltende Forschungstätigkeit hat solche Befürchtungen entkräftet und zu vermehrtem Wissen über differenzielle Wirkungen geführt (siehe dazu Kapitel 10 in diesem Band). Die inzwischen etablierte filialtherapeutische Praxis hat eine Verfeinerung der Methoden gebracht, so

dass dieser Ansatz nun auch lehrbar und trainierbar geworden ist (siehe van Fleet, 2005; Landreth & Bratton, 2006). Es bleibt zu hoffen, dass das Verfahren sich nun endlich auch hierzulande in Zukunft durchsetzen wird – wozu die Veröffentlichung dieses Bandes eingeständenermaßen beitragen soll.

Um das Verfahren der Filialtherapie in seinem Grundanliegen verstehen zu können, ist es notwendig, sich den Grundlagen der Personenzentrierten Spieltherapie zuzuwenden, denn Begriffe und Verfahrensweisen der Filialtherapie werden teilweise erst auf dem Hintergrund des Wissens um die Spieltherapie verständlich. Deshalb wird im nächsten Kapitel der Ansatz der Personenzentrierten Spieltherapie mit seinen philosophischen Grundlagen und Konzepten kurz dargestellt.