

Masterthesis

Das therapeutische Sandspiel

**eine Untersuchung zur Therapieschulen
übergreifenden Anwendung**

Masterstudium therapeutisch orientierte Soziale Arbeit
an der Hochschule Mittweida, FB Soziale Arbeit

WS 2015/2016

Erstgutachterin: Dr. Evelyn Christina Becker

Zweitgutachter: Prof. Dr. Stefan Busse

vorgelegt von:

Dipl.-Sozialpäd. (FH) Uwe Schwinge

Leipzig, den 04.01.2016

Abkürzungsverzeichnis

DGST	Deutsche Gesellschaft für Sandspieltherapie
ICP	Institute of Child Psychology
ISST	International Society for Sandplay Therapy
KJPT	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
EPT	Erwachsenen Psychotherapie

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	3
2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels.....	7
2.1 Die Entwicklung der World Technique.....	7
2.1.1 Zur Person Lowenfeld.....	8
2.1.2 LOWENFELD's Forschung zum kindlichen Spiel.....	12
2.1.3 Konzept vom Primary and Secondary System.....	13
2.1.4 Die World Technique.....	15
2.1.4.1 Materialien der World Technique.....	15
2.1.4.2 Durchführung der World Technique.....	15
2.2 Die Entwicklung der „Sandspieltherapie“	17
2.2.1 Zur Person Dora M. Kalf (1904 – 1990).....	17
2.2.2 Das Konzept der Archetypen in der Sandspieltherapie	18
2.2.3 Das Material	21
2.2.4 Der psychotherapeutische Prozess in der Sandspieltherapie.....	21
2.3 Zusammenfassung.....	23
3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel	26
3.1 Das narrative therapeutische Sandspiel nach BRÄCHTER.....	26
3.1.1 Zur Person Wiltrud BRÄCHTER.....	27
3.1.2 Der narrative systemische Ansatz.....	28
3.1.3 Zum narrativen Umgang mit den „Geschichten im Sand“	31
3.2 Das geleitete therapeutische Sandspiel.....	34
3.2.1 Zur Person Silvia HÖFER.....	34
3.2.2 Das geleitete individuelle Spiel in der Verhaltenstherapie.....	35
3.2.3 Der Therapeut im geleiteten individuellen Spiel	37
3.2.4 Das Geleitete individuelle Spiel im therapeutischen Sandspiel.....	38
3.3 Zusammenfassung.....	41

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels.....	44
4.1 Methodik der Untersuchung.....	44
4.1.1 Datenerhebung mittels leitfadengestütztes Experteninterview.....	44
4.1.2 Auswertung in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie.....	45
4.2 Durchführung der Untersuchung	48
4.3 Expertenauswahl.....	48
4.4 Inhaltlicher Rahmen der Interviews.....	50
4.5 Datenanalyse.....	50
4.5.1 Das Erleben in der Beziehung	50
4.5.1.1 Kategorie passive Beziehungsgestaltung	51
4.5.1.2 Kategorie aktive Beziehungsgestaltung.....	59
4.5.2 Beziehungsgestaltung vor dem Hintergrund der Therapieschulen.....	68
5 Schlussbetrachtung.....	72
6 Literaturverzeichnis.....	76
7 Abbildungs- & Tabellenverzeichnis.....	80
8 Anhang.....	81
9 Eidesstattliche Erklärung.....	83

1 Einleitung

„Das Spektrum der Auffassungen um das Sandspiel herum ist so außerordentlich breit. Es reicht von der Freudschen Triebtheorie auf der einen Seite über die Jungsche Archetypen-Lehre bis zum Zen-Buddhismus auf der anderen, gewissermaßen von Masturbationsphantasien (Melanie KLEIN) über die 'Manifestation des Selbst' (Dora KALLF) bis zum religiösen Erlebnis. Die Geschichte des Sandspiels ist so [...] ein besonders interessantes Kapitel der Kindertherapie [...]“ (RASCHE 2002, S. 40)

Mit der Entdeckung der Kindheit im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert als eigenständigen Entwicklungsabschnitt in Abgrenzung zum Erwachsenen, rückte auch das Kind zunehmend in den Fokus der damals noch jungen Psychotherapielandschaft. Die Pioniere der Kindertherapie mussten feststellen, dass die Sprache in der Therapie nur einen begrenzten Zugang zum Kind ermöglichte. Oder anders ausgedrückt, dass die Sprache dem Kind keine ausreichenden Möglichkeiten bot, sich vollends auszudrücken. Hingegen öffnete die Anwendung des Spiels einen therapeutischen Zugang, der plötzlich ein Mehr an Möglichkeiten bot. Die voranschreitende Industrialisierung sorgte gleichzeitig für ein stetig ansteigendes Angebot von Spielmaterialien, was die Möglichkeiten der Spieltherapie enorm erweiterte. In diese Zeit fällt auch die Geburtsstunde des therapeutischen Sandspiels und es wundert nicht, dass diese eng mit der Entwicklung der Spieltherapie verbunden ist. Damit gehört das therapeutische Sandspiel zu den ältesten Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und wurde bis heute von den verschiedensten Schulen in Therapie und/oder Diagnostik weiterentwickelt und erforscht. Sie entwuchs dabei ihrem Geburtsort London und verbreitete sich über die USA nach Asien und Europa bis nach Afrika. Dieser internationale Diskurs wurde vor allem vor dem theoretischen Hintergrund der analytischen Psychologie C.G. JUNG's geführt, deren Anhänger (und auch JUNG selbst) in der bildnerischen Gestaltung der Sandbilder eine schöpferische Kraft des kollektiven Unbewussten sehen, welche den Heilungsprozess ermöglicht. Die in diesen Kreisen entstandenen praktischen Erfahrungen und Forschungsergebnisse führten zu der Begründung der Sandspieltherapie als eigene Therapieform, die bis heute in einem mehrjährigen zertifizierten Ausbildungsgang an diversen nationalen und internationalen Instituten erlernt werden kann. Zu nennen sind hier vor allem die Deutsche Gesellschaft für Sandspieltherapie (DGST) sowie die Internationale Gesellschaft für Sandspieltherapie (Internatio-

nal Society for Sandplay Therapy, kurz ISST). Parallel zur fortschreitenden Entwicklung analytisch-verwandter und nicht-analytischer Psychotherapieverfahren entwickelten sich auch unterschiedliche Schulen der Kindertherapie. Einige dieser Schulen entdeckten die Vorteile, die das therapeutische Sandspiel in der Kindertherapie hat und modifizierten dessen Anwendung im Sinne ihrer Richtlinienverfahren. So findet man Autoren aus der Verhaltenstherapie, der Systemischen Therapie und der Traumatherapie, die ihre Erfahrungen und Erfolge im Umgang mit dem therapeutischen Sandspiel beschreiben. Heute zählt das therapeutische Sandspiel laut Jörg RASCHE (2002) zu einer der weitverbreitetsten Methoden in der Kindertherapie und findet auch in einem nicht unerheblichen Umfang Anwendung in der Erwachsenen-therapie.

Als Diplom-Sozialpädagoge bin ich zum ersten mal in meiner Tätigkeit in einer Familien- und Erziehungsberatungsstelle auf das therapeutische Sandspiel aufmerksam geworden. Während meines Klinikpraktikums in der Kinder- und Jugendpsychiatrie St. Barbara in Halle (Saale) habe ich das Verfahren als tiefenpsychologische Therapiemethode in der Praxis erfahren, wodurch mein Interesse daran bekräftigt wurde und ich begann mich intensiv mit der Thematik auseinanderzusetzen. Ich nutzte die Gelegenheit im Rahmen meines Masterstudiums der therapeutisch orientierten Sozialen Arbeit mich diesem diesem Thema in einer Hausarbeit zu widmen und setzte mich an Hand eines eigenen Patientenbeispiels mit der Theorie und Kinderpsychotherapeutischen Praxis des therapeutischen Sandspiels auseinander. Aktuell setze ich die Methode auch im Rahmen meiner Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den von mir durchgeführten Psychotherapien sowie in meiner Arbeit als Sozialpädagoge in der Familien- und Erziehungsberatungsstelle vermehrt ein. In dem interdisziplinären Team meiner Arbeitsstelle habe ich die Erfahrung gemacht, dass das therapeutische Sandspiel in der Praxis eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten bietet. Dies spiegelt sich auch in der aktuellen Literatur wieder, die deutlich macht, wie die Methode aus Sicht verschiedener Therapieschulen die psychotherapeutische Arbeit mit dem Kind (aber auch mit Jugendlichen und Erwachsenen) erleichtert. Neben den etablierten jungianischen Zugang, der in der halbjährlich erscheinenden Fachzeitschrift der DGST „SANDSPIEL-THERAPIE“ öffentlich diskutiert wird, erscheinen zunehmend Veröffentlichung von Autoren aus der Systemischen Therapie, der Verhaltenstherapie oder der Psychotraumatherapie. In diesen Veröffentlichung beschreibt die verschiedenen Autoren deren verfahrensspezifischen Zugang zum therapeutischen Sandspiel und zeigen auf, welche Interventionstechniken sich im Umgang mit dem

therapeutischen Sandspiel daraus ergeben. Die zunehmend öffentlich geführte Therapieschulen übergreifende Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Sandspiel zeigt das anhaltende Interesse der Kindertherapie an dieser Methode. Gleichzeitig entsteht der Eindruck, dass das therapeutische Sandspiel eine Kompatibilität aufweist mit verschiedenen Therapieschulen? Im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit soll dieser Aspekt der Richtlinienverfahren übergreifenden Anwendung des therapeutischen Sandspiels beleuchtet werden. Um dieser Frage näher zu kommen sollen folgende Unterfragen bearbeitet werden. Wie arbeiten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verschiedener Fachrichtungen mit dem therapeutischen Sandspiel? Welche fachlichen Zugänge haben sie zu dem therapeutischen Sandspiel? Welche Umsetzungen und Interventionstechniken resultieren für sie daraus. Welche Rolle lassen sie dabei dem eignen Richtlinienverfahren zukommen?

Die Beantwortung dieser Fragestellung soll durch nachfolgend beschriebenen Aufbau der Arbeit angestrebt werden. Zunächst soll sich im ersten Kapitel der Entstehung und Entwicklung des therapeutischen Sandspiels gewidmet werden. Dabei wird zuvorderst die Begründerin Margarete LOWENFELD vorgestellt, welche zu Beginn des 20. Jahrhunderts die therapeutische Arbeit mit dem Sand entwickelt und erforscht hat, die sie als *World Technique* bezeichnete. Im Anschluss daran wird näher beleuchtet, inwiefern Dora KALLF die *World Technique* aufgegriffen, erweitert und daraus die „Sandspieltherapie“ entwickelt hat. Im Zweiten Kapitel sollen aktuelle Konzepte des therapeutischen Sandspiels am Beispiele der Systemischen Therapeutin Wiltrud BRÄCHTER sowie der Verhaltenstherapeutin Silvia HÖFER aufgegriffen werden. Aufbauend auf diese theoretischen Betrachtungen soll im dritten Kapitel der Masterthesis der Therapieschulen übergreifende Aspekt des therapeutischen Sandspiels untersucht werden. Hierfür soll folgender Frage nachgegangen werden: Wie wird das therapeutische Sandspiel von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verschiedener Therapieschulen in der Praxis angewandt? Für die Beantwortung werden Experteninterviews mit vier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen geführt und analysiert, die in Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und Traumazentrierter Psychotherapie ausgebildet sind. Zwei dieser interviewten Expertinnen verfügen über eine Sandspieltherapie Ausbildung nach KALLF. Die beiden anderen Interviewpartnerinnen besitzen keine zertifizierte Ausbildung im therapeutische Sandspiel, wenden die Methode aber regelmäßig über einen mehrjährigen Zeitraum an. Die Auswertung des Datenmaterials wird vor dem Hintergrund der qualitativen Sozialforschung in Anlehnung an die Grounded Theorie Methodologie durchgeführt. Im Abschluss dieser Arbeit

soll ein Ausblick über die Perspektiven des therapeutischen Sandspiels innerhalb der Psychotherapielandschaft gegeben werden.

Abschließend noch einige Bemerkungen zu Bezeichnungen, die zur besseren Lesbarkeit in dieser Arbeit verwendet werden. Der Begriff „*therapeutisches Sandspiel*“ ist als ein Oberbegriff für die therapeutische Arbeit mit dem Sandkasten und dem Miniaturspielzeug gemeint. Der Begriff *World Technique* wird in Bezug zu Margarete LOWENFELD sowie der Begriff *Sandspieltherapie* in Bezug zu Dora KALLF verwendet. Im Fließtext sind mit Begriffen wie Therapeut und Patient stets beide Geschlechter gemeint. Die männliche Form wird lediglich der vereinfachten Lesbarkeit halber verwendet.

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

„Die Geschichte des Sandspiels ist...mit einer ganzen Reihe interessanter Namen verbunden, z.B. von dem Philosophen Robin Collingwood, von Melanie Klein, Winnicott, Charlotte Bühler, natürlich C.G. Jung, Michael Fordham, Erich Neumann oder Daisetz Teitaro Suzuki [...].“ (RASCHE 2002, S. 40)

Das folgende Kapitel soll einen Einblick in die Wurzeln des Sandspiels geben. Meinen Recherchen zufolge existiert aktuell keine Veröffentlichung, die die gesamte (internationale und fachliche) Bandbreite der historischen Entwicklung der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Sandkasten und den Miniaturspielfiguren abbildet. Um den Anliegen weitestgehend gerecht zu werden beziehe ich mich daher auf folgende zwei Veröffentlichung, die als Standardwerke angesehen werden können. Zunächst wäre hier die Publikation von Harriet S. FRIEDMANN & Rie Rogers MITCHELL (1994) „Sandplay. Past, present and the future“ zu nennen sowie wie die Veröffentlichung von Jörg RASCHE (erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sandspieltherapie, DGST, und der International Society for Sandplay Therapy, ISST) aus 2002 „DAS THERAPEUTISCHE SANDSPIEL in Diagnostik und Psychotherapie“. Beide Werke konzentrieren sich vorrangig auf die Entwicklungen im angelsächsischen Raum aus psychodynamischer Sicht und gehen nicht auf Zugänge anderer Verfahren zum therapeutischen Sandspiel ein.

2.1 Die Entwicklung der *World Technique*

Die Geschichte des therapeutischen Sandspiels beginnt mit der Londoner Kinderärztin Margarete LOWENFELD. Ihr Wirken ist eng verbunden mit den Wurzeln der Kinderpsychotherapie und der Entstehung der Spieltherapie. Im folgenden Kapitel soll vorgestellt werden, wie sie das therapeutische Sandspiel „entdeckt“ hat und es in ihrer Arbeit nutzte. Zunächst soll die Person Margarete LOWENFELD vorgestellt werden (2.1.1), um im Anschluss deren Forschung zur Psyche des Kindes zu erörtern (2.1.2) und ihr daraus resultierendes Konzept des *Primary and Secondary Systems* einzuführen (2.1.3). Schließlich soll die Anwendung von LOWENFELDs *World Technique* betrachtet werden (2.1.4).

2.1.1 Zur Person Lowenfeld

Margarete LOWENFELD wurde am 4. Februar 1890 als Tochter von Heinz Lowenfeld und Alice E. Evans in London geboren. Ihr Vater entstammte einer wohlhabenden polnischen Familie. Die Mutter war gebildet und wird von verschiedenen Autoren als psychisch eher labil beschrieben (vgl. EVANS 1984, URWIN & HOOD-WILLIAMS 1988). Sie verkehrte in der Londoner Gesellschaft und veranstaltete spirituelle Sitzungen in ihrem Haus.

Margarethe war als Kind häufig krank und musste viel Zeit im Bett verbringen. In dieser Zeit fühlte sie sich wenig liebevoll behandelt. So schrieb sie in einen ihrer Briefe über einen Ausspruch der Mutter, der ihr besonders in Erinnerung geblieben ist: *“Is that child ill again?”* (EVANS 1984, S. 24, zit. n. FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 5)

Weiter beschreibt sie in ihren Briefen, dass sie nachts von starken Ängsten befallen war, sich einsam fühlte und sich selbst beruhigen musste.

„She later recalled having “night terrors and screaming fits,” and she was given to thumbsucking, a habit that was “very difficult to break.” (FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 5)

Gegenüber ihrer älteren Schwester fühlte sie sich eher unterlegen. Vor allem, wenn die gesamte Familie in den Sommerferien nach Polen reiste und dort keiner ihrer Cousins und Cousins Englisch sprach. Während ihrer Schwester das Kontakte knüpfen nicht schwer fiel, fühlte sich Margaret eher isoliert und allein. Im Laufe der Jahre verlor sie aber ihre Ängste und lernte Polnisch und Deutsch. Als Margarete 13 Jahre alt war, trennten sich ihre Eltern und der von ihr sehr geliebte Vater ließ die Familie in finanziell unsicheren Verhältnissen zurück. Die Mutter hat sehr unter dem Verlust gelitten, was wiederum die Töchter stark belastete (vgl. ebd.).

Margaret wird als wissensdurstiges Kind beschrieben. In den Tagen ihrer Krankheit suchte sie Ablenkung in vielen Bücher. Unter anderen auch in Herbert Georg WELLS Buch „Floor Games“. Darin beschreibt er das gemeinsame Spiel mit seinen Kindern und einer Miniaturspielwelt (vgl. RASCHE 2002, S. 47). RASCHE als auch FRIEDMANN/MITCHELL stimmen darin überein, dass sie in diesem Buch die Inspiration fand für die von ihr später entwickelte *World Technique*. Vermutlich könnte die Kombination aus ihrer fragilen Gesundheit und ihrem Forscherdrang sie zu dem Entschluss geführt haben, ein Medizinstudium aufzunehmen. Dieses Studium beendet sie 1918 und ging 1919 als „medical officer mit der Britischen Ar-

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

mee, in der „British Typhus Unit“, nach Polen. Dort nahm sie sich der Versorgung der Kriegsgefangenen und der britischen Soldaten an (vgl. ebd.) Später schrieb sie über diese prägende Zeit:

„The constant atmosphere of fear and helplessness which she confronted daily during the war reminded her of the experiences of unhappy children, while the dark misery of the prisoners-of-war she saw reminded her of the depressions of abandoned and neglected infants.“ (FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 6)

Ihr gelang es nicht nach dem Krieg eine Anstellung als Ärztin zu finden und sie entschied sich für ein weiterführendes Studium am „Mothercraft Training Centre“, wo sie sich mit der Behandlung kranker und unterernährten Kinder beschäftigte. 1923 nahm LOWENFELD ihre wissenschaftliche Arbeit am Royal Hospital for Sick Children in Glasgow auf und forschte zu der Beziehung zwischen Rheumatischem Fieber bei Kindern und deren häuslichen Bedingungen. Insbesondere setzte sie sich mit dem präverbalen Denk- und Interaktionsmuster Kleinkindern auseinander. Damit betrat sie als Pionierin das Forschungsfeld der frühen Mutter-Kind-Interaktion (vgl. ebd.).

Die Arbeit mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen faszinierte sie immer mehr, so dass sie 1928 das traditionelle pädiatrische Fachgebiet verließ und in einem Arbeiterviertel eine der ersten kinderpsychologischen Kliniken, the Clinic for Nervous and Difficult Children, gründete. Das Anliegen ihrer Arbeit formulierte sie auf einem Prospekt für ihre Klinik wie folgt:

„All children are difficult sometimes, but some children are difficult all the time. Some children seem always to be catching something and never to be quite well. Some children are nervous and find life and school too difficult for them. Some children have distressing habits. This Clinic, which is in charge of a Physician, exists to help mothers in these kinds of trouble with their children, and also to help the children themselves.“ (LOWENFELD 1979, xii, zit. n. FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 8)

In diesem Text wird deutlich, dass ihr Fokus nicht darauf lag, die Kinder einem „Erziehungsprogramm“ zu unterwerfen, sondern, dass sie sich für deren psychologisches Wesen interessierte und Möglichkeiten zur Selbsthilfe schaffen wollte. Darüberhinaus war es ihr wichtig den Bezugspersonen, zu jener Zeit den Müttern, im Umgang mit ihren Kindern zu helfen.

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

Diese zwei Aspekte machen deutlich, dass LOWENFELD die Auffassung vertrat, Kinder können ihre Probleme aus sich selbst heraus lösen. Aus heutiger Sicht war diese Denkweise in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern revolutionär. Zwar beschrieb auch FREUD in seinem berühmten Fall „*kleiner Hans*“ die Behandlung eines an Pferdephobie leidenden Kindes, doch bestand sein Vorgehen darin, mit dem Vater über den Sohn zu sprechen (vgl. FREUD 1994). Dass sich Therapeuten intensiv mit dem Kind selbst beschäftigten, begann erst in jener Zeit, in der LOWENFELD ihre Klinik gründete. Damit zählt sie neben Melanie KLEIN und Anna FREUD zu den Pionieren der Kinderpsychotherapie (vgl. RASCHE 2002, S. 46).

Vermutlich angeregt durch WELL's Buch „*Floor Games*“ (1911) und KLEINs Einsatz von Spielmaterial in der Kindertherapie um 1923, setzte auch LOWENFELD für ihre Therapien Spielzeug ein, das sie zunächst in einer Box aufbewahrte.

“A miscellaneous mass of material, coloured sticks and shapes, beads, small toys of all sorts, paper shapes and match boxes, and kept them in what came to be known by my clients as the ‘Wonder Box’” (LOWENFELD 1979, S. 3; zit. n. FRIEDMANN/ MITCHELL 1994, S. 8)

1929 entwickelte sie mit diesem Material die *World Technique*. LOWENFELD selbst sagte, dass nicht sie die Technik entwickelt hätte, sondern dass diese aus den Spielbedürfnissen der Kinder hervorgegangen sei. Ihr Spielmaterial wurde stetig mehr, so dass sie es bald nicht mehr in einer Box, sondern in einem Rollschrank aufbewahrte. Dieser beinhaltete eine Vielzahl von Gegenständen und Miniaturen aus der realen Welt, laufenden Filmen, Theaterstücken und Märchen. Die Kinder benannten diese Sammlung „die Welt“. Zunächst spielten sie damit auf einem Tisch. Dann erweiterte LOWENFELD das Spielangebot um einen rechteckigen Metallkasten mit den Maßen 75 x 52 x 7 cm. Innen war dieser blau angestrichen, um Wasser darzustellen. Diesen Kasten füllte sie zur Hälfte mit Sand auf und stellte ihn auf den Tisch. In die Nähe des Kastens legte sie verschiedene Materialien bereit, die sich nicht im Rollschrank befanden (Brücken, Tunnel, Plastilin, Schippe) sowie einen Krug mit Wasser. Daraufhin kombinierten die Kinder diese Dinge mit dem Sandkasten (vgl. RASCHE 2002, S. 48).

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

„Bald darauf wurde die Bezeichnung "Welt" von dem Schrank auf die Schöpfungen der Kinder übertragen, die in dem Welt-Kasten entstanden". (LOWENFELD 1976, S. 442; zit. n. RASCHE 2002, S. 48)

Diese Methode war nicht nur ein beliebtes Spielmaterial für Kinder, sondern erwies sich auch als ein ausgezeichnetes Forschungsmaterial. Mit dessen Hilfe war es ihr möglich, die Bauten der Kinder zu dokumentieren, um diese später mit ihren Kollegen zu besprechen. Im Zentrum ihrer Forschung stand ihr Anliegen den Kindern eine nonverbale Ausdrucksmöglichkeit zu schaffen. Die *World Technique* und „the Mosaik Test“ waren Ergebnisse dieser Forschung (vgl. LOWENFELD 1948a; zit. n. FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 9). Durch die Mischung von Forschung und Praxis entwickelte sich LOWENFELD's Klinik zu einem international angesehenen Institute of Child Psychology (ICP), an dem Kindertherapeuten aus aller Welt eine ein- bis dreijährige zertifizierte Ausbildungen absolvierten (FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 9f.). LOWENFELD lehrte und lebte einen multidisziplinären Therapieansatz. So beschäftigte sie in ihrem Zentrum neben Psychotherapeuten auch Sozialarbeiter, Kinderärzte, Ernährungsberater und Neurologen. Im Zentrum ihres Therapieverständnis stand nicht nur die Linderung des Symptoms, sondern auch den Familien unter Berücksichtigung ihres Lebensumfeld zu helfen. Dazu erhob sie klinische Befunde am Patienten und führte mit den Eltern eine sorgfältige Familienanamnese durch. Die Kinder hatten zwei bis drei Therapietermine pro Woche, die überwiegend im Spielzimmer stattfanden, was mit verschiedensten Materialien versehen war. Um die bestmögliche Objektivität in der Behandlung zu sichern, wechselten die Therapeuten nach einem Zufallssystem. LOWENFELD vertrat die Meinung, dass das Kind in der Beziehung zum Spielmaterial intensivere emotionale Erfahrung macht als in der Beziehung zum Therapeuten. Dieser Ansatz der neutralen therapeutischen Beziehung brachte ihr innerhalb der wachsenden psychoanalytischen Bewegung große Kritik ein. Im Zentrum der Kritiker stand Melanie KLEIN, in deren Arbeitsweise LOWENFELD viel Inspiration fand. Obwohl LOWENFELD viele Vorträge vor führenden Kinderpsychoanalytikern hielt, verstand sie sich selbst nie als Analytikerin, sondern plädierte für ihr Konzept vom Primary and Secondary System (vgl. ebd.). In der Erforschung des kindlichen Spiels sah sie den Schlüssel zum psychologischen Verständnis des Kindes. Ihre Schlussfolgerungen bildeten die therapeutische Grundlage für die von ihr durchgeführten Psychotherapien mit der *World Technique*, auf die sich alle späteren Anwendungsformen des therapeutischen Sandspiels zurückführen lassen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig einen Einblick in ihre Forschungser-

gebnisse und Theorien über die Psychologie des Spiels zu geben (siehe 2.1.3). Die Entwicklung der Kinderpsychotherapie in London wurde im Laufe der 1920er Jahre zunehmend von den Psychoanalytischen Schulen geprägt. Die Ausbildungsgänge, die am ICP studiert werden konnten, gerieten stark in Kritik. Auch die politische und wirtschaftliche Entwicklung in England und Europa bereitete LOWENFELD zunehmend Schwierigkeiten. Die staatlichen Zuwendungen für ihr Zentrum wurden immer geringer und der Ruf des ICP verlor zunehmend an Bedeutung. LOWENFELD starb am 3. Februar 1973 und fünf Jahre nach ihrem Tod wurde das ICP 1978 geschlossen. Die laufenden Ausbildungsgänge wurden überwiegend von JUNGianern übernommen, was die weitere Entwicklung des therapeutischen Sandspiels prägte (vgl. RASCHE 2002, S. 57).

2.1.2 LOWENFELD's Forschung zum kindlichen Spiel

In Abgrenzung zum damaligen fachlichen Diskurs begriff sich LOWENFELD nicht als Analytikerin. Obwohl sie im Laufe ihres Lebens zwei Analysen durchlief, übernahm sie nie deren theoretische Konzeption. In ihren Texten beschrieb sie zwar, dass sie die Forschung von Melanie KLEIN sehr schätzte und sich durch sie inspirieren ließ. Doch insbesondere die von KLEIN aus der Erwachsenenanalyse FREUD's übernommene und auf die Kinderanalyse übertragene, sexuelle Deutung des Spiels sowie die von WINNICOTT und KLEIN postulierte essentielle Bedeutung der Übertragung und Gegenübertragung auf den Therapeuten lehnte LOWENFELD entschieden ab. Sie argumentierte mit ihren Forschungsergebnissen, dass das kindliche Spiel den Sinn verfolge, mittels einer Art mentalisierender Strukturierung, Ordnung in die präverbale emotionale Erlebnisstruktur des Kindes, die sie *Primary System* nannte, zu bringen (vgl. LOWENFELD 1953, S. 214). Ihrer Auffassung nach benötigte das Kind dafür im Wesentlichen Spielmaterialien, mit denen es seine Innere Welt ausdrücken kann und weniger einen Therapeuten. Die Übertragung finde auf das Material statt. Die Aufgabe des Therapeuten bestehe darin, gemeinsam mit dem Kind, den Sinn seiner Inszenierung unter dem Aspekt seiner realen Lebenswelt zu verstehen (vgl. RASCHE 2002, S. 52f). Auf der Internetseite der Lowenfeld-Stiftung, an der ihre Thesen aufgegriffen und weiter gelehrt werden, heißt es dazu:

„It is the therapist's job to know as much as possible about that child's real world and to help the child make those links when he is ready.“¹

¹ <http://lowenfeld.org/play-therapy-courses.html> (Stand 12.10.2015)

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

Das Wesen des kindlichen Spiels sah LOWENFELD darin, dass das Kind beim Spielen dem Material individuelle „magische“ Bedeutungen gibt, die seinen Wünschen und Bedürfnissen entstammen. Diese können sehr vielseitig sein und gleichzeitig aktiviert werden. Anschließend treten diese Materialien, als Träger imaginärer Wahrnehmungskonzepte, in Beziehung zueinander. Im Spiel selbst kommt es dann zu einer Erweiterung der Ebenen. Neue Konzepte entstehen, die wiederum durch das Material zum Ausdruck gebracht werden. Dieser Prozess geht immer weiter, bis das zugrundeliegende Thema auf verschiedene Ebenen des Denkens vergeistigt, also verarbeitet ist. In diesem Prozess sieht sie die therapeutische Arbeitsleistung des Kindes. Die Einmischung des Erwachsenen beispielsweise durch eine Deutung, wie sie KLEIN in ihren Therapien verwendete, störte ihrer Auffassung nach den Fluss der Phantasie und somit auch den Verarbeitungsprozess (vgl. RASCHE 2002, S. 50). LOWENFELD ging davon aus, dass die zur Verarbeitung drängenden Emotionen ständig zwischen den *primären* und *sekundären* Denkstrukturen oszillieren bis diese aufgearbeitet sind. Im Folgenden soll der Kern dieser Theorien näher vorgestellt werden.

2.1.3 Konzept vom *Primary and Secondary System*

LOWENFELD schlussfolgerte aus ihrer Forschung, dass die Denkstrukturen der Kinder in zwei wesentlichen Phasen abläuft. Von ca. 0 bis 8 Jahren dominiere das *primary System*. Diese Art der Organisation der Denkstrukturen folge keinem logischen Muster. Es gebe keine Zeit- und Raumstrukturen, so dass diese Denkmuster noch nicht in Worten ausgedrückt werden können. Diese innere Struktur sei geprägt durch die individuelle Persönlichkeit des Kindes und verlaufe für das Kind in festen Bahnen. LOWENFELD's Auffassung nach sei es schwer, diese Struktur von außen zu verstehen, da:

„[...] ihre Verknüpfungen durch Faktoren geschehen, die, obwohl sie generellen Linien folgen, dem Kinde persönlich eigentümlich sind, und deren Entwirrung ein sehr sorgfältiges und ins Einzelne gehendes Studium verlangt.“ (LOWENFELD 1953, S. 214)

Weiter geht sie davon aus, dass auch Triebe, Emotionen, psychosomatische Zustände, Ängste und Phantasien in diesem Geflecht verwoben sind und sich in Form von gestalthaften Projektionen in der Außenwelt oder in dem Körper zeigen. Diese krankmachenden Geflechte können aus ihrer Sicht nur rückgängig gemacht werden, indem man die störenden Elemente aus-

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

sondert und in einen nicht krankmachenden Zusammenhang bringt. Der Vorgang der Aussonderung, den das Kind mit Hilfe seines gebauten Materials und gemeinsam mit dem Therapeuten vornimmt, setzt Energie frei, die das Kind in seine kindgerechten Entwicklung fließen lässt (vgl. ebd.).

Das Geflecht, in dem sich diese Empfindungen befinden benennt LOWENFLD als „cluster“. Wie ein solches „cluster“ organisiert sein könnte, dazu übersetzt RASCHE LOWENFELD wie folgt:

„Der Eindruck, wie sich eine Kanne anfühlt, und die Tatsache, dass sie Flüssigkeiten enthalten kann, der Geschmack und Geruch des Klebstoffs auf einem hölzernen Spielzeug verbunden mit dessen äußerer Gestalt.“ (LOWENFLD 1988, S. 83; zit. n. RASCHE 2002, S. 51)

Die Art und Weise wie ein Kind Szenen im Sand aufbaut und in Beziehung zueinander setzt, spiegelt nach RASCHE diese „cluster“ wieder und trägt so zu ihrer Bearbeitung bei (ebd.).

Das *primary System* wird im Laufe der Entwicklung vom *secondary System* überlagert, dessen Organisation durch Logik und eine zeitlich, räumliche Orientierung mittels Sprache nach vermittelbar ist. Im Laufe des Lebens übernimmt dieses Denksystem fast vollständig die Organisation des erwachsenen Denkens (vgl. ebd.).

RASCHE findet in den späteren Texten von WINNICOTT (1971) Aussagen über „das Spiel“ an sich, in der dieser sich auf LOWENFELD bezieht:

„Wenn ein Kind nicht genügend frei spielen könne, könne sich das primary system nur ungenügend entwickeln und enthalte ungebundene Energien, die später durchbrechen und das secondary system außer Kraft setzen könnten: in Form von Symptomatik, oder gesellschaftlich gesehen auch in Form sozialer, politischer oder kriegereischer Katastrophen.“ (RASCHE 2002, S. 61)

RASCHE erklärt, dass im wesentlichen kreative Menschen (Dichter, Musiker, Maler) auch im Erwachsenenalter Zugang zu der primären Struktur haben. Im Kontrast zur damaligen Psychoanalyse verstand LOWENFELD ihr therapeutisches Handeln darin, einen Zugang zu dem *primary System* zu schaffen und weniger darin Unbewusstes bewusst zu machen oder eine Triebabfuhr zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick gegeben werden, wie LOWENFELD dieses therapeutische Ziel mit der *World Technique* zu erreichen versuchte.

2.1.4 Die World Technique

Zur Erläuterung der *World Technique* ist es wichtig, dass zunächst ein Überblick erstellt wird, welche Materialien LOWENFELD für geeignet hielt (vgl. 2.1.4.1). Darauf aufbauend soll ein Einblick vermittelt werden, welche Grundsätze sie zur Art und Weise der Durchführung aufgestellt hat (vgl. 2.1.4.2).

2.1.4.1 Materialien der World Technique

„The Lowenfeld World Technique uses trays filled with sand and collections of miniature toys, representing all aspects of their daily lives, to enable children to portray their inner worlds.“²

LOWENFELD erachtete für die Durchführung der *World Technique* bestimmte materielle Beschaffenheiten für notwendig. Der Sandkasten sollte in Hüfthöhe der Kinder angebracht und, falls notwendig, auch in verschiedenen Ausführungen vorhanden sein. Die Innenseite des Kasten sollte blau angestrichen sein, um Wasser zu symbolisieren. Die Maße des Kasten sollen 75 x 52 x 7 cm betragen, damit die Kinder ohne sich drehen zu müssen, während des Bauens den gesamten Kasten im Blick haben und auch in die Tiefe bauen konnten. Der feinkörnige Sand sollte den Kasten zur Hälfte ausfüllen und glattgestrichen sein, wenn er dem Kind präsentiert wird. Wichtig ist ebenfalls, dass der Kasten wasserdicht ist, damit die Kinder den Sand mit Wasser vermischen können, welches sich immer in Reichweite befinden sollte. Neben dem Sandkasten, dem Sand und dem Wasser sind die Miniaturen ein wichtiger Bestandteil. Die Miniaturen sollten viele Aspekte des emotionalen Lebens widerspiegeln und in einem beschrifteten Schubkasten aufbewahrt sein, damit das Kind nicht von Gefühlen überwältigt wird, wenn es die Miniaturen erblickt. Indem das Kind die Schubladen nacheinander aufzieht, könne es den Inhalt langsam entdecken (FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 11).

2.1.4.2 Durchführung der World Technique

Bei RASCHE findet sich eine Übersetzung über die wörtliche Anleitung, welche LOWENFELD ihren Patienten vor dem Spiel gab.

² <http://lowenfeld.org/about-lowenfeld.html> (Stand 12.10.2015)

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

„[...] erklärte Lowenfeld ihren Patienten 'in einfachen, dem Alter und geistigem Niveau entsprechenden Worten' [...], dass die meisten Kinder Ideen im Kopf haben, die nicht in Worte zu fassen sind, dass viele Ideen leichter in Bildern und Handlungen gesagt werden können als in Worten, und dass dies eine natürliche Art des 'Denkens' ist. Dann wird dem Kind die Apparatur gezeigt, und es wird aufgefordert, damit zu machen, was ihm einfällt. Während das Kind die 'Welt' aufbaut, sitzt der Therapeut daneben, beobachtet das Kind aufmerksam, zeigt Interesse an dem, was vor sich geht, und ist in jeder erdenklichen Weise behilflich, die sich bei dem betreffenden Kind ergibt". (LOWENFELD 1976, S. 243, vgl. Abb. 7 in RASCHE 2002, S. 11)

Das darauf folgende Vorgehen der Kinder besteht darin, die verschiedene Symbole und Figuren in den Sand zu stellen. Der Therapeut, der das Kind in der Stunde begleitet, sollte keine Beziehung aufbauen, sondern eine größtmögliche Objektivität zum Kind und dem Material behalten. Hierfür wechseln die Therapeuten in einem Zufallssystem von Stunde zu Stunde die Patienten und sind in einheitliche Overalls gekleidet. Während des Bauens sitzen sie neben dem Kind und beobachten mit einer offenen und dem Kind zugewandten Haltung dessen Handlungen und Inszenierung und halten diese in Notizen fest. LOWENFELD versuchte so eine Patienten und Therapeuten Ebene herzustellen, die neutral und offen ist und auf welcher sich die beiden Akteure als gleichberechtigte Partner begegnen. Fortlaufendes Kommentieren während des Bauprozesses sowie Fragen durch den Therapeuten nach dem Bauen, sollen dem Kind ermöglichen, ein besseres Verständnis für sein Handeln und sein psychisches Erleben zu erlangen. Eine Interpretation des Bildes seitens des Therapeuten war zu vermeiden (vgl. BRÄCHTER 2010, S. 35). Diese therapeutischen Haltung wurde in Fachkreisen, die überwiegend aus FREUDianern bestand, immerfort massiv kritisiert. Die Übertragungsbeziehung zwischen Patient und Therapeut galt damals als das Kernstück der psychoanalytischen Therapie, die eine immer größere Anhängerschaft verzeichnete. Die Art und Weise, wie sich der Therapeut in den Prozess einbringt, ist bis heute ein zentraler Diskussionsgegenstand der verschiedenen Zugänge zum therapeutischen Sandspiel. Dabei sind die von Dora KALLF festgelegten Kriterien richtungsweisend für viele Sandspieltherapeuten. Aus diesem Grund wird es notwendig im Folgenden zu beleuchten, welche Entwicklung das therapeutische Sandspiel unter dem Einfluss von Dora KALLF genommen hat.

2.2 Die Entwicklung der „Sandspieltherapie

Dora KALLF gilt als Begründerin der jungianischen Sandspieltherapie, welche bis heute die international am weitesten verbreitetste Variante des therapeutischen Sandspiels ist. Ihrem Lebenswerk entwuchs ein mehrjähriges zertifiziertes Curriculum für jungianische Sandspieltherapie sowie ein breites Netzwerk an Sandspieltherapeuten, die in verschiedenen nationalen und der Internationalen Gesellschaft für Sandspieltherapie vereint sind. Bis heute werden Praxiserfahrungen und Forschungsergebnisse in eigenen Fachzeitschriften diskutiert und prägen das Bild der Sandspieltherapie. Im Folgenden soll ein Überblick über KALLF's Leben (2.2.1), ihre Rolle in der Geschichte des Sandspiels (2.2.2) sowie über ihren therapeutischen Ansatz gegeben werden (2.2.3).

2.2.1 Zur Person Dora M. Kalf (1904 – 1990)

KALLF wurde am 21. Dezember 1904 als viertes Kind von August Gattiker und Lilly Gattiker-Sautter in dem Schweizer Ort Richterswil geboren. Ihr Vater war ein angesehener Textilunternehmer und Politiker. Ihre Mutter wohnte seit mehreren Generationen in Richterswil und galt als warmherzige, verständnisvolle Frau, die sehr an den Künsten interessiert war und dies in ihren Kinder auch förderte. Ähnlich wie LOWENFELD litt auch Dora KALLF in ihrer Kindheit und Jugend an einer fragilen Gesundheit, so dass sie viel Zeit mit sich zu Hause verbrachte. Dieser Einfluss könnte dazu geführt haben, dass ihre innere Welt stark ausgeprägt war. Ihre Schulzeit verbrachte sie auf einem Mädchengymnasium in der Nähe von St. Moritz, wo sie sich sehr für Esoterik, Sprachen des Altertums und das Orient interessierte. Nachdem sie das Philosophiestudium in London abgebrochen hatte, ging sie zum Musikstudium nach Paris. Anschließend zog es sie nach Italien, wo sie die Buchbinderkunst erlernte und sich verliebte. Ihr Vater war gegen diese Verbindung und er rief sie zurück in die Schweiz. Auf einer der vielen öffentlichen Veranstaltungen der Familie Leopold lernte sie Ernst August KALLF kennen, den Sohn einer holländischen Bankerfamilie. 1934 heiratete sie ihn und zog mit ihm nach Holland. Sie führten ein komfortables Leben, teilten das Interesse am Orient, wo sie auch einige Jahre verbrachten. 1939 kehrte sie kurz nach der Geburt ihres Sohnes zunächst ohne ihren Mann in die Schweiz zurück. Zu dieser Zeit war die Schweiz bereits von deutschen Truppen besetzt. Die folgenden Kriegsjahre prägten sie sehr. Aufgrund ihrer Heirat war ihr die Schweizer Staatsbürgerschaft aberkannt worden, wodurch sie auch jegliches Recht auf

staatliche Unterstützung, beispielsweise Essenmarken verloren hatte. FRIEDMANN & MITCHELL zitieren dazu MONTECCHI und NAVONE:

„About this period she remarked, 'Everything depended on me. Everything was on my shoulders. I was responsible for everything'.“ (MONTECCHI und NAVONE 1989, S. 395; zit. n. FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 48)

1944 zog sie mit ihrem Sohn Peter in das kleine Alpendorf Parpan. Eines Tages rief eine Mutter eines Freundes von Peter bei ihr an und bat sie ihr zu erklären, wie sie es schaffte, dass die Kinder nach einem Besuch bei ihr immer so entspannt seien. Aus diesem Treffen erwuchs eine tiefe Freundschaft zu Gret Jung-Baumann, die eine Tochter Carl Gustav JUNG's war. So lernte KALLF bald auch JUNG kennen, der ihr psychologisches Talent mit Kinder erkannte und ihr zu einer therapeutische Tätigkeit riet. Nach der Geburt ihres zweiten Sohnes und der Trennung von ihrem Mann fasste sie 1949 den Entschluss sich am C.G. JUNG Institut in Zürich in analytischer Psychologie ausbilden zu lassen. In den folgende Jahren wurde sie zu einer engen Vertrauten der Familie Jung, woraus sich viele konspirative Gespräche mit Carl Gustav JUNG ergaben. 1954 lernte KALLF LOWENFELD auf einer Tagung in Zürich kennen und war von ihrer *World Technique* sehr begeistert. JUNG selbst erinnerte sich, auf einem früheren Kongress LOWENFELD und die *World Technique* kennengelernt zu haben und sah in ihr eine Möglichkeit mit Kindern auf der Symbolebene therapeutisch zu arbeiten. Er ermutigte KALLF nach London zu gehen, um dort am ICP zu studieren. Unter Supervision von Michael FORDHAM, der als erster JUNGianischer Kindertherapeut in England galt, studierte sie nicht nur bei LOWENFELD sondern auch bei WINNICOTT und KLEIN.

2.2.2 Das Konzept der Archetypen in der Sandspieltherapie

Nach ihrem Studium in London kehrte KALLF in die Schweiz zurück und begann den JUNGianischen Ansatz mit der *World Technique* zu verbinden. Dies war der Grundstein der *Sandspieltherapie*. Während dieses Prozesses tauschte sie sich mit JUNG aus, worüber sich eine tiefe Freundschaft entwickelte. Die damalige (und heutige) analytische Psychologie hatte eine große Nähe zu der Arbeit mit Inneren Bildern. Neben den Imaginationen sah JUNG in den malerischen Gestaltungen der Analysanden eine Ausdrucksformen der lebendigen Seele (vgl. RASCHE 2002, S. 71).

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

„Von Bildern, die während der Analyse entstehen, sagte Jung: "Bei solchen Bildern soll es sich gar nicht um Kunst handeln, sondern um mehr und anderes als bloß Kunst: nämlich um die lebendige Wirkung auf den Hersteller selber. [...]Denn das Anschauen und Verfertigen der inneren Bilder bedeutet das Lebendigmachen der Seele." (JACOBI 1969, S. 30; zit. n. RASCHE 2002, S. 72)

JUNG war einer der ersten Analytiker, die das Spielen als heilsamen Prozess ansahen. Nach dem Bruch mit FREUD um 1911/1912 verfiel er in eine tiefe existentielle Krise. In dieser Zeit erinnerte er sich an seine Kindheit und wie gerne er spielte. Er erkannte die lebendige Wirkung des Spiels auf die Seele. Nachdem er sich darüber zunächst gedemütigt fühlte, dass nur das Spiel ihn wieder lebendig machte, nutzte er jede freie Minute, um sich dem Bauen mit Steinen am Strand zu widmen (vgl. JUNG 2013, S. 194ff.).

In Abgrenzung zu LOWENFELD legte KALLF starken Wert auf die Bedeutung, der vom Kind verwendeten Symbole, die sie im Sinne der analytischen Psychologie verstand. Dabei berief sie sich auf JUNG's Annahme über die starke Wirkung archetypischer Symbole auf den Heilungsprozess. Beide sahen eine wesentliche therapeutische Wirkung in der Einfühlung und dem Wissen des Therapeuten über die archetypische Bedeutung des vom Patienten verwendeten Symbols. In der Analyse hunderter Sandbilder fiel ihr auf, dass bestimmte Archetypen in Symbolform immer wieder auftauchten. Besondere Bedeutung hatten für sie Symbole der Ganzheit. Wie auch in der Verbalanalyse JUNG's entdeckte KALLF im Laufe eines Sandspielprozess das Auftauchen von Kreis, Quadrat oder geschlossene Symbolanordnungen, die, im Sinne der analytischen Psychologie, auf das Wirken des Archetypus „des SELBST“ hinweisen (vgl. KRIZ 2014, S. 73f.; KAST 2012). Weiterhin beobachtete sie, dass es zu diesem Zeitpunkt in der Therapie zur Aufhebung von Dissoziationen kam und sich eine psychische Ganzheit einstellte und der Patient alsbald gesundete (vgl. KALLF 1996, S. 10).

*„[...] das die Symbole, welche auf die Ganzheit zielen, vom Arzt richtig verstanden werden. Sie bilden nämlich das Hilfsmittel, mit dem sich neurotische Dissoziationen aufheben lassen, indem sie dem Bewusstsein wieder jenen Geist und jene Haltung zuführen, welche seit jeher von der Menschheit als lösend und heilend empfunden werden. Es sind 'representations collectives', welche von Urzeit an die so nötige Verbindung von Bewusstsein und Unbewusstsein ermöglichen.“
(ebd.)*

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

Nachdem KALLF ihren Ansatz in einem theoretischen Gerüst verfestigt hatte, tauschte sie sich Ende der 1950er Jahre mit LOWENFELD darüber aus. LOWENFELD gab KALLF ihre Zustimmung, die Bezeichnung *Sandspieltherapie* zu verwenden, so dass der Unterschied zwischen beiden Ansätzen ersichtlich war. Im Laufe der Jahre verknüpfte KALLF die *Sandspieltherapie* mit ihrem Interesse für asiatische Philosophie. Diese Entwicklung wurde dadurch intensiviert, als sie 1959 einen flüchtenden, tibetischen Mönch für acht Jahre in ihr Haus aufnahm. Die Gespräche zwischen beiden hatten einen starken Einfluss auf ihre religiöse Sichtweise und führten zu einer stärkeren Vernetzung KALLF's mit anderen tibetischen Geistigen bis hin zum DALAI LAMA. Um die 1970er Jahre galt ihr Haus als tibetisches Lehrzentrum. Eine weitere Verbindung zur asiatischen Philosophie ergab sich für sie, als sie den berühmten Zen-Buddhisten Daisetz Teitaro SUZUKI kennen lernte. In ihrer therapeutischen Arbeit erkannte er Parallelen zur Praxis im Zen-Buddhismus, in der der Suchende keine Antwort auf seine Fragen erhält, sondern durch einen meditativen Prozess des Denkens auf sich selbst zurückgeworfen wird und letztlich die Antwort in einer tieferen Schicht seines Selbst findet. Die Gespräche mit SUZUKI erweiterten KALLF's spirituellem Horizont und der intensive Austausch mit den japanischen JUNGianern verlieh ihr ein hohes Ansehen und führte dazu, dass die *Sandspieltherapie* sich zu einer der wichtigsten Psychotherapiemethoden in Japan entwickelte. KALLF's Reisen durch die Welt und ihre Sprachfertigkeiten in Englisch, Deutsch, Italienisch und Holländisch sorgten dafür, dass sie ein internationales Publikum erreichte und insbesondere unter den JUNGianern viel Begeisterte fand, die die *Sandspieltherapie* in ihre Arbeit mit Kindern und Erwachsenen einbauten. Aus dieser internationalen Vernetzung ging 1985 *The International Society of Sandplay Therapie (ISST)* hervor sowie verschiedene nationale Ableger.³ Die folgende Grafik zeigt wie sich die ISST von der Schweiz ausgehend weltweit verbreitet hat.⁴

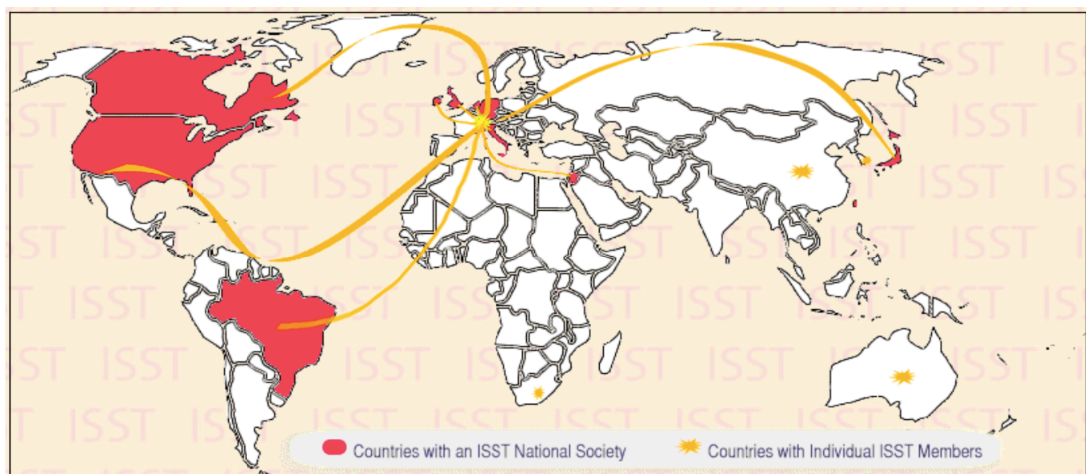


Abbildung 1: Verbreitung der ISST

Am 15. Januar 1990 starb Dora KALLF an den Folgen eines Schlaganfalls in ihrem Haus in Zollikon. Ihr Vermächtnis wird bis heute bewahrt und fortgeführt (vgl. FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 45ff.).

2.2.3 Das Material

Im Kontrast zu LOWENFELD verwendete KALLF zwei getrennte Sandkästen, von denen einer mit trockenem Sand und der andere mit nassem Sand gefüllt ist. Die Größe der Kästen entsprach den Vorgaben von LOWENFELD. Beide Böden waren blau gestrichen, um die Vorstellung von Wasser anzuregen. Die Miniaturfiguren brachte KALLF in einem offenem Regal unter, damit das Kind einen schnellen Zugang zu ihnen finden konnte. Die Auswahl der Figuren umfasste hunderte von Figuren aus der realen und der Phantasiewelt (vgl. dies., S. 53).

2.2.4 Der psychotherapeutische Prozess in der Sandspieltherapie

KALLF sah im Spielen einen großen Gewinn für den therapeutischen Prozess. Insbesondere dann, wenn der Analysand keine Worte fand und es dadurch zu einer Blockade kam.

„[...] or when verbal therapy is not advancing. At this time, it could be helpful to talk about the importance and value of play in accessing the imagination and providing a sense of balance and wholeness while reassuring the client that play is not just a regression to childhood.,, (dies., S. 54)

Während des Bauprozesses sitzt der Therapeut als stiller Zeuge hinter dem Klienten und beobachtet dessen Inszenierung. Dabei ist es wichtig, dass er in Reichweite des Patienten sitzt, damit er verfügbar ist, sollte jener ihn brauchen. Er macht sich Notizen über die verwendeten Figuren, die Kommentare, Handlungen, die der Analysand macht und versucht insbesondere die Stimmung aufzunehmen, die sich während des Prozesses im Raum ausbreitet. In dieser Zeit hält der Therapeut Interpretationen, Erklärungen oder Nachfragen zurück. FRIEDMANN und MITCHELL beschreiben die von KALLF vertretene Haltung des Therapeuten wie folgt:

„It is crucial that a free and protected space be created in order to enable the client's imagination to emerge. The therapist creates this "free and protected space" by functioning as both a physical and psychological container: the client feels free to explore and yet is also protected from going beyond his/her limits.

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

Thus the therapist must have the ability to hold two qualities: to be (1) nonjudgmental and (2) a limit-setter.“ (ibd., S. 54)

Hier werden vier zentrale Variablen der Beziehungsgestaltung in der Sandspieltherapie deutlich. Der „freie und geschützte Raum“, die „Containment Funktion“, der „Wertfreie Umgang“ und einen „Sicheren Rahmen herstellen“. Sind diese Voraussetzung erfüllt, kann sich das Kind/der Erwachsene vollends entfalten und seine tiefliegenden Selbstheilungskräfte aktivieren. Sie vertritt die Auffassung, dass auf diesem Weg eine psychische Situation des In-sich-Ruhens hergestellt wird, wie sie für die erste Mutter-Kind-Phase typisch ist. Eine Ruhe, die „alle Kräfte zur Persönlichkeitsentwicklung, sowohl intellektuelle als auch geistige, im Keim enthält“ (KALLF 1979, S. 15). So sah sie in jedem Sandbild den Ausdruck eines punktuellen seelischen Selbstheilungsversuchs, in der die Psyche versucht, sich zu zentrieren und eine Ganzheit anstrebt, in der Dissoziationen und Neurosen aufgelöst werden. Dafür bedarf es diesen freien und geschützten Raum, weniger Interpretationen oder Erklärungen an das Kind.

„Die Einsicht des Therapeuten braucht dabei dem Kind nicht in Worten mitgeteilt zu werden. Es geht hier um das bereits erwähnte Erleben des Symbols im geschützten Raum.“ (KALLF 1996, S. 15)

Nach Estell WEINRIB verläuft ein idealtypischer Sandspieltherapieprozess in vier Phasen. In der ersten Phase werden Szenen aufgebaut, die realistisch wirken, im Kern das Grundproblem benennen und meist eine Lösung beinhalten. In der zweiten Phase dringt der Analysand in sein persönliches Unbewusstes vor, sein Schatten wird sichtbar und es entfalten sich rohe, unbändige Energien, was an chaotischen Bildern zum Ausdruck kommt. Gleichzeitig nimmt die Symptomatik ab und werden Lösungsaspekte treten immer deutlicher hervor.

„Der Abstieg geht idealerweise bis hinab zur 'Berührung des Selbst'. Der Patient geht so den Weg zurück bis in die uroborische matriachale Phase seiner Kindheit, und der Therapeut begleitet ihn dabei.“ (RASCHE 2002, S. 75)

In der dritten Phase kommt es zur Manifestation des Selbst. Dies ist durch Zentrierung, Verbindung von Gegensätzen von kreisförmigen oder Gebilden mit Vierzahl oder Mandalagestaltungen oder dem Auftreten religiöser Symbole (Christuskind, Buddha) sichtbar. In dieser Phase fühlt sich der Patient mit sich selbst verbunden, erfährt eine Relativierung des Egos und eine tiefe Bescheidenheit, ähnlich dem Selbst-Erlebnis in der Analyse JUNG's. In der vierten

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

Phase tritt das neugeborene 'Ich' des Patienten auf, das durch eine bestimmte Figur symbolisiert wird, die auch in weiteren Sandbildern eine wichtige Rolle spielt. Hier zeigen die Bilder einen kreativen Charakter, wirken wieder geordneter und bewusster (vgl. ders., S. 76ff.). Dieser Prozess kann durchaus bis zu 80 oder 100 Bildern beinhalten und über mehrere Jahre laufen. KALLF sieht zwar Vorteile darin, wenn in jeder Stunde ein Bild gebaut wird, sie beschreibt aber auch Fälle, in denen Baustunden und Sprechstunden sich abwechseln (vgl. KALLF 1996).

Warum die Manifestation des Selbst für sie eine zentrale Rolle gespielt hat, beschreibt sie so:

„Im Sandspiel versucht Frau KALLF, dem Kind die 'Manifestation des Selbst' zu ermöglichen, die vielleicht anfangs nicht möglich gewesen ist, wegen fehlender Geborgenheit des Kindes oder äußerer Störungen. Es sei die Voraussetzung jeder weiteren gesunden Entwicklung und auch des "Sichtbarwerden des Selbst im Individuationsprozess in der zweiten Lebenshälfte." (KALLF 1979, S. 24)

Nach der Stunde wird das Sandbild vom Therapeuten fotografiert und archiviert, anschließend räumt er das Bild wieder auf und streicht den Sand glatt. So bleibt ihm der Eindruck über den Patienten zur Reflektion noch eine Weile behalten und er kann sich von der Dynamik der Stunde freimachen, indem er die Figuren in den Schrank räumt. Die Bilder können noch Jahre nach dem Bauprozess, sollte der Patient einen Rückfall erleiden, mit ihm nochmal angeschaut werden, um Rückschlüsse auf sein aktuelles Problem ziehen zu können. So können verschüttete Ressourcen schnell wieder aktiviert werden (vgl. FRIEDMANN/MITCHELL 1994, S. 54).

Mit KALLF's Erweiterung der *World Technique* um die analytische Psychologie C.G. JUNGs sowie der analytischen Entwicklungspsychologie Erich NEUMANNs begründete sie eine Therapieform, die auf einem, in sich schlüssigen Theoriemodell fusst und somit in die Nähe eines eigenständigen Richtlinienverfahrens rückt. Vor diesem Hintergrund ist die KALLFsche Anwendung bis heute die weit verbreitetste Form des therapeutischen Sandspiels (vgl. RASCHKE 2002).

2.3 Zusammenfassung

Die historische Betrachtung des therapeutischen Sandspiels hat gezeigt, dass die Methode vor allem ein Resultat Kinderpsychotherapeutischer Praxis ist. Sie ist nicht aus einer Überlegung

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

oder Theorie heraus entstanden, sondern die Kinder haben aus dem Bedürfnis heraus, sich im Therapiezimmer in ihrer Sprache ausdrücken zu wollen, Materialien miteinander kombiniert, die LOWENFELD dann zur *World Technique* zusammenfasste. Vor diesem Hintergrund wurde nicht nur der Grundstein des therapeutischen Sandspiels gelegt, sondern auch ein eigenständiges Kapitel der Spieltherapie eröffnet. Galt das Spiel bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts als ohne tieferen Sinn, so gelang es LOWENFELD mit ihrer Technik das Spiel näher zu erforschen. Dabei zeigte sie, dass das kindliche Spiel eine Wahrnehmungsverarbeitung der Psyche ist und das Ziel verfolgt, gesund zu bleiben. Dies fasste sie in ihrem Konzept vom *Primary and Secondary System* zusammen. Darin machte sie deutlich, dass sich während des Spiels diffuse emotionale Erfahrungen zu kognitive Strukturen entwickeln und zu begreifbaren Denkmustern verarbeitet werden, was letztlich die Gesundung bewirkt. Der bebaute Sandkasten kann als Tür gesehen werden, durch die der Therapeut und der Patient als gleichberechtigte Beobachter in die Innenwelt des Patienten Einblick erhalten. Darüber hinaus dient der Sandkasten dazu unstrukturiertem psychischen Material eine Struktur zu geben, indem es eine räumliche, zeitliche und symbolische Ordnung erfährt. In Abgrenzung zum damaligen etablierten psychoanalytischen Therapieverständnis strebte LOWENFELD in ihrem Ansatz nicht das Erforschen unbewusster Konflikte an, sondern ihr Anliegen war es, die Spielfähigkeit des Kindes anzuregen, um die psychische Verarbeitung unklarer emotionaler Zustände zu bewirken. Dieses Konzept spiegelte sich deutlich in ihrer Variante der therapeutischen Beziehungsgestaltung wieder. Diese beschreibt sie als gleichberechtigten, neutralen, offenen und vor allem übertragungsfreien Raum, indem sich der Therapeut mit seiner Person und seinen Hypothesen zurückhält. Die Spielfähigkeit kann sich nur einstellen, wenn die Übertragung ausschließlich auf das Material erfolgt und unabhängig vom Therapeuten bleibt.

Die Entwicklung der *Sandspieltherapie* durch Dora KALLF kann als eine Adaption der *World Technique* in ein bereits existierendes Therapieverfahren beschrieben werden. Im Sinne KALLFs lässt sich das Konzept der analytischen Psychologie mit den Material der *World Technique* innerhalb der Kindertherapie gut umsetzen. Darüber hinaus sah sie, in einigen Erkenntnisse LOWENFELDs Parallelen zur analytischen Psychologie. So teilt sie die Auffassung, dem Kind einen sicheren und wertfreien Raum anzubieten, indem es seine inneren Bilder im Außen gestalten kann. In Abgrenzung zu LOWENFELD machte sie die Beobachtung, dass mit dem kreativen Wirken schöpferische Energien freigesetzt werden und sich verdrängte lebenswichtige, archetypische Muster der Psyche entfalten können. Auf diesem Weg

2 Zur Geschichte des therapeutischen Sandspiels

kommt es zu einem psychischen Gleichgewicht, indem sich die dissoziativen Zustände des Selbst auflösen, der Patient an Lebenskraft gewinnt und seine Symptome schließlich zurück gehen. Vor diesem Hintergrund sah sie es als unabdingbar an, dass der Therapeut im Sandbild verwendete Symbole und Anordnungen in seinen archetypischen Zusammenhängen versteht. Ihrer Auffassung nach kann dies, ähnlich wie in der Verbalanalyse, nur über den Übertragungsprozess geschehen. Erst wenn der Therapeut die unbewussten archetypischen Muster erkennt, kann er den psychotherapeutischen Prozess des Patienten richtig einschätzen und die Therapie sicher begleiten. Dies bedeutet für die Beziehungsgestaltung gegenüber dem Kind, dass der Therapeut sich zurückhält und das Geschehen stets mittels seiner Gegenübertragung beobachtet und zu gegebenen Moment in die Therapie einbringt.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die Motive für die Art und Weise wie LOWENFELD und KALLF das therapeutische Sandspiel anwenden in Zusammenhang mit jenem Theoriekonzepten steht, mit dem sie selbst identifiziert sind. Für beide Therapeuten spiegelt sich dies deutlich in der therapeutischen Beziehungsgestaltung, dem Therapieprozess und dem Umgang mit dem Unbewussten wider. Inwiefern sich diese Ergebnisse auch für neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel verifizieren lassen, soll im folgenden dritten Kapitel untersucht werden.

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

Mit zunehmenden Forschungserkenntnissen in den Bereichen der Neurowissenschaften, der Psychologie und der Psychotherapie kam es neben Psychodynamischen Therapiekonzepten zur Etablierung nicht-analytischer Psychotherapieschulen wie etwa der Humanistischen Therapie, der Systemischen Familien- und Paartherapie, der Verhaltenstherapie und seit kurzer Zeit der Traumazentrierten Psychotherapie. Jede dieser Schulen entwickelte auch eigene Ansätze für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Parallel trägt die Kindheitsforschung dazu bei, dass das Wissen über die Entwicklung, die Psychologie und die Sozialisationsprozesse von Kindern und Jugendlichen immer umfangreicher wird und die verschiedenen Therapieschulen dazu drängen, dies in ihren Konzepten zu berücksichtigen. Am Beispiel der Konzepte von Wiltrud BRÄCHTER und Silvia HÖFER soll dargestellt werden, inwiefern diese Entwicklung Einfluss auf die Anwendung des therapeutischen Sandspiel genommen hat.

3.1 Das narrative therapeutische Sandspiel nach BRÄCHTER

Das narrative therapeutische Sandspiel kann als psychotherapeutische Technik verstanden werden, in der die Konzepte der narrativen Therapie nach Michael WHITE (1992) von Wiltrud BRÄCHTER in Kombination mit dem Material der *Sandspieltherapie* (Sandkasten und Figuren) angewandt werden. Im Zentrum ihres Vorgehens steht die Idee, mit dem Kind im Spieldialog dessen Lebensgeschichten im Sand darzustellen und weiter zu erzählen. Im „Weitererzählen“ liegt der wesentliche Unterschied zur *Sandspieltherapie* nach KALLF. Während KALLF das Sandbild als eine Art Standbild der Seele bei ihrem Versuch sich zu zentrieren und somit zu heilen gesehen wird, sieht BRÄCHTER in den Sandbildern eine verfestigte Problemerkzählung des Kindes, die nach einer Lösung sucht. In Anlehnung an WHITE versucht sie diese herbeizuführen, indem sie das Kind ermutigt seine Geschichte weiter zu spielen. Auf diesen Weg versucht sie eine Umstrukturierung und Erweiterung der pathologischen Erzählung zu ermöglichen wodurch ein „lebendiger“ Lösungsversuch angeregt werden soll. Dabei betont sie aber auch, dass nicht jedes Sandbild sich für eine Weitererzählung eignet. Sie führt an, dass jeder Einzelfall nach Set und Setting zu prüfen ist, ob eine Weitererzählung den gewünschten therapeutischen Erfolg bringt. BRÄCHTER nennt ihren Ansatz „narrative systemische Sandspieltherapie“. In ihren Veröffentlichungen schlägt sie vor, dieses Vorgehen nicht

nur auf das therapeutische Sandspiel zu beschränken, sondern darüber hinaus auch im Rollen- oder Puppenspiel anzuwenden. In ihren Praxisbeispielen beschreibt sie jedoch überwiegend, wie sie ihren Ansatz im Setting der *Sandspieltherapie* umsetzt. Diesen Weg nennt sie auch „Geschichten im Sand“⁵.

Im Folgenden soll ein kurzer Abriss zur Person BRÄCHTER (3.1.1) sowie eine Vertiefung zum theoretischen Hintergrund des narrativen Ansatzes (3.1.2) gegeben werden. Im Anschluss wird ihre praktische Vorgehensweise (3.1.3) näher beleuchtet.

3.1.1 Zur Person Wiltrud BRÄCHTER

Wiltrud BRÄCHTER wurde 1956 in Köln geboren. Sie studierte Sozialwissenschaft und Pädagogik und ist approbierte systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin sowie Familien- und Paartherapeutin. Sie absolvierte mehrere Weiterbildungen in Psychoanalytischer Therapie, Systemischer Therapie und Hypnotherapie für Kinder, arbeitet als Supervisorin und verweist auf ihre langjährige Arbeit mit Frauen und Kindern, die häusliche Gewalt erlebt haben.⁶ Sie arbeitet seit 2000 als Spiel- und Familientherapeutin in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Sie hat mehrere Texte zu systemischer Kindertherapie veröffentlicht und forscht an einem eigenen Ansatz für lösungsorientierte und familienbezogene Anwendungsformen des Sandspiels (BRÄCHTER 2010, S. 245).

„Mich interessieren methodische Zugänge, die es Kindern erlauben, ihren Themen zu folgen und dabei neue Perspektiven zu gewinnen.“⁷

In ihrem Ansatz schlägt sie vor, das therapeutische Sandspiel nicht ausschließlich in der analytischen Tradition KALLFs anzuwenden, sondern um narrative und hypnosystemische Konzepte zu erweitern. Sie erklärt dazu:

„Ich beziehe mich in meiner Anwendung der Sandspieltherapie auf narrative und hypnosystemische Konzepte. Den Ausgangspunkt narrativer Therapie fasst Michael White in der Frage zusammen: 'Welchen Geschichten erlaubst du, dein Leben zu regieren?'“⁸

5 <http://www.geschichten-im-sand.de> (Stand 14.10.2015)

6 <http://www.geschichten-im-sand.de/zu%20meiner%20Person.html> (Stand 22.10.2015)

7 <http://www.geschichten-im-sand.de/zu%20meiner%20Person.html> (Stand 22.10.2015)

8 <http://www.geschichten-im-sand.de/narrative%20Sandspieltherapie.html> (Stand 22.10.2015)

Der narrative Ansatz soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

3.1.2 Der narrative systemische Ansatz

Ihren Ansatz der narrativen Spieltherapie legt BRÄCHTER folgende systemische Therapeutenhaltung zu Grunde. Der Therapeut sieht den Klienten als einen Menschen, der im Sinne des Konstruktivismus seine eigene Wirklichkeit konstruiert und der Therapeut ihm demnach als „Nicht-Wissender“ gegenüber tritt. Der Therapeut geht davon aus, dass menschliche Systeme über eine autonome Steuerung verfügen und sich von außen nicht „manipulieren“ lassen, weshalb er auf Verhaltenssteuerung verzichtet. Der Kontakt zum Kind wird als aktiver dialogischer Prozess gesehen, in welcher der Therapeut mit seiner gesamten Person auftritt und nicht als neutral oder vom System unabhängig. In Abgrenzung zur Tiefenpsychologie liegt in der systemischen Therapie die therapeutische Beziehung der Fokus nicht auf dem Gefühlsintensivierenden Durcharbeiten von Problemen, sondern auf der Anregung neuer Sichtweisen und Lösungen. Der spieltherapeutische Prozess wird nicht als Einzelsetting verstanden, sondern als Teilarbeit am Familiensystem (BRÄCHTER 2010, S. 23f.).

BRÄCHTER's Ansatz ist eng verknüpft mit einer Neuorientierung der systemischen Spieltherapie hin zum systemischen Spiel im Einzelsetting. Dabei ist ihr wichtig, sich von lösungsorientierten Spielansätzen abzugrenzen. Dazu erklärt sie:

„Während bei einem lösungsorientierten Vorgehen schon von Beginn an klar ist, wohin die Reise geht, ergeben sich bei narrativen Verfahren Ziele erst unterwegs oder können revidiert werden.“ (dies., S. 25)

Für sie scheint der Aspekt der allmählichen Problem- und Lösungsentwicklung für Kinder besonders gut geeignet, da sie die Auffassung teilt, dass sich das Problembewusstsein beim Kind häufig erst während der Therapie in Form von Spielinszenierungen entwickelt. Erst wenn das Problem eine für das Kind stimmige Ausdrucksform gefunden hat, kann es selbstständig Lösungsideen ausbilden (vgl. ebd.).

Auf der Basis der Arbeiten von Michael WHITE (1992), dem Begründer der narrativen Therapie, vertritt sie den Ansatz, dass sich das sinnhafte Erleben des Menschen im episodischen Gedächtnis aus Erzählsträngen zusammensetzt und sich daraus seine individuelle Wahrnehmung der Realität sowie Interaktions- und Kommunikationsmuster bilden. Unter ungünstigen Umständen können sich auf diesem Weg auch Problemerkzählungen verfestigen, die eine ent-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

wicklungshemmende Wirkung haben. In Bezug auf die Kindertherapie spricht sie hier von Problemzuschreibungen seitens der Eltern über ihr Kind. Dies kann sich soweit zuspitzen, dass das Kind über das primäre System Familie hinaus auch in übergreifenden Systemen, wie beispielsweise der Schule, nur noch als diese Problemerkzählung – wie der aggressive Junge – gesehen wird und zu einer einschränkenden Internalisierung beim Kind führt.

„Defizitäre Beschreibungen werden der eigenen Person zugerechnet, bis zwischen Person und Problem nicht mehr unterschieden werden kann. Es entstehen dominante Geschichten, die selbstbewertende Prozesse festschreiben, alternative Erfahrungen werden aus der Wahrnehmung ausgeschlossen.“ (BRÄCHTER 2010, S. 26)

Im Sinne des narrativen Ansatzes werden in der Therapie die Problemgeschichten der Patienten dekonstruiert, indem der Therapeut den Erzählungen aufmerksam folgt und auf Lücken oder Unterbrechungen in der Problemdarstellungen achtet. Auf diese geht er dann mit interessierten Nachfragen ein. Mit diesem Vorgehen soll erreicht werden, dass die verhärtete und generalisierte Problemgeschichte geöffnet wird. Dabei konzentriert sich der Therapeut auf jene besonderen Erzählstränge, die aufgrund der Problemschilderung in der Therapie bisher ausgeblendet wurden, aber eine erweiterte Wahrnehmung beinhalten. Ein weiterer Aspekt der narrativen Therapie sieht vor, den Patienten zu ermutigen seine Probleme nach außen hin sichtbar zu machen, ihnen eine Gestalt und einen Namen zu geben. Auf diesem Weg wird das Problem von der Person abgetrennt und kann im Sinne einer Kontextualisierung neu betrachtet und bewertet werden. Die therapeutische Beziehung ist als eine dialogische angelegt, in der sich neue Erzählstränge bilden, die wiederum zu neuen Handlungsmustern führen, aus denen sich neue Lebens- und Lösungsgeschichten entwickeln (vgl. dies., S. 25ff.).

In ihrem Ansatz des therapeutischen Sandspiels beruft sich BRÄCHTER an verschiedenen Stellen auf Erkenntnisse, die von KALLF herausgearbeitet wurden. Sie sieht darin Hintergrundkonzepte, die hilfreiche sein können, um

[...] Konflikte- und Entwicklungspotentiale abschätzen und sich einem Verständnis aus verschiedenen Perspektiven zu nähern. Ob hieraus abgeleitete Annahmen richten sind, ist im Gespräch zu mit dem Kind zu überprüfen.“ (dies., S. 57)

In Abgrenzung zu KALLF's Stand-Sandbilder verfolgt sie primär das Ziel, die Bilder in Bewegung zu bringen. Sie sieht einen wesentlichen Vorteil ihres Ansatzes darin, dass sich die

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

Problemgeschichten der Kinder, dadurch schneller auflösen lassen. Dies untermauert sie in einem Fallbeispiel mit dem Titel „*Der Stein des Lebens*“. Dort beschreibt sie den Sandspielprozess eines siebenjährigen Jungen namens Leon mit starken Trennungs- und Versagensängsten, der sein erstes Sandbild baut während er auf dem Schoß der Mutter sitzt. Die Szene beginnt, indem er mit blauer Folie ein Schiff in Seenot geraten lässt und es von einem hungrigen Hai bedroht wird. Angeregt verlässt er seinen Platz und erweitert die Szene, indem er ein Ufer und ein Dorf baut, dessen Kaimauer an das Boot heranreicht. An dieser Stelle beendet der Junge zunächst seinen Bauprozess. Im Sinne der narrativen Therapie fragt BRÄCHTER ihn, wie die Geschichte weitergehen könne. Den darauf folgenden Verlauf der Stunde beschreibt sie so:

„Der Hai bringt das Schiff zum Kentern, die Menschen treiben im Wasser. Vom Ufer aus nähert sich jedoch eine Rettungsboot mit Haifutter, das Leon aus Knete selbst herstellt. Während sich der Hai am Futter satt frisst, werden die Menschen gerettet und in den sicheren Hafen gebracht. Für die Kinder wird ein Teil des Meeres abgetrennt, indem sie ohne Gefahr schwimmen lernen können. In der nächsten Stunde ist es für Leon möglich, den Therapieraum ohne seine Mutter zu betreten.“ (dies., S. 37)

In dem folgenden Sandbild von Leon sieht BRÄCHTER eine ähnliche Spieldynamik. Der Junge erforscht eine gefährliche unbekannte Inseln und überwindet dabei seine Ängste. Am Ende findet die Figur (ein Mann) im Meerwasser „den Stein des Lebens“. Nach acht Sitzungen habe sich die Problematik des Jungen gelegt und die Therapie konnte beendet werden (vgl. ebd).

Um einen hohen therapeutischen Effekt zu erreichen, beschreibt sie, dass sie den Trancezustand des Kindes nutzt, in dem es sich, nachdem es die erste Bauphase abgeschlossen hat, befindet und zum ersten Mal mit Abstand gemeinsam mit dem Therapeuten auf das Bild schaut. In diesem Moment trifft in BRÄCHTERS Augen eine emotionale Aktivierung, erzeugt durch die Bautrance, und die Außenperspektive aufeinander. Diese besondere Situation nutzt sie, um das Kind zu einer Fortführung anzuregen und die festgefrorene Problemgeschichte aufzutauen (vgl. dies., S. 39).

3.1.3 Zum narrativen Umgang mit den „Geschichten im Sand“

BRÄCHTER beschreibt ihr konkretes Vorgehen im therapeutischen Sandspiel wie folgt. Voraussetzung für eine gelingende narrative Sandtherapie ist für BRÄCHTER, dass die Problematik des Kindes aus seinen inneren Repräsentationen hervorgeht. Verinnerlichte negative Selbstkonzepte können aufgelöst werden, wenn Geschichten formuliert werden können, die aus den Problemerkzählungen herausführen. Generalisierende Aussage wie „ich versage immer“, „ich habe immer schuld“, „ich störe immer den Unterricht“ können aufgelockert und verändert werden, wenn der Raum für Geschichten geschaffen werden kann, die das Gegenteil zeigen: „da habe ich keine Angst gehabt“, „Dinge passieren einfach, ohne das jemand was dafür kann“ etc. Diese veränderten Geschichten über sich selbst versucht BRÄCHTER in ihrem therapeutischen Sandspiel anzuregen (vgl. BRÄCHTER 2010).

Sie unterscheidet dabei das Sandspiel vom „gewöhnlichen“ Spiel in der Therapie. Ein wesentlicher Unterschied ist, dass sie das Kind auf eine besondere Weise an den Sandkasten heranzuführt. Sie erklärt ihm, dass es in dem Sandkasten etwas aufbauen und dazu Figuren und Material aus einem dazugehörigen Regal verwenden kann. Mit dieser Einführung versucht sie eine Entschleunigung herzustellen und eine erste Trance einzuleiten. Anschließend ermutigt sie das Kind, mit den Händen Kontakt zum Sand aufzunehmen. Anschließend fordert sie es auf, sich für den trockenen oder den nassen Sand zu entscheiden und erklärt, dass sie am Ende des Bauprozesses ein Foto davon machen wird. Dieses kann das Kind in Form eines Fotobuches zum Abschluss der Therapie als Erinnerung an sein Schaffen mitnehmen. Den ersten Bauprozess begleitet sie schweigend und nimmt all das wahr, was das Kind aufbaut und wie es sich dabei verhält. Darüber hinaus bietet sie auch ihre Hilfe an, sollte es für das Kind wichtig sein. Mit dieser Haltung will sie dem Kind vermitteln, dass es wahr- und angenommen wird. Dabei ermutigt sie es, während des Bauens so lange wie möglich zu schweigen. Ist das Bild fertig, nehmen sich Therapeut und Kind Zeit, das Bild zu betrachten. Dieser Moment stellt für BRÄCHTER einen Schlüsselmoment dar. Einerseits lassen sich so bewusstseinsferne Bauinhalte besser wahrnehmen. Der Patient tritt nun wieder in Beziehung zum Therapeuten, die jetzt eine triadische Qualität angenommen hat (Patient-Bild-Therapeut). Indem der Therapeut nicht wertet und das Bild einfach annimmt und wertschätzt, wird die therapeutische Allianz verstärkt und öffnet den Raum für „schwierige“ Themen. Dieser Moment schafft auch die Möglichkeit, die emotionale Reaktion des Kindes sowie die des Therapeuten auf das Sandbild wahrzunehmen und in Bezug zur Alltagswelt des Kindes sowie der bisherigen Therapie zu

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

setzen. Bevor der Therapeut mit dem Kind über das Bild spricht, achtet dieser auf eigene Veränderungsimpulse, aber auch auf Ressourcen und Möglichkeiten zum Perspektivenwechsel. Der Therapeut richtet seine Fragen an das Kind so aus, dass weitere Sandbilder dadurch nicht blockiert, Perspektiven erweitert und Tiefenstruktur-Narrative wie emotionale Motivation, Absichten von Figuren oder Beziehungsepisoden deutlich werden. Mittels einer ruhigen und entspannten Gesprächsführung erkundet er mit dem Kind die emotionale Wirkung, den szenischen Inhalt, die verborgenen Elemente sowie eine mögliche Vorgeschichte des Sandbildes. Gesprächspausen ermöglichen dem Kind den emotionalen Gehalt der Szene zu verdauen. Vom Therapeuten verwendete Wörter wie „noch“ oder „bisher“ zeigen Veränderungsmöglichkeiten auf und sollen zu einer Fortführung anregen. Dabei bekräftigt BRÄCHTER, dass die Fortführung keine Standardintervention darstellt, sondern in jedem Einzelfall gut abzuwägen ist. Zu schnelles Drängen des Therapeuten auf eine Weitererzählung könnte dazu führen, dass beim Kind Schamgefühle und Offenbarungsängste auftreten oder es sich mit seiner Thematik wenig gehalten fühlt. Szenen, die auf schwere traumatische Ereignisse hinweisen oder vom Kind in der Realität nicht selbst gelöst werden können, sollten nicht sofort in eine Weiterführung gehen. Hier schlägt BRÄCHTER zunächst den Einsatz von Helfer-Figuren, das Erbauen eines „sicheren Ortes“ oder Ressourcen- und Stärkenbilder vor, um vorerst eine ausreichende Stabilisierung herzustellen. Hieraus können im Verlauf der Therapie weitere Handlungsfähigkeiten für das Kind erwachsen. Darüberhinaus überprüft sie, ob das Sandspiel für das jeweilige Kind und dessen Störung überhaupt geeignet ist. Ihrer Auffassung nach ist das Weiterbauen immer nur als eine Anregung zu sehen. Letztlich muss das Kind selbst entscheiden, ob es dieser nachkommen möchte oder nicht (vgl. dies., S. 42f.). Entscheidet sich das Kind dafür, seine Geschichte fort zu erzählen, so kann der Therapeut es darin unterstützen, indem er nach der Identifikationsfigur und deren Bewegungsimpulsen fragt:

*„Was würde geschehen, wenn eine Figur einen von ihr eingeschlagenen Weg weiterginge? Wem würde sie begegnen und wie könnte die Begegnung verlaufen?“
(dies., S. 47)*

Sie führt an, dass die Veränderbarkeit des Sandbildes eine unmittelbare Rückwirkung auf die Affekte des Kindes hat, die sich parallel zur Geschichte verändern. Eine tiefe Verankerung der neuen positiven Affekte kann erreicht werden, wenn der Therapeut diese formuliert. Dies geschieht, indem er etwa den Mut einer Figur betont, eine gefährliche Aufgabe zu lösen oder die Stärke benennt, die eine Figur aufbringt, um eine schwierige Situation zu meistern. In die-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

sem Zusammenhang betont sie, dass besonders die Spieltrance des Kindes sich eignet, um mit hypnotherapeutischen Elementen zu arbeiten. Eine andere Möglichkeit, die Geschichte weiter zu entwickeln, sieht sie darin, das Kind zu den Eigenschaften der Figuren zu befragen. Hieraus lassen sich für BRÄCHTER vorhandene und potentielle Ressourcen des Kindes ablesen, aus denen wiederum Ideen für eine Geschichte entstehen können. Weiter erklärt sie, dass im Sinne eines „Reflecting Teams“ der Therapeut verschiedene Figuren in Austausch miteinander treten lassen kann, die über möglich Lösungsansätze einer Szenen sprechen. Somit kann dem Kind eine Metakommunikation angeboten werden, aus der es Anregungen für weitere Szenen gewinnen kann. Um Problemgeneralisierungen aufzulösen, ist es BRÄCHTER zufolge wichtig, in den Kommentaren an das Kind darauf zu achten, dass Probleme und Symptome in einem Kontext zu den Bedingungen, unter denen sie entstanden sind, gebracht werden. In einigen Fällen kann es auch hilfreich sein, ein Wunsch- oder Zielbild aufbauen zu lassen, in dem das Problem bereits gelöst ist. Von diesem Standpunkt aus können die notwendigen Schritte dahin quasi rückwärts erschlossen werden. Über die Ebene der Zukunfts- und Lösungsbilder hinaus führt BRÄCHTER an, dass über das Bauen der Sandbilder die Kinder die Geschichte ihrer eigenen Vergangenheit besser nachvollziehen können. In diesem Sinne kann auch eine biografische Arbeit angezeigt sein, in der das Kind seinen Lebensweg zu verstehen lernt. Zukunft und Vergangenheit gehören laut BRÄCHTER zu den wichtigen gestaltbaren Narrativen im Sand (vgl. dies., S. 50ff.).

Beginnt das Kind nach der Fragephase mit dem Weiterspielen der Geschichte, steht der Therapeut laut BRÄCHTER als Begleiter, Zeuge, Unterstützer und Verablisierer beispielsweise von Emotionen zur Verfügung. Sie sieht in den Weitererzählungen Uraufführungen von Handlungen, die dem Kind ermöglichen erste Schritte der Lösung auszuprobieren. Dadurch wird ein hochkonzentrierter Zustand erreicht, in dem das emotionale Erleben besonders stark aktiviert ist und durch die multidimensionalen Sinneseindrücke (fühlen, riechen, hören, sehen) auf mehreren Ebenen neuronal vernetzt wird und somit die Wirksamkeit verstärkt (vgl. dies., S. 56)

Mit ihrem Ansatz schlägt BRÄCHTER eine völlig neue Variante für das therapeutische Sandspiel vor, das bisherige Tabus wie das Mitspielen, das fokussierte Fragen sowie das Anregen einer Fortsetzungsgeschichte bricht. Darüberhinaus trennt sie das Sandspiel vom analytischen, tiefenpsychologischen Kontext, verankert es in der systemischen Therapie und erweitert somit den theoretischen und praktischen Zugang zum therapeutischen Sandspiel.

Im Kontrast dazu soll im folgenden Punkt der Zugang Silvia HÖFERS zum therapeutischen Sandspiel näher betrachtet werden.

3.2 Das geleitete therapeutische Sandspiel

In Ihrem Buch „Spieltherapie – Geleitetes individuelles Spiel in der Verhaltenstherapie“ (2014) beschreibt Silvia HÖFER ihr spieltherapeutisches Vorgehen vor dem Hintergrund ihres Richtlinienverfahrens. Ähnlich wie auch bei BRÄCHTER ist dieser Ansatz als therapeutische Spielvariante und nicht ausschließlich als Variante des therapeutischen Sandspiels zu verstehen. Dennoch ist die überwiegende Anzahl ihrer Praxisbeispiele anhand von Sandbildern veranschaulicht, die von ihren Patienten angefertigt wurden. Dies zeigt, dass sie ihren spieltherapeutischen Ansatz in einem hohen Maße im therapeutischen Sandspiel anwendet und es somit eine wichtige Rolle in ihre Therapien spielt. Vor diesem Hintergrund soll in den folgenden Punkten ein kurzer Überblick über die Person HÖFER gegeben (3.2.1), das Wesen des Geleiteten individuellen Spiels näher aufgeführt (3.2.2 & 3.2.3) und seine Verbindung zur Sandspieltherapie erörtert werden (3.2.4).

3.2.1 Zur Person Silvia HÖFER

Silvia HÖFER ist Diplom Pädagogin und approbierte verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie arbeitet in eigener Praxis und geht einer Lehrtätigkeit an der Berufsakademie Stuttgart, Fachbereich Sozialwesen nach. Sie arbeitete nach einem verhaltenstherapeutischen und personenzentrierten Ansatz in Spiel- und Gesprächstherapie. Ihr Leitbild beschreibt sie auf ihrer Homepage wie folgt:

„Die Arbeit basiert auf einem humanistischen, ganzheitlichen Menschenbild und der Überzeugung, dass alle Menschen lebenslang lernfähig sind und genügend persönliche Ressourcen besitzen, um sich positiv entwickeln zu können.“⁹

Ihr 2014 veröffentlichtes Buch „Spieltherapie – Geleitetes individuelles Spiel in der Verhaltenstherapie“ wurde in mehreren Fachzeitschriften für Psychotherapie diskutiert und bildet die Grundlage für den hier vorgestellten Ansatz zur Anwendung des therapeutischen Sandspiels.

9 <http://www.praxis-hoefer.de> (Stand 12.12.2015)

Nähere Angaben zu HÖFER und ihrem Lebensweg sind in der Literatur sowie im Internet nicht auffindbar. Eine Kontaktaufnahme zu Frau HÖFER blieb leider erfolglos, sodass zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit keine weiteren Angaben zur Person vorliegen.

3.2.2 Das geleitete individuelle Spiel in der Verhaltenstherapie

HÖFER's Ansatz des geleiteten Spiels in der Verhaltenstherapie ist ein am Kind orientiertes Spielsetting, in dem der Therapeut eine aktive und steuernde Haltung einnimmt. In Abgrenzung zum „freien“ therapeutischen Spiel, wie es in der analytischen Therapie angewandt wird, versucht sie gezielt therapeutische Elemente wie beispielsweise Selbstinstruktionen, Psychoedukation, Reflektion, Hausaufgaben etc. in das Spiel einzubinden. Ihr Anliegen ist es die klassische Spielansicht der Verhaltenstherapie, in der das Spiel eher als Verstärker oder Beziehungsstabilisierendes Angebot verwendet wird, erweitern zu wollen. HÖFER möchte das Spiel als verhaltenstherapeutische Methode für den Therapieprozess nutzbar machen. In ihrem Konzept erhält das geleitete individuelle Spiel den gleichen Stellenwert wie das kognitive Arbeiten. So wird dem Kind vermittelt, dass sein Spiel zur emotionalen Entwicklung und Verhaltensmodifikation beiträgt. Sie argumentiert damit, dass zum Einen im Spiel die intrinsische Motivation des Kindes sehr hoch ist. Wie auch BRÄCHTER betont HÖFER den tranceähnlichen Zustand, in welchem sich das Kind befindet und dadurch eine Art Flow-Erlebnis verspürt. In diesen Bedingungen sieht sie sehr gute Grundvoraussetzungen, um Lerneffekte zu erreichen. Zudem werden die gezielten spielangepassten Interventionen in der Spielrealität für das Kind nachvollziehbar und schlüssig erlebt, da sie ja einen tatsächlichen Bezug zum Spielverlauf haben und nicht auf einer abstrakten, kognitiven Ebene besprochen werden (vgl. HÖFER 2014, S. 111ff.). Für HÖFER „stellt das Geleitete individuelle Spiel ein Lern- und Veränderungsmedium dar.“ (dies., S. 113)

Im Kern ihrer Intervention steht die therapeutische Steuerung des Spiels auf der Ebenen des Verhaltens, der Emotion und der Kognition. Die folgenden Tabellen sollen eine Übersicht über das Agieren auf den drei Ebenen geben (vgl. HÖFER 2014, S. 81ff.).

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

Verhalten

Diagnostik	soziale Kompetenzen und Verhaltensstile; vorrangig bearbeitet werden emotionale oder kognitive Themen; primäre soziale Rollen, Rollenflexibilität; Beziehungsgestaltungen (gegenüber dem Kind und vom Kind ausgehend)
Therapieziel/ Interventionsraum	Erweiterung und Einübung: sozialer Kompetenzen, selbstsicheren Verhaltens, Selbstkontrolle, strukturiertes Handeln, Selbstbehauptung, -wirksamkeit, -sicherheit, -ständigkeit
Intervention	zeigen von relevanten sozialen Kompetenzen; dem Kind die Kontrolle über das Spiel geben; Helfer-Figuren anregen bzw. einführen; Vorschlägen von Strategien zur Verhaltensmodifikation; Aufdecken dysfunktionaler Muster mittels Fragetechniken; Grenzen setzen; Verstärken und Loben; Selbstbeobachtung im Alltag; Kombination mit Manual-Therapien; Psychoedukation; Konsequenzen umsetzen; Zusammenhang herstellen zwischen Verhalten im Spiel und Alltag; Rollen- und Perspektivenwechsel anregen; Einnehmen polarisierender Rollen; Rollenreflektion; Forcieren spontaner Kreativität; Festigung kognitiver Strategien; Metakommunikation; Konfrontation; emotionale Überflutung abwenden

Tabelle 1: Intervention auf der Verhaltensebene nach HÖFER

Kognition

Diagnostik	Irrationale und dysfunktionale Denkmuster aufdecken; rationalisierende und Emotion vermeidende Denkmuster erkennen; Qualität der Gedankenstile (polarisierend oder differenziert)
Therapieziel/ Interventionsraum	Umgestalten und Entwickeln: dysfunktionaler Denkmuster, Erkennen von Verhaltenszusammenhängen, Lösungsmuster, Problembewusstsein, Selbstreflektion, differenzierte soziale Wahrnehmung und von der Welt im Allgemeinen, differenzierter Gedankenstile, Schärfung der Sinne und Kommunikation
Intervention	Aus der Rolle des Chef's sprechen; allgemeine und spezielle Wissensvermittlung; Blickkontakt einüben; genau hinsehen und zuhören; Dekodieren von Gestik und Mimik; Üben non-verbaler Ausdrucksformen; Anbieten von Denkkorrekturen; Verknüpfen von Emotion und Kognition; Einüben differenzierter Gedankenstile

Tabelle 2: Intervention auf Ebene der Kognition nach HÖFER

Emotion

Diagnostik	Auslösende Emotion für dysfunktionales Verhalten; vorhandenes Emotionsbewusstsein; Empathiefähigkeit; Umgang mit Emotionen
Therapieziel/ Interventionsraum	Emotionswahrnehmung, -bewusstmachung, -differenzierung; -bewertung, -regulation -integration, -kontrolle, -steuerung
Intervention	Auffordern zum Wahrnehmen und Benennen von Emotionen, Identifikation anregen; Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte; Anregen der Selbstbeobachtung; Emotionsdifferenzierung; -bewertung; -steuerung, -regulation, -aktivierung

Tabelle 3: Intervention auf der Emotionsebene nach HÖFER

In Abgrenzung zu anderen Spieltherapien führt sie an:

„[...] , dass verhaltenstherapeutische Techniken bewusst und gezielt in den Spielablauf integriert werden. So werden erwünschte Verhaltensweisen, die im Spiel ge-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

zeigt werden, gezielt mit Aufmerksamkeit verstärkt. Positiv besetzte und wünschenswerte emotionale Inhalte sowie Verhaltensweisen werden zum Erhalt der Motivation und zur Verstärkung des Lerneffekts verbalisiert und erhalten dadurch verstärkende Aufmerksamkeit.“ (dies., S. 132)

Damit macht sie deutlich, dass parallel zum Spielprozess ein Therapieprozess läuft, indem konkrete praktische Anwendungen von Verhaltensmodifikationen durchgeführt werden. Der Spielprozess ist demnach als ein Teil der Therapie zu betrachten und nicht als eigenständige Therapieform.

3.2.3 Der Therapeut im geleiteten individuellen Spiel

In ihrem Ansatz ordnet HÖFER dem Therapeuten besondere Funktionen zu. Dabei verweist sie zunächst auf seine offene, wertschätzende und annehmende Haltung gegenüber dem Kind. Weiterhin soll er über die Welt des Kindes außerhalb der Therapie gut informiert sein. Damit meint sie nicht nur das Wissen aus der Familien- und Sozialanamnese, sondern auch aktuelle mediale, kulturelle Trends, die für den Patienten eine wichtige Bedeutung haben. Ihrer Auffassung nach sollte sich dies auch in der Auswahl von Spiel- und Therapiematerialien (Figuren, Musik, Brettspiele etc.) niederschlagen. Weiterhin sollte der Therapeut eine klare Haltung bezüglich der für die Therapie betreffenden Regeln (Verhalten, Umgang mit Material, Zeitmanagement etc.) dem Kind vermitteln. Er sollte ebenfalls über eine hohe fachliche Kompetenz verfügen, um in der Spielsituation störungsspezifische Verhaltensweisen identifizieren zu können. Dazu zählt für sie ein umfangreiches Wissen über Störungsbilder, neurologische Funktionen des Spiels, Entwicklungspsychologische Parameter, Therapieschulen übergreifende Erklärungsmodelle und Interventionsmöglichkeiten sowie kommunikationstheoretische Erkenntnisse (vgl. dies., S. 118f.). Da sie in dem Spielprozess einen Tranceähnlichen Zustand sieht, schlägt sie vor, dass der Therapeut auch über Techniken aus der Hypnotherapie verfügen sollte, um nach Bedarf suggestiv arbeiten zu können. Darüberhinaus ist es ihr wichtig, dass der Therapeut eine hohe Spielfähigkeit besitzt, dabei aber immer eine professionelle Sicht auf den Prozess des Spielens hat, gerade um nonverbale Verhaltensbotschaften entschlüsseln und situativ angepasst intervenieren zu können. Große Bedeutung schreibt HÖFER der therapeutischen Rollenflexibilität zu. Ihrer Auffassung nach zeigt das Kind gerade im Rollenspiel seine Belastung im Alltag und kann neue Erfahrungen am Rollenbeispiel des Thera-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

peuten machen, welche es später übernehmen und einüben kann. Vordergründig sieht sie den Therapeuten in den Rollen des Antagonisten (Gegenrolle), Protagonisten (Hauptrolle), Schiedsrichters (Korrektive), Trainers (Verstärker und Motivator), Vertrauten (Bündnispartners), Magische Person (Erlöser), Helfers (Fürsprecher, Unterstützer) und die Rolle des Sparringpartners (an ihm Austesten). Diese Rollen sollte der Therapeut sicher übernehmen können, ohne sich mit ihnen zu sehr zu identifizieren, damit er weiterhin das Verhalten des Patienten beobachten kann. In diesen Therapeutenvariablen wird deutlich, dass HÖFER die Erkenntnisse mehrerer Therapieschulen wie etwa der Verhaltens-, der Gesprächs-, der Lösungsorientierten-systemischen Therapie, der Hypno-, der Sandspieltherapie sowie des Psychodramas in ihrem Ansatz verbindet. Damit bekräftigt sie, dass ein wichtiger Punkt ihres Spielansatzes die Offenheit gegenüber nicht ursprünglich verhaltenstherapeutischen Methoden ist, die in ergänzender Weise von dem Therapeuten in den Spielprozess eingebracht werden können. Vor diesem Hintergrund versteht sie ihren Ansatz als elektisch-integratives Arbeiten, und im Sinne Klaus GRAWE's Therapieschulen übergreifende Psychotherapieforschung an den Bedürfnissen, Problemlagen und Möglichkeiten des Kindes orientiert (vgl. GRAWE 2000). Die Auswahl ihrer Intervention resultiert aus einem genauen Beobachtungsprozess des Kindes innerhalb der Therapie sowie umfangreichen Explorationen über seine Lebenswelt außerhalb der Therapie (vgl. HÖFER 2014, S. 120ff.). Inwiefern sie ihren Ansatz mit dem Sandspiel verbindet, soll im folgenden Punkt näher betrachtet werden.

3.2.4 Das Geleitete individuelle Spiel im therapeutischen Sandspiel

„Ich selbst erlebe in der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen immer wieder, dass sie das Sandspiel dann nutzen, wenn sie emotionale Themen bearbeiten möchten, die ihnen sehr nahe gehen und für die sie zunächst nur schwer Worte finden.“ (HÖFER 2014, S. 166)

Der Auffassung LOWENFELDS folgend erkennt auch HÖFER, das therapeutische Sandspiel als eine Verbindung zwischen dem Bewusstsein des Patienten und seiner emotionalen Erfahrung. Entsprechend KALLF's Arbeiten hat für HÖFER die Reihenfolge, Position und das Beziehungsgeflecht der verwendeten Figuren/Material, deren kulturelle und individuelle symbolische Bedeutung, die Dynamik des Bauprozesses, das verbale und nonverbale Verhalten des Kindes und seine emotionale Reaktion einen hohen diagnostischen Wert. Weiterführend ge-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

ben ihr die Differenziertheit und innere Logik der Bilder Hinweise über die emotionale Entwicklung des Kindes und seine Konflikte. Darüberhinaus interpretiert sie die Sandbilder parallel zum Therapieprozess und zieht Rückschlüsse, welche emotionale Entwicklung das Kind in der Therapie genommen hat und welcher „rote Themenfaden“ übergreifend zu erkennen ist (vgl. dies., S. 166f.).

„So kann es durchaus interessant sein festzustellen, dass im Bild auf einmal Bewegung entstanden ist, wo zuvor Statik vorherrschte, ob zentrale Objekte ihre Position verändert haben, welche Themen über die verwendeten Symbole und Metaphern auftauchen und inwiefern sie sich verändert haben oder »abgearbeitet« wurden.“ (ebd.)

In der Übertragung des Geleiteten individuellen Spiels auf den Sandkasten orientiert sich HÖFER bezüglich des Materials an den Vorgaben von KALLF. Sie gibt an, zwei Sandkästen mit den Maßen 57 x 72 x 7 cm zu verwenden, da dies den Kindern und Jugendlichen einen guten Überblick über die Szene im Sand ermöglicht. Beide Kästen haben einen blauen Boden, um Wasser zu imaginieren. Einer der Sandkästen ist wasserdicht und kann mit nassem Sand gespielt werden. Ihren Ausführungen nach habe sie sich für diese Variante entschieden, da das Sandspiel von Kindern und Jugendlichen in ihrer Praxis häufig genutzt werde und so eine größeres gestalterisches Spektrum für die Patienten zur Verfügung stehe.

In Abgrenzung zu LOWENFLED und KALLF aber nahe der Auffassung BRÄCHTER's sieht sie im Sand die Möglichkeit, durch aktives Gestalten der Sandszenen den Therapieprozess voranzubringen (vgl. ebd.). An diesem Punkt setzt sie an und erweitert das therapeutische Sandspiel um ihren Ansatz. Sie beschreibt, dass es auf unterschiedlichen Wegen zu einem Sandbild kommen kann. Dies umfasst, dass der Patient sich selbst dafür entscheidet ein Sandbild zu bauen oder sie es diesem zu einem bestimmten, gemeinsam erörterten Thema vorschlägt. In einem Fallbeispiel beschreibt sie ihr Vorgehen so:

„Die nun folgenden Sandbilder entstanden mit der Intension des Jugendlichen, [...] [zu] überlegen, wo ich grade mit meinem Papa und mit meiner Mama stehe«. Sie sind somit jeweils das visualisierte Ergebnis der durchgeführten Verhaltenstherapie. Der Jugendliche hat das Sandspiel genutzt, um einerseits den Ist-Stand zu verdeutlichen und sich andererseits die noch folgenden Schritte zu vergegenwärtigen.“ (dies., S. 196)

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

Darüber hinaus erklärt sie, dass sie in einzelnen Fällen in Vorbereitung auf die Therapiestunde den bisherigen Prozess reflektiert, ein für den Therapieprozess relevantes (Spiel-)Thema herausarbeitet und es dem Patienten in der Stunde zur Bearbeitung vorschlägt. Hat der Patient sich dann – mit oder ohne Intervention des Therapeuten – auf ein Spielthema festgelegt, sucht er die benötigten Figuren und das Material aus dem Schrank heraus und baut diese im Sand auf. Anders als in der *Sandspieltherapie* nach KALLF, achtet HÖFER darauf, ob die gebaute Szene eine statische oder dynamische Qualität hat. Nimmt das Sandbild einen dynamischen Verlauf und das Kind beginnt im Sand mit den Figuren zu spielen, bietet sich HÖFER als Mitspieler an. Dieses Vorgehen nennt sie „dynamisches Bespielen des Sandes“ (dies., S. 189). Dabei kommen je nach Situation die unter Punkt 2.2.2 aufgeführten Interventionstechniken zum Einsatz. Folgendes Zitat entstammt einem Sandspiel eines 9-jährigen Patienten mit Hundeangst, die er nach einem Vorfall mit einem Hund ausgebildet hat. Das Beispiel verdeutlicht, wie HÖFER die Interventionstechnik Psychoedukation und Angstexposition in vivo auf das Sandspiel überträgt. In der Sandspielszene begegnet ein Häschen auf seinem Weg einem Tiger, an dem es vorbei muss.

„Th: Da sind ja weder das Häschen und der Tiger.

K: Der Tiger will das Häschen jetzt fressen.

Th: Meinst du, der will es wirklich fressen? [Tiger frisst das Häschen.] Oh, der frisst das Häschen tatsächlich, das wird ja immer schlimmer. Weißt du was, das ist hier bei uns gerade genauso wie in der Geschichte mit der Angst, die immer kleiner wird wenn man sie aushält [Bezug zur Psychoedukation]. Wir halten das jetzt auch aus, wenn der Tiger das Häschen frisst.“ (dies., S. 201)

Nach Ablauf der Sandspielstunde dokumentiert sie das Bild mittels mehrerer Fotos. Diese nutzt sie einmal, um den Verlauf sichtbar zu machen sowie als „Anker“ für die Patienten, indem sie ein Foto heraussuchen und mitnehmen dürfen. Im Hinblick auf den Erhalt der teilweise zerbrechlichen Figuren schlägt HÖFER vor, das Sandbild am Ende der Stunde selbst abzubauen oder es mit einem Tuch abzudecken, sollte es in der nächste Stunde noch einmal begutachtet oder besprochen werden (vgl. dies., S. 115). Vor diesem Hintergrund kann HÖFER's Umgang mit dem therapeutischen Sandspiel als eigenständiger Ansatz gesehen werden.

3.3 Zusammenfassung

Ähnlich wie KALLF das Theoriekonzept der analytische Psychologie auf LOWENFELD's *World Technique* übertragen hat übertragen auch BRÄCHTER und HÖFER ihr jeweiliges Theoriekonzept auf das therapeutische Sandspiel. Es wurde ersichtlich, dass BRÄCHTER und HÖFER die Erkenntnisse von LOWENFELD und KALLF wertschätzen und in ihre Arbeit einfließen lassen. Als Grundlage gilt LOWENFELD's Erkenntnis, dass das therapeutische Sandspiel dem Kind ermöglicht unstrukturierten, nicht verbalisierbaren Erlebnisinhalten (vgl. Primary System, 1.1.3) eine psychische Struktur zu geben und auszudrücken. Darüberhinaus gelten KALLF's Einsichten über die Symbolik für BRÄCHTER und HÖFER als wichtiges diagnostisches Hintergrundwissen. BRÄCHTER's Vorgehen, die Stand-Sandbilder in Bewegung zu bringen, nutzt HÖFER um konkrete Interventionen in das therapeutische Sandspiel einzubauen. Vor diesem Hintergrund kann festgehalten werden, dass die Therapeuten in ihren jeweils eigenen Ansatz des therapeutischen Sandspiels bisherige bewährte Konzepte integrieren, statt sie auszugrenzen. In diesem Zusammenhang kann das therapeutische Sandspiel als eine Art „Brücke“ zwischen den unterschiedlichen therapeutischen Schulen gesehen werden, auf welcher sich der Therapeut bewegen kann. Somit hat er die Möglichkeit, die für ihn und den Patienten am besten geeignetste Form des therapeutischen Vorgehens zu wählen. Bei der näheren Betrachtung dieser therapeutischen Varianten fallen deutliche Kontraste in der Art und Weise auf, wie der Therapeut die Beziehung zum Kind gestaltet. LOWENFELD's Beziehungskonzept sieht vor, dass keine Bindung zum Kind aufgebaut werden soll, um eine hohe Übertragung der emotionalen Inhalte auf das Spielmaterial zu ermöglichen. Hierfür werden den Kindern die Therapeuten in einem Zufallsprinzip zu jeder Stunde neu zugeordnet. Zwar begegnet der Therapeut dem Kind offen, zugewandt, interessiert und wertfrei, hält jedoch seine eigenen Ideen über das Gebaute zurück und versucht lediglich dem Kind zu helfen, den emotionalen Sinn in seinem Bild zu erschließen. KALLF hingegen sah in der sicheren therapeutischen Beziehung den wichtigsten Wirkfaktor ihrer *Sandspieltherapie*. Ihrer Auffassung nach entsteht so ein Halt gebendes Vertrauensverhältnis wie es der frühen Mutter-Kind Beziehung ähnlich ist. Dies ist für sie die Voraussetzung dafür, dass der Patient seine schwierigen Themen überhaupt einbringen und bearbeiten kann. Damit innerhalb dieses Rahmens die Übertragung auf das Material unbeeinflusst vom Therapeuten stattfinden kann, soll dieser seine Gegenübertragung, Interpretation und Hypothesen vorerst zurückhalten. Erst wenn der Verbalteil der Therapie in den Vordergrund gerückt und die Phase des Bauprozesses weitest-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

gehend abgeschlossen ist, kann der Therapeut seine Eindrücke und Hypothesen dem Patienten mitteilen, wenn dies dann noch notwendig ist. BRÄCHTER schlägt ebenfalls vor während des Bauprozesses eine zurückhaltende, das Kind und sich selbst beobachtende Position einzunehmen. Im Kontrast zu LOWENFELD und KALLF führt sie aber an, dass in dem Moment der ersten gemeinsamen Betrachtung des Sandbilds, der Therapeut seine Zurückhaltung aufgeben und mittels auf Ressourcen orientierende Fragen das Kind zu einer Weitererzählung, einem Weiterspielen anregen kann. Dabei ist es auch möglich, dass der Therapeut Helfer-Figuren initiiert. Darin wird deutlich, dass der Therapeut eigene, zum Teil Prozesssteuernde Sichtweisen direkt nach dem Bauen mitteilen kann. Damit wird er mehr zu einem aktiven Gegenüber innerhalb der Beziehung zum Kind. HÖFER greift diesen Aspekt auf und geht noch einen Schritt weiter. Sie plädiert dafür, das therapeutische Sandspiel als spezielle Form des therapeutischen Spielens zu betrachten, indem der Therapeut als konkreter Mitspieler auftritt. So kann er, auf einer für das Kind ansprechenden Ebene, Inhalte und Zielstellungen der Therapie aktiv in die Beziehung einbringen. Auf diese Weise wird es dem Kind ermöglicht, neu Verhaltensvarianten in einer kindgerechten Form in einem geschützten Raum zu erproben. Dadurch erhält der Therapeut eine direkte Rückmeldung, ob seine Intervention für das jeweilige Kind passend ist. Weiterhin wurde deutlich, dass die jeweiligen Varianten der Beziehungsgestaltung in engem Zusammenhang mit der Therapieschule des Therapeuten stehen. Dabei steht die defensive Gestaltung des analytischen Ansatzes der offensiven Gestaltung des verhaltenstherapeutischen Ansatzes als maximaler Kontrast gegenüber. Der narrativ-systemische Ansatz kann dazwischen verortet werden. Auch die Motive für die unterschiedlichen Arten der Beziehungsgestaltungen können im Zusammenhang mit den Therapieschulen spezifischen Störungs- und Heilungsmodellen gesehen werden. Während die Tiefenpsychologische/analytische Schule ein zurückhalten des Therapeuten bevorzugt damit unbewusstes Material (i.S. C.G. JUNG: Komplexepisoden und Archetypen) bewusst werden kann, zieht die verhaltenstherapeutische Schule ein offensives Vorgehen des Therapeuten vor, damit der Patient Ideen zur Verhaltenseinsicht und Anregung zur Verhaltensänderung direkt durch den Therapeuten vermittelt bekommt. Zwischen diesen Polen bewegt sich die narrativ-systemische Schule, die den Patienten anregen möchte, generalisierende pathologische Selbsterzählungen aufzulösen, indem der Patient diese in einem spezifischen Lebenskontext einordnet und seinen Blick auf positive Selbsterzählungen ausweiten kann. Als Sinnbild erscheint das therapeutische Sand-

3 Neuere Zugänge zum therapeutischen Sandspiel

spiel als eine Art Musikinstrument, welches in Abhängigkeit der Art und Weise wie es gespielt wird für verschiedene Musikgenres eingesetzt werden kann.

Der in den ersten beiden Kapitel aufgeführte Diskurs über die Geschichte und die Theorien des therapeutischen Sandspiels bildet den Rahmen, auf den sich der folgende untersuchende Teil dieser Arbeit bezieht. Wie bisher gezeigt werden konnte, ist das therapeutische Sandspiel vor dem Hintergrund verschiedener Therapieschulen anwendbar. Dabei wurde sichtbar, dass es in den theoretischen Konzepten Überschneidungen als auch Abgrenzungen gibt. Diese Konzepte stehen im Zusammenhang mit den verschiedenen Richtlinien und Empfehlungen darüber, wie das therapeutische Sandspiel angewandt werden kann. Daher können die unterschiedlichen theoretischen Zugänge als Handlungsmotive verstanden werden. Dieser Zusammenhang eine direkte Auswirkung auf die Beziehungsgestaltung des Therapeuten zum Patienten und wird dort auch deutlich sichtbar. Inwieweit sich diese These verhärtet lässt, soll in den folgendem Teil der Arbeit anhand einer entsprechenden Analyse von Experteninterviews untersucht werden. Wie die Beziehung im therapeutischen Sandspiel in der Praxis gestaltet wird und welche Motive dem zugrunde liegen, steht im Fokus dieser Untersuchung.

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Ziel der Untersuchung ist es, die unterschiedlichen Anwendungen des therapeutischen Sandspiel im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischen Alltag zu untersuchen. Das Erkenntnisinteresse besteht darin, die Art und Weise wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das therapeutische Sandspiel anwenden sowie ihre Motive dafür herauszustellen. Hierfür soll anhand von vier Experteninterviews die jeweilige Beziehungsgestaltung zum Patienten analysiert werden (4.5.1). Daraus sollen Handlungsmotive abgeleitet und dahingehend untersucht werden, inwiefern sie in einem Zusammenhang mit der jeweiligen Therapieschule der Therapeuten stehen (4.5.2). Dem voran soll das methodische Vorgehen (4.1), die Durchführung der Untersuchung (4.2), sowie die Expertenauswahl (4.3), der inhaltliche Rahmen der Interviews (4.4) sowie die Datenanalyse (4.5) vorgestellt werden.

4.1 Methodik der Untersuchung

Das Vorgehen in dieser Arbeit orientiert sich an der qualitativen Sozialforschung. Der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn liegt demnach nicht im Aufzeigen von kausalen Wirkungsprinzipien (quantitatives Vorgehen), sondern im Erfassen von Phänomenen, deren Auftreten als individuell motivational begründet verstanden werden kann. Die Forschung geht also der Frage nach, welche Intensionen dem untersuchten Verhalten zugrunde liegen und versucht dies in abstrakte Hypothesen zu generieren. Das zu untersuchende Datenmaterial wird durch Experteninterviews gewonnen und in Form von Textprotokollen empirisch erfasst. Der Prozess der Datenauswertung wird in Anlehnung an das von PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR (2010) vorgeschlagene methodische Vorgehen der Grounded Theory Methodologie durchgeführt. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen näher ausgeführt.

4.1.1 Datenerhebung mittels leitfadengestütztes Experteninterview

Um ein möglichst umfassendes und gehaltvolles Expertenwissen zu erhalten, wird die Entwicklung eines offenen, am Leitfaden orientierten Gespräch zwischen Untersucher und Experte angestrebt. Hierfür werden sowohl ein- als auch hinleitende Fragestellungen verwendet, die nicht standardisiert sind (vgl. Interviewleitfaden im Anhang). PFADENHAUER betont, dass es bei diesem Vorgehen wesentlich sei, dem Experten kein äußeres System aufzuzwin-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

gen, sondern ihm die Möglichkeit zu geben nach eigenen Prioritäten erzählen zu können (vgl. PFADENHAUER 2005, S. 117). Auf diese Weise soll ein spezielles Wissen generiert werden, welches weniger faktisches Wissen beinhaltet, sondern vielmehr die Hintergründe und Motivation individueller Vorgehensweisen abbildet. Weiterhin weist er auf die Notwendigkeit hin, dass es unerlässlich sei, dass der Interviewer selbst über ein hohes Maß an fachlichem Wissen über die Thematik verfügt, um das Gespräch auf einem entsprechenden Niveau führen zu können. Der Interviewer sollte sich ebenfalls um eine möglichst angenehme und vertraute Atmosphäre bemühen, welche das Gespräch positiv befördert (vgl. ders., S. 118ff.).

4.1.2 Auswertung in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie

Die Grounded Theory Methodologie wurde zwischen 1950 und 1960 von den amerikanischen Soziologen Barney GLASER und Anselm STRAUSS entwickelt. Die Wissenschaftler erhofften sich die Kluft zwischen empirischer Forschung und formaler Theorie in der Soziologie zu überwinden. Das wesentliche Anliegen bestand darin, theoretische Konzepte aus Daten heraus zu generieren und sie im Laufe der Forschung immer wieder auf Gültigkeit zu überprüfen. Damit unterschied sich das Verfahren von der bekannten Forschungsweise, fertige Konzepte auf Daten anzuwenden und steht daher für ein qualitatives Vorgehen innerhalb der soziologischen Forschung (vgl. PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2010, S. 184ff.). Das Verfahren ist nicht an bestimmte Erhebungsinstrumente gebunden. Vielmehr steht die Annahme „all is Data“ im Zentrum der Erhebung und lässt somit mehrere Vorgehensweisen zur Generierung von Datenmaterial zu. In dem von PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR vorgeschlagenen Vorgehen zur Datenauswertung betont sie:

„Das Wesentliche [...] ist der ineinander verwobene Prozess von Sampling und Theoriegenerierung.“ (ders., S. 189)

Dies meint, dass der Analyseprozess ein wechselseitiger Prozess zwischen Datengewinnung und Hypothesengenerierung ist und parallel zueinander abläuft. Dem Zugrunde liegt folgender Kodierungsprozess.

Wiederkehrende Schlagwörter oder Aussagen werden als Indikatoren für eine bestimmte Verhaltensweise gebündelt. Um die Indikatoren gut sichtbar vom Originaltext abzugrenzen, schlagen PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR verdichtende Formulierungen vor. Aus diesen Indikatoren werden dann abstrakte Konzepte gebildet, die bereits schon theoretisierend

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

formuliert werden (vgl. dies., S. 207). Während diesem ersten Verobjektivieren des Materials werden die Konzepte nach den größtmöglichen Differenzen und Gemeinsamkeiten untersucht. Verbildlicht entsteht eine „Achse“, mit maximalen Kontrasthorizonten und einen Mittelpunkt mit maximaler Übereinstimmung. Die Kontraste werden dann in höherwertige Kategorien eingeordnet. Anschließend werden die Kategorien zueinander in Beziehung gesetzt.

„Die Analyse dreht sich an dieser Stelle gleichsam um die 'Achse' dieser Kategorie.“ (ebd. S. 205)

Nach PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR bilden sich so im fortschreitenden Prozess des axialen Kodierens allmählich Schlüsselkategorien heraus, was den dritten Analyseschritt darstellt. Das gesamte Datenmaterial wird nun „[...] systematisch und konzentriert nach der Schlüsselkategorie kodiert“ (ebd.). Die Untersuchung des gesamten Datenmaterials wird also auf Konzepte und Phänomene begrenzt, die einen eindeutigen Bezug zu den Schlüsselkategorien aufweisen und somit eine Relevanz für die Theoriegenerierung darstellen. Dieses Vorgehen fassen PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR als selektives Kodieren zusammen.

„Die Analysearbeit wird hier systematischer, stärker auf theoretische Integration ausgerichtet und damit sehr viel selektiver.“ (ebd.)

Weiterhin werden aus den Schlüsselkategorien Hypothesen generiert, die im Laufe der Forschung bestätigt oder verworfen werden müssen. Dies kann nur durch ein permanentes Vergleichen im laufenden Kodierungsprozess geschehen. PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR führen an, dass jede vorgeschlagene Hypothese nur dann bestätigt werden kann, wenn der Zusammenhang sich eindeutig auf die Ausführung des Einzelfalls, aus dem sie hervorgegangen ist, klar beziehen lässt. Dieser Zusammenhang kann nicht zwingend auf die Grundgesamtheit (in diesem Fall alle Therapeuten, die mit der Sandspieltherapie arbeiten) anwendbar sein. Jedoch „muss [sie] eine bestimmte Konstellation in ihrem inneren - d.h. strukturellen und prozessualen – Zusammenhang so erfassen, dass dieser Zusammenhang sich unabhängig von konkreten Personen abstrakt formulieren lässt.“ (dies., S. 212)

Im Anschluss dran muss nachgewiesen werden, dass die herausgearbeitete Hypothese ihre Gültigkeit in Bezug auf die weiteren untersuchten Fälle behält. Dies gilt auch, wenn ein sichtbar spiegelbildliches oder polarisierendes Verhaltensmuster gefunden werden kann (vgl. dies., S. 212).

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Die folgende Tabelle soll ein Beispiel für den Prozess des Kodierens gegeben, so wie er in dieser Arbeit angewendet wurde. Das Beispiel bezieht sich auf die Fragestellung, wie sich die interviewten Experten in der Beziehung zum Patienten während der Durchführung einer Sandspielstunde erleben. Dieser Aspekt wird unter Punkt 4.5 vorliegender Arbeit besprochen.

Zitat	Indikatoren	Konzept
Und das schreibe ich auch 'n bisschen mit. Ach-so, das ist vielleicht noch wichtig: meine Aufgabe ist die des Beobachters, ne.“ (E2; #00:17:10-0#)	Schreibe ich mit; meine Aufgabe ist beobachten	Zurückhaltend, Aufmerksamkeit auf Patienten gerichtet
„Meine Aufgabe als Tiefenpsychologie ist zu schauen, was tut es da und warum tut es das jetzt gerade.“ (E1 #00:19:38-9#)	Was tut es, warum tut es	Sinn generierend
„Aber ich kenne mich ja inzwischen auch und ich weiß das ich auch manchmal zu (.), ähm, zu streng sein kann oder zu schnell sein kann, oder zu viel will.“ (E1; #00:21:58-6#)	Ich kenne mich, zu streng sein kann, zu viel will	Reflektierend

Tabelle 4: Beispiel für Verdichtung und axiales Kodieren

Aus den Konzepten lassen sich Kontrasthorizonte ableiten, die wiederum zu höherwertigen Kategorien verdichtet werden können. Die Kategorien stehen in Bezug zu einander und weisen auf eine Schlüsselkategorie hin. Nachfolgende Darstellung verbildlicht beschriebenes Vorgehen.¹⁰

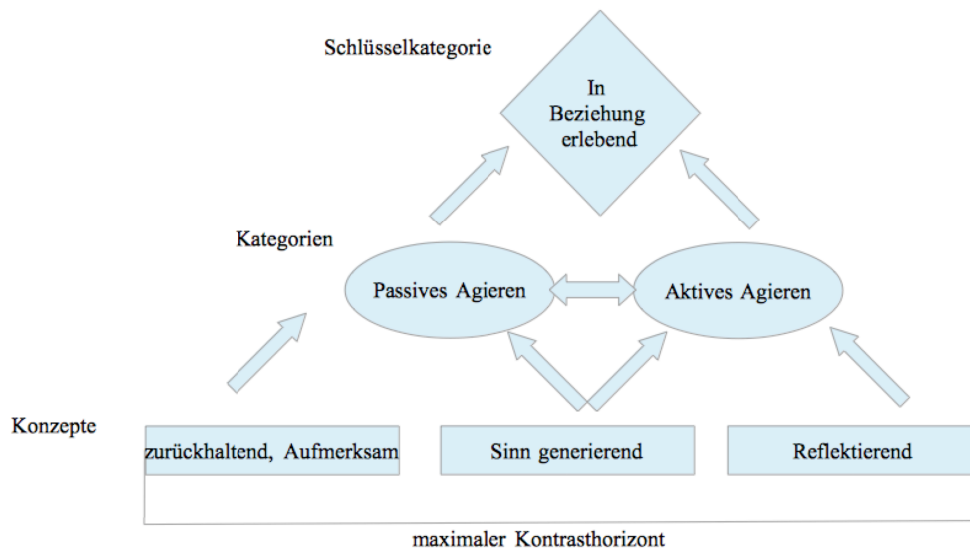


Abbildung 2: Beispiel für Kategorisierung

¹⁰ Quelle: eigene_Darstellung

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Alle Fälle werden nun auf diese Schlüsselkategorie hin analysiert, mit dem Ziel der Verifizierung bzw. Falsifizierung.

Der Auswertungsprozess wurde durch theoretischer Memos begleitet, wodurch auch der gesamte Prozess der Theorieentwicklung dokumentiert ist. Die auf der Basis des beschriebenen Verfahrens entstandene Analyse und Ergebnisse werden im folgenden Teil der Arbeit dargestellt.

4.2 Durchführung der Untersuchung

Das Material für die Untersuchung wurden im Zeitraum vom Januar bis Juli 2015 erhoben. In diesem Zeitraum wurden vier Experteninterviews geführt. Nach eingehender Internetrecherche und durch persönliche Empfehlungen wurden Therapeuten, die unter 3.3.1 genannten Bedingungen erfüllen und geografisch gut zu erreichen waren, ausgewählt. Die Interviews wurden an den Arbeitsstätten beziehungsweise in den Wohnräumen der Interviewpartner geführt. Das Material wurde elektronisch aufgezeichnet und im Verlauf der Auswertung transkribiert. Die Daten werden dieser Arbeit in Form einer CD angehängt.

Entsprechend der oben beschriebenen Methode fand parallel zur Datenerhebung die Datenauswertung bis Dezember 2015 statt.

4.3 Expertenauswahl

Im folgenden Abschnitt werden die Kriterien vorgestellt, nach dem die Experten ausgewählt wurden. Weiterhin werden alle Experten in ihrer Profession und Arbeitsfeldern kurz vorgestellt. Aus Gründen der Vereinfachung wurden jedem Experten ein Signum zugewiesen, um deren Aussagen im Rahmen der Datenanalyse klar zuordnen zu können.

Die Experten sollen eine möglichst große Bandbreite der approbierten psychologischen Psychotherapeuten, die im Kinderbereich arbeiten und Kinder- und Jugendlichenpsychoherapeuten repräsentieren, die die Sandspieltherapie anwenden. Das Sampling erfolgt also „nach bestimmten im Vorab festgelegten Kriterien“ (PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2010, S. 178), wie es von PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR vorgeschlagen wird. Für die Bestimmung der Experten werden von mir folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

1. hinsichtlich des Richtlinienverfahrens: alle vier Experten sind approbierte KJP'ler in Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie und haben mind. eine zertifizierte therapeutische Zusatzausbildung
2. hinsichtlich der Sandspieltherapieausbildung: zwei Experten sind ausgebildete Sandspieltherapeuten (zertifiziert durch die DGST)
3. hinsichtlich der Anwendung: mehrjährige, regelmäßige Anwendung des therapeutische Sandspiels
4. hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs: ambulante Psychotherapie, stationäre Psychotherapie oder psychosoziale Beratungsstelle

Hieraus ergibt sich ein Sampling von vier Experten, die aufgrund der verschiedenen Richtlinienverfahren eine gewisse Bandbreite abbilden. Da drei der vier interviewten Experten anonym bleiben möchten, wird allen vier Experten ein Signum zugeteilt. Die Experten sollen im Einzelnen nachfolgend eingeführt werden.

Experte 1 (Signum E1) ist approbierte psychologische Psychotherapeutin im tiefenpsychologischen Richtlinienverfahren Katathymes Bilderleben. Zusätzlich absolvierte sie eine Ausbildung in systemischer Familientherapie und Traumazentrierter Psychotherapie. Sie arbeitet seit 1985 in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik. Derzeit ist sie dort als leitende Psychologin tätig.

Experte 2 (Signum E2) ist ebenfalls approbierte psychologische Psychotherapeutin im tiefenpsychologischen Richtlinienverfahren Katathymes Bilderleben und ist ausgebildete Sandspieltherapeutin, zertifiziert durch die DGST. Seit 1990 ist sie als Psychologin in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle tätig.

Experte 3 (Signum E3) absolvierte ein pädagogisches Grundstudium, ist ebenfalls ausgebildete Sandspieltherapeutin, zertifiziert durch die DGST sowie approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Verhaltenstherapeutischen Richtlinienverfahren. Seit 1992 arbeitet sie in eigener Praxis.

Experte 4 (Signum E4) absolvierte ein pädagogisches Grundstudium, ist ausgebildete Körperpsychotherapeutin und approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im tiefenpsychologischen Richtlinienverfahren sowie Traumazentrierter Psychotherapie. Seit 1986 ist sie in eigener Praxis psychotherapeutisch tätig und seit 2000 als Kinder- und Jugendlichen-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

psychotherapeutin niedergelassen. 2010 nahm sie Tätigkeiten als Dozentin auf und ist an verschiedenen Instituten aktiv.

4.4 Inhaltlicher Rahmen der Interviews

Der Interviewleitfaden wurde in drei Themenkomplexe gegliedert. Im Ersten Komplex werden die Experten gebeten ihre Profession und ihren Zugang zum therapeutischen Sandspiel vorzustellen. Der zweite Komplex richtet sich auf die praktische Durchführung einer Sandspielstunde. Dabei liegt der Fokus auf dem konkreten Ablauf, Interventionen sowie auf persönliche Erfahrungen und theoretische Zugänge. Im dritten Teil werden die Experten gebeten ihre Einschätzung zur Zukunft des therapeutische Sandspiels innerhalb der Therapielandschaft abzugeben. Der verwendete Leitfaden ist im Anhang der Arbeit zu finden.

4.5 Datenanalyse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden vorrangig die ersten zwei Themenkomplexe der Interviews analysiert. Wie bereits im ersten Teil der Arbeit soll auch hier das Selbstverständnis der Therapeuten auf Zusammenhänge zwischen der individuellen therapeutischen Entwicklung und der Art und Weise, wie das therapeutische Sandspiel angewandt wird, untersucht werden. Dabei liegt der Fokus auf dem Herausarbeiten von Handlungsmotiven speziell für die Beziehungsgestaltung zum Patienten. Eine weiterführende Analyse des Materials ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, könnte aber in einer fortführenden Arbeit behandelt werden.

4.5.1 Das Erleben in der Beziehung

In der Analyse des Materials zeigt sich, dass das „Beziehungserleben“ eine Schlüsselkategorie für das Selbstverständnis der Beziehungsgestaltung der Therapeuten ist. Dies resultiert daraus, dass alle Experten sich selbst in einer Beziehung zum Patienten erleben. Innerhalb dieses Selbstverständnisses lassen sich als Kontrasthorizonte passive und aktive Verhaltensmuster in der Beziehungsgestaltung herausstellen. Im Folgenden soll gezeigt werden, welche Konzepte sich für die Handlungsmotive als maximale Kontrasthorizonte aufzeigen lassen. Weiterführend soll aufgeführt werden, wie sich diese Konzepte zu den Kategorien „passive“ und „aktive“ Beziehungsgestaltung abstrahieren lassen. Unter passiver Beziehungsgestaltung

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

ist zu verstehen, dass der Therapeut eigene Wahrnehmungen, Hypothesen und Meinungen und für sich behält und diese auf keinem Wege in die Beziehung einbringt. Dies zeichnet sich durch beobachtendes, zurückhaltendes und schweigsames Verhalten aus. Dem gegenüber steht die Kategorie der aktiven Beziehungsgestaltung. Hier bringt der Therapeut eigene Wahrnehmungen, Hypothesen und Meinungen ein, wodurch aktiv eine Fokussierung auf ein bestimmtes Thema angeregt wird.

4.5.1.1 Kategorie passive Beziehungsgestaltung

Im Selbstverständnis von E1 kommt ihre passive Beziehungsgestaltung an folgender Stelle zum Ausdruck:

„Meine Aufgabe als Tiefenpsychologin ist zu schauen, was tut es da und warum tut es das jetzt gerade. Warum nicht schon vor vier Wochen? Warum Jetzt? Was macht's da? Was zeigt's mir? Und, äh, das erstmal für mich zu verstehen und ne Hypothese zu bilden. Ohne dem jetzt, sozusagen, ohne das Kind zu deuten.“ (E1, #00:19:38-9#)

Zu Beginn verweist E1 auf ihre tiefenpsychologische Identität. Im Vordergrund ihres Handelns steht das Schauen und Beobachten mit der Intention das Verhalten des Patienten vertiefend verstehen zu wollen (was tut es da, warum tut es das). Sie begreift das Patientenverhalten in einem zeitlich-räumlichen Kontinuum und bringt es somit in eine Beziehung zum Therapeuten (warum tut es das jetzt gerade). Sie versteht sich selbst nicht nur als objektiven Beobachter, sondern auch als Akteur auf einer subjektiven Ebene. Innerhalb dieser Beziehungsdynamik sieht E1 ihre Funktion als eine Art Transformator, der die Handlung des Patienten in einen Sinnzusammenhang bringt (Hypothesen bilden). Gleichzeitig ist sie sich darüber bewusst, dass sie ihre eigenen Ideen und Überzeugungen zurück nehmen muss, um der Persönlichkeit des Patienten einen Raum zur Entfaltung zu geben (erstmal für mich zu verstehen). Darin wird ihr Selbstverständnis deutlich, dass sie sich darüber bewusst ist, dass ihre eigenen Wünsche und Erwartungen sich in ihren Hypothesengerüsten als Projektionen zeigen können, was zu einer verzerrten Wahrnehmung des Patienten führen kann (ohne das Kind zu deuten). Verzerrungen zu vermeiden, kann als ein zentrales Handlungsmotiv gesehen werden, was auf der Handlungsebene zu einem zurückhaltenden, beobachtenden Vorgehen der Therapeutin führt. Dies wird auch an folgender Stelle im Interview deutlich.

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

„[...]Ich kenne mich ja inzwischen auch und ich weiß das ich auch manchmal zu (.), ähm, zu streng sein kann oder zu schnell sein kann, oder zu viel will. Ja. Und dann ist der Sand ein guter Schutz für die Kinder, vor mir auch. Na, dass ich mich da auch zurückhalte und die Kinder ihren Raum haben.“ (E1; #00:21:58-6#)

Im vorangegangenen Zitat beschreibt sie, wie sie ihre eigenen Persönlichkeitsanteile reflektiert und abwägt, inwiefern diese die Beziehung zu den Patienten beeinflussen können. In diesem Zusammenhang erlebt die Therapeutin den Sandkasten sogar als Hilfs-Ich-Funktion für sich selbst. Die Beziehung wird als Raum gesehen, indem durch das Verhalten des Therapeuten beim Patienten ein Gefühl des Geschütztseins eintreten soll (die Kinder ihren Raum haben).

Auch im Selbstverständnis von E2 ist eine passive Beziehungsgestaltung zu erkennen, was sich exemplarisch an folgender Passage nachvollziehen lässt.

„[...] das ist vielleicht noch wichtig [...]meine Aufgabe ist die des Beobachters, ne. Und, äh, ich schreibe n bisschen auch die Reihenfolge mit, äh, was das Kind, ähm, hinstellt. Oder zum Beispiel, wenn es etwas in die Hand nimmt und reinsetzen will in den Sandkasten, es aber dann doch wieder wegstellt. Ja. So etwas, äh, beobachte ich.“ (E2; #00:17:10-0#)

Eine ihrer Aufgaben (das ist vielleicht noch wichtig) versteht sie darin, zu notieren, was der Patient macht, seine Handlung zu beobachten, mit dem Ziel ein Verständnis für vordergründige (Reihenfolge), aber auch für hintergründige (wieder wegstellen) Handlungsmuster zu erlangen. Damit grenzt sie sich gleichzeitig von einem anleitenden, regulierenden Verhalten ab. Wie es auch für das Selbstverständnis von E1 gezeigt werden konnte, ist auch E2 primär daran interessiert, den Sinn in dem Verhalten des Patienten zu erkennen. Um dies zu erreichen, nimmt sie eigene Impulse zurück und beobachtet, wie sich der Patient im Umgang mit dem Material verhält. Diese Überzeugung spiegelt folgende Interviewpassage wider:

„[...]also meine Aufgabe ist ja, das ist ja in der Sandspieltherapie ganz wichtig, ich ermögliche. Ich ich stelle bereit, ich stelle diese [...]Vielzahl von symbolischen, äh, Materialien zur Verfügung und ich stelle, das was sie schon gehört haben, nämlich den freien und geschützten Raum, den biete ich an. Und ich biete mich als [...]Person dar, die ne Containerfunktion hat [...]“ (E2; #00:22:09-6#)

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Hier beschreibt sie, dass die Aufgabe „etwas zu ermöglichen“ nicht nur ihre persönliche Grundhaltung ist, sondern für sie ein übergeordnetes Merkmal der Sandspieltherapie darstellt. Damit löst sie das Motiv von ihrem persönlichen Selbstverständnis ab und ordnet es einer überindividuellen Therapierichtlinie zu. Weiter erklärt sie, dass sie „etwas ermöglicht“, indem sie „Material und einen Raum bereitstellt“. Sie versteht sich selbst als ein Anbieter verschiedener Ressourcen (Material und geschütztem Raum), die sie dem Patienten zur Verfügung stellt. Damit grenzt sie sich davon ab, selbst etwas zu gestalten oder aktiv die Beziehung zu steuern. Darüber hinaus erklärt sie, dass sie sich selbst als „Containerfunktion“ anbietet. Damit greift sie das psychoanalytische Theoriekonzept des Containment von BION (1992) auf, indem der Therapeut die abgewehrten Affekte des Patienten in sich aufnimmt und dem Patienten in mentalisierter Form zur Integration anbietet. Auch hier spiegelt sich eine passive, beobachtende Beziehungshaltung im Selbstverständnis von E2 wider. Diesem Selbstverständnis liegt das Motiv zugrunde, den Patienten die aktive Rolle in der Beziehungsgestaltung zu geben, damit sich seine Persönlichkeit vollends entfalten und der Therapeut dessen vordergründige und hintergründige Themen (bspw. abgewehrten Affekte) erfassen kann. Hier lässt sich eine Parallele zum Selbstverständnis von E1 herstellen, die ihre zentrale Aufgabe darin sieht, die Inszenierung der Patienten in einen zeitlich-räumlichen Sinnzusammenhang zu bringen. Für beide Therapeuten ist diese Aufgabe eher aus einer passiven Beziehungsgestaltung heraus möglich zu erfüllen. Im Sinne eines psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Selbstverständnisses gestalten beide Therapeuten ihre Beziehung zum Patienten überwiegend passiv. Durch ihre zurückhaltendes und beobachtendes Beziehungsangebot suggerieren sie dem Patienten: „Hier geht es um dich und deine Bedürfnisse. Ich bin an deinen Themen interessiert“. Sie erhoffen sich so beim Patienten ein Vertrauensgefühl anzuregen, dass in erster Linie Sicherheit erzeugen soll. In der Psychodynamischen Theorie ist diese Art der Beziehungsgestaltung die Basis dafür, dass der Patient sich frei fühlt, sich öffnen und schwierige Themen bearbeiten kann.

Im Selbstverständnis von E3 lässt sich eine passive Beziehungsgestaltung an folgender Stelle finden.

„[...] ich versuche auch gleichzeitig erstmal am Anfang des Prozesses so ähm Rückschlüsse auch zurück zu halten, also nicht zu früh Rückschlüsse zu ziehen. [...]Also ich versuch dann immer meine Ideen [...]zurück zu nehmen und ja den Prozess seinen Lauf zu lassen.“ (E3; #00:12:24-2#)

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Hier wird deutlich, dass sie zu Beginn (erstmal am Anfang) des therapeutischen Prozesses eine zurückhaltende Haltung zeigt (meine Ideen zurückzunehmen). Dies begründet sie damit, dass sie dem Patienten den Freiraum geben möchte, unbeeinflusst von ihren eigenen Gedanken frei zu gestalten. Darin wird ihr Selbstverständnis deutlich, dass jeder therapeutische Prozess individuell ist und seine eigene, unvorhersagbare Dynamik hat. Wie auch E1 und E2 versteht E3 ihre Anwesenheit im therapeutische Prozess als wichtiges Element. Sie vertritt die Auffassung, dass das therapeutische Sandspiel nur dann hilfreich ist, wenn der Therapeut den Sinn der Handlung des Patienten erkennt und versteht. Auf diesem Weg erfährt der Patient eine Wertschätzung seiner Selbst, wodurch er ermutigt wird, sich weiter zu öffnen, was den Therapieprozess weiter anregt. Im folgenden Abschnitt, lässt sich dieses zentrale Motiv für das Selbstverständnis von E3 wiederfinden.

„Ja, ich ich glaube, dass äh, dass es ein ganz großer Unterschied ist, ob äh, jemand alleine in der Sandkiste was aufstellt, oder ob da jemand ist, der [...] den Prozess beobachtet und der auch [...] Verständnis ausstrahlt, Wohlwollen ausstrahlt [...] vermitteln kann, dass äh, das Kind sich sicher fühlt in dem Moment. Und dadurch ein, sozusagen Freiheit gewährt innerhalb des Rahmens der Sandkiste. Darum geht's eigentlich.“ (E3; #00:09:03-5#)

Sie unterstreicht die besondere Qualität der therapeutischen Beziehung, indem sie es mit dem „alleine bauen“ vergleicht. Damit grenzt sie den Bauprozess innerhalb der Therapiestunde ab von einer alltäglichen Spielsituation, indem das Kind entweder alleine ist oder es mit einem Spielpartner zu tun hat, der seine eigenen Interessen einbringt. Ihrer Auffassung nach fehlt beim „allein spielen“ das Gegenüber, dass eine, dem Kind zugewandte, wohlwollende Haltung einnimmt. Hintergründig verweist sie darauf, dass das Kind zwar eine Möglichkeit findet sich selbst auszudrücken, es aber mit schwierigen Emotionen alleine bleibt. Es gibt kein lebendiges Gegenüber, dass in der Inszenierung auftauchende bedrohliche Gefühle gemeinsam mit ihm aushalten kann (ob da jemand ist, der auch Verständnis ausstrahlt). Indirekt grenzt E3 die therapeutische Beziehung auch von einer Spielsituation mit Eltern oder Freunden ab. In einer solchen Spielinszenierung könnte es zum Ausbruch innerer Konflikte oder Ängste kommen, was beim Spielpartner ebenfalls bedrohliche Gefühle hervorrufen und überfordern könnte. Um den drohenden Beziehungsabbruch abzuwenden, muss sich das Kind im „alltäglichen Spiel“ auf die Bedürfnisse seines aktiven Spielpartners einstellen. Dadurch wird das Spiel hauptsächlich zur sozialen Interaktion, in der das Kind sich erproben und bewähren muss, so

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

dass ein geringerer Schutzraum vorhanden ist, was zu Lasten des freien Gestaltungsraumes gehen kann. Der Auffassung von E3 nach entsteht durch das beobachtende, verständnisvolle und auf den Prozess konzentrierte Verhalten des Therapeuten ein Raum, der zugleich Schutz und Freiheit bietet (dass das Kind sich sicher fühlt in dem Moment). Wie auch E1 und E2 liegt für E3 darin die Motivation der passiven Beziehungshaltung. Weiter im Text wird deutlich, dass die passive Haltung von E3 auch dadurch motiviert ist, eigene Projektionen auszuschließen.

„Ähm ich hab die Erfahrung gemacht, dass in den ersten drei Sandbildern sich oft ähm schon deutlich ein Problem zeigt, auch in der Auswahl der Figuren unter Umständen. Und trotzdem versuche ich offen zu bleiben und mir zu erlauben, dieser Prozess kann auch [...] ganz anders weiter laufen als ich denke, als ich mir jetzt vielleicht überlegt habe. (E3; #00:12:39-6#)

In dieser Passage beschreibt E3, dass sie bereits bei der Gestaltung der ersten Sandbilder des Patienten auf ihre Erfahrung zurückgreift, um die psychische Problematik des Patienten erkennen zu können (in den ersten Bildern sich deutlich das Problem zeigt). Sie erklärt, dass sie patientenübergreifend wiederkehrende Strukturen beobachtet, die auf grundlegende seelische Konflikte des Patienten schließen lassen (Auswahl der Figuren). Gleichzeitig betont sie, dass darin eine Gefahr liegt, den Patienten nicht in seiner Individualität, sondern unter der Schablone des Therapeuten zu sehen. Indem sie ihre eigenen Ideen zurücknimmt (offen bleiben), geht sie wieder in ein passiveres Verhaltensmuster und schärft zugleich ihren Blick für die persönliche Situation des Patienten. In dem sie den Prozess „laufen lässt“, gibt sie dem Patienten zu verstehen, dass er der aktive, gestaltende Teil der Beziehung ist und der Therapeut ihn mit seiner professionellen Erfahrung und dem Interesse an seiner Person zur Verfügung steht. Somit vermittelt E3 durch fachliche Kompetenz und individueller Zuwendung dem Patienten das Gefühl, in der Beziehung sicher aufgehoben zu sein. Darin kann auch ihre Motivation für eine passive Beziehungsgestaltung gesehen werden. So wie es auch E1 und E2 beschreiben, versteht sich auch E3 als den Teil in der Beziehung, der den Rahmen für den Gestaltungsraum des Patienten herstellt, anbietet und hält.

Dieses Motiv lässt sich in ähnlicher Form auch für das Selbstverständnis von E4 herausstellen.

„Ich bin oft im Sand eher als die Beobachterin dabei, äh, ich übernehme zwar durchaus auch verschiedene Figuren und vergewissere mich dann aber auch oft,

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

ob das wie ich spiele, ob das für das Kind stimmt. Ja um nicht so viel von meinem reinzubringen, sondern zu schauen, tune ich mich so richtig gut ein auf das Kind, ne.“ (E4; #00:38:35-6#)

Sie beschreibt, dass sie grundsätzlich ein passives Beziehungsverhalten gegenüber dem Patienten einnimmt (bin eher als Beobachterin dabei). Wie auch die anderen drei Interviewpartner übernimmt sie dabei eine beobachtende, nicht lenkende Rolle. Dies ermöglicht es dem Patienten, sich frei auszuleben und zu entfalten und lässt den Schluss zu, dass auch E4 ein vertieftes Verständnis für die individuelle Problematik des Patienten erlangen möchte. Ihre eigenen Ansichten und Überzeugungen setzt sie dabei in den Hintergrund und konzentriert sich auf die Inszenierung des Patienten. Darin wird ihre passive und abwartende Beziehungsgestaltung im Selbstverständnis deutlich. Wie bereits für die anderen drei Experten festgestellt werden konnte, sieht auch sie ihre Aufgabe darin, wahrzunehmen, was der Patient mit der Inszenierung im Sand gerade ausdrücken will, um so ein Verständnis für sein Erleben zu erhalten. Wie im Selbstverständnis von E1, E2 und E3 zu finden war, ist E4 ebenfalls bemüht, eigene Interpretationen soweit wie möglich zurückzuhalten, um kein verzerrtes Bild von der inneren Welt des Patienten zu erhalten (um nicht zu viel von meinem reinzubringen). Im Kontrast zu den drei anderen Therapeuten führt E4 an, die beobachtende Haltung durchaus auch zu verlassen, indem sie bereit ist, Figuren im Sandspiel zu übernehmen. Aus ihren Erklärungen wird deutlich, dass ihr Motiv für dieses Vorgehen darin liegt, die Gefühlswelt des Patienten, über eine Art Identifizierung (richtig eintunen), selbst zu erfahren. Damit zeigt sie, dass ihr Verhalten nicht die Intention beinhaltet, eigene Ideen in die Beziehung einzubringen, sondern die Gefühle des Patienten widerzuspiegeln. Dabei orientiert sie sich eng an der Rückmeldung des Patienten, ob ihre Handlungen dessen Erleben richtig ausdrücken (vergewissere mich oft, ob es für das Kind stimmt). Sie tritt dem Patienten gegenüber in einer Art Hilf-Ichs-Funktion auf, indem sie emotionale Anteile aus seiner Erlebniswelt wahrnimmt, aufgreift und zum Leben erweckt. Auf diese Weise handelt sie zwar aktiv, bleibt aber in einer passiven Beziehungsgestaltung und vermittelt dem Patienten, ausschließlich an seiner Wahrnehmungswelt interessiert zu sein. Indem sie bereit ist, emotionale Anteil zu spielen, ermöglicht sie es ihm auch negative, verdrängte Emotionen zu thematisieren, ohne dass der Patient diese selbst erleben muss. Das wird an folgender Passage erkennbar:

„[...] nehmen wir mal an, ich krieg ne Figur[...] zum Spiel, die die Position hat hier so die ganze Hilflosigkeit äh, oder das Ausgeliefertsein so darzustellen, dann

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

könnte das so sein, dass ich das zum Beispiel kindgerecht irgendwie formuliere. Oh, das ich mich hier grad ganz blöd fühl und äh, das ich gar nicht weiß, was ich jetzt machen kann und wie schrecklich das ist. Und dann vielleicht irgendwas sage, ach, kann mir denn keiner zu Hilfe kommen, oder Äh, gibt es denn keinen Platz, wo ich sicher bin, oder so was könnte ich dann praktisch [...] sagen.“ (E4, #00:40:18-6#)

Im Selbstverständnis von E4 wird eine Parallele zu dem Selbstverständnis von E2 deutlich. Der Therapeut bietet sich in beiden Fällen als eine Containerfunktion an, in der er abgewehrte oder abgespaltene Gefühle des Patienten in sich aufnimmt, sich selbst begreiflich macht (mentalisiert) und dem Patienten in passender Form zur Integration wieder anbietet (kindgerecht formulieren). An dieser Erklärung lässt sich auch eine Verbindung zu dem als Transformator beschriebenen Selbstverständnis von E1 herstellen, in der der Therapeut als eine Art Übersetzer von emotionalen Inhalten des Patienten fungiert. Über das Agieren auf der Symbolebene schafft E4 Distanz und signalisiert dem Patienten, dass seine „schweren“ Themen in der therapeutischen Beziehung Platz haben. Darüber hinaus gibt sie ihm zu verstehen, dass sie in der Lage ist, seine bedrohlich empfunden Gefühle auszuhalten. Mittels diesen Verhaltens schafft sie einen Beziehungsraum, in dem der Patient das Gefühl von Sicherheit und des Geschütztseins erfährt. An einer weiteren Stelle im Interview tritt dies nochmals deutlich hervor.

„[...] dass man sich das wirklich in Ruhe einfach anschauen kann und eben, äh, in dem man einfach Figuren nimmt und [...] das praktisch mehr auch auf so ne symbolische Ebene nimmt. Ne, und ähm, dass man vieles einfach nicht so direkt ausdrücken muss. Sondern einfach, äh, vermittelt dieser Symbole und dadurch vieles einfach leichter ist darzustellen, äh und irgendwie besprechbar oder bearbeitbar.“ (E4, #00:14:42-3#)

Sie bringt hier zum Ausdruck, dass die Bearbeitung der Thematik des Patienten auf symbolischer Ebene eine Distanzierung ermöglicht (nicht so direkt ausdrücken), welche wiederum eine entspannende Wirkung auf die therapeutische Beziehung (in Ruhe anschauen kann) und somit auch auf den therapeutischen Prozess an sich (vieles leichter darzustellen, besprechbar und bearbeitbar ist) hat. Weiter verweist sie hier auch auf ihre Beobachterrolle (anschauen kann), was ihre passive Haltung in der Beziehungsgestaltung zum Patienten deutlich macht. Es kann also festgehalten werden, dass im Selbstverständnis von E4, gleich dem Selbstver-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

verständnis von E1, E2 und E3 das Handlungsmotiv „einen sicheren und geschützten Raum anbieten zu wollen“, aufzufinden ist.

Es hat sich gezeigt, dass im Selbstverständnis der Experten das passive Verhalten dadurch gekennzeichnet ist, dass sie ihre eigene Sichtweise nicht in den therapeutischen Prozess einbringen. Folgende Handlungsmotive hierfür konnten im Interviewmaterial gefunden werden:

- a) sich als Beobachter begreifen,
- b) einen sicheren und geschützten Raum herstellen,
- c) eigene Gefühle als Resonanz auf das Erleben des Patienten verstehen,
- d) es dem Patienten ermöglichen wollen, sich frei zu entfalten,
- e) eigene Interpretationen zurückstellen.

An den Schnittmengen dieser Motive wird deutlich, dass in der Anwendung des therapeutischen Sandspiels alle Experten das Selbstverständnis teilen, sich selbst in einer Beziehung zum Patienten zu erleben. Innerhalb dieser Beziehung steht der Patient mit seinem Erleben im Mittelpunkt, was dazu führt, dass der Therapeut sich passiv verhält, indem er seine eigenen Überzeugungen und Ansichten zurückstellt und seine psychischen Ressourcen (bspw. Affektwahrnehmung und -identifizierung) dem Patienten zur Verfügung stellt, mit dem Ziel konflikthafte Themen verarbeiten zu können. Dabei können die Motive „sich als Beobachter begreifen“, „eigene Gefühle als Resonanz auf das Erleben des Patienten verstehen“ in das Konzept „einen Raum generieren im Inneren“ überführt werden. Die Motive „es dem Patienten ermöglichen wollen, sich frei zu entfalten“, und „eigene Interpretationen zurückstellen“ können in das Konzept „einen Raum generieren im Außen“ übergeordnet zusammengefasst werden. Das Motiv „einen sicheren und geschützten Raum herstellen“ kann in beide Konzepte kategorisiert werden. Vor diesem Hintergrund stellen die Konzepte „einen Raum generieren im Außen“ und „einen Raum generieren im Inneren“ den maximalen Kontrasthorizont der passiven Beziehungsgestaltung dar. Für beide Konzepte gilt, dass der Therapeut im Interventionsmodus des Beobachters auftritt. Folgende Abbildung soll einen zusammenfassenden Überblick über diese Kategorisierung geben.¹¹

¹¹ Quelle: eigene Darstellung

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

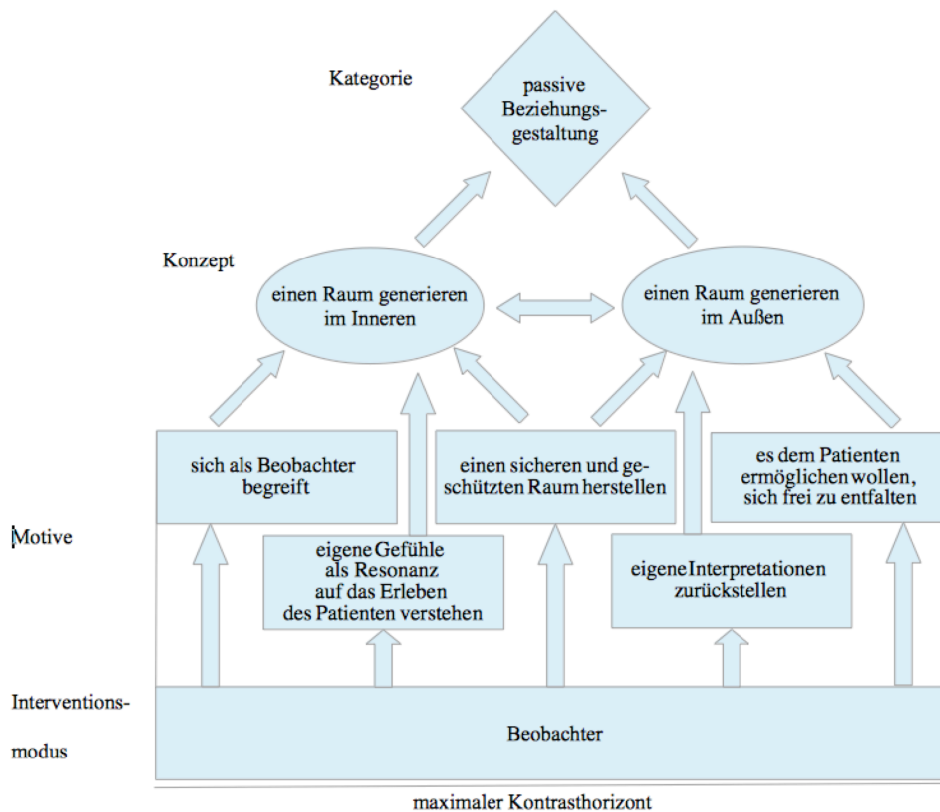


Abbildung 3: Kategorisierung „passive Beziehungsgestaltung“

Als maximaler Kontrast zur passiven Beziehungsgestaltung ist in allen Interviews auch ein Selbstverständnis über das Beziehungserleben zu finden, das auf eine aktive Beziehungsgestaltung der Experten hinweist. Inwiefern sich diese zeigt und wodurch sie motiviert ist, soll im folgenden Punkt deutlich gemacht werden.

4.5.1.2 Kategorie aktive Beziehungsgestaltung

E1 beschreibt ihre Art der aktiven Beziehungsgestaltung wie folgt:

„[...] vielleicht so fünf Minuten vor Ende der Stunde [...] stell ich mich mit dem Kind nochmal [...] auf dessen Seite vor den Sandkasten und gebe nochmal ne Intervention. Sage nochmal, was mir heute aufgefallen ist. [...] zum Beispiel: Mir ist heute aufgefallen, du hast [...] viel Zeit im Sandkasten damit verbracht, dass du ausprobiert hast, ähm, wie sollen die Figuren am Besten stehen. Das war dir heute, hab ich den Eindruck gehabt, das war dir heute besonders wichtig. Dieses Thema war dir heute irgendwie besonders wichtig. Ja, oder: Du hast heute sehr

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

viel Zeit damit ver/, es besonders schön zu bauen. Na, mir is aufgefallen du hast Spaß dran, dass es ganz ordentlich gebaut wird.“ (E1; #00:14:38-0#)

In dieser Passage wird gezeigt, dass E1 sich erst am Ende der Stunde (fünf Minuten vor Schluss) entscheidet ihre bisher passive Haltung zu verlassen, um in eine aktive überzugehen (gebe nochmal ne Intervention). Die Intervention besteht darin, dem Patienten eine Rückmeldung anzubieten (sage nochmal was mir aufgefallen ist), wie sein Verhalten auf die Therapeutin gewirkt hat und welche Rückschlüsse sie daraus auf das Erleben des Patienten zieht (Eindruck gehabt, dass war dir wichtig/du hast Spaß gehabt). Somit selektiert sie aus dem Verhalten des Patienten ein Muster heraus und bietet es ihm zur Besprechung an. Auf diesen Weg gibt sie ihm zu verstehen, welche Thematik aus ihrer Sicht für die Therapie wichtig sein könnten und strukturiert gleichzeitig den therapeutischen Prozess. Darüber hinaus verweist sie implizit auf eine Richtung, in die sich die Therapie entwickeln könnte. Im folgenden Textabschnitt wird ihre Motivation für dieses Verhalten deutlich.

„[...] das ich nochmal sage: ich habe gemerkt, dass hat dir richtig Spaß gemacht, dass der Sand so sich gut anfühlt [...]solche Intervention. Immer in der Hoffnung, dass dann, ähm, so n Stückchen nochmal Fokussierung passiert. Dass das ja ne Therapie is und nicht nur Spaß. (.) In der Hoffnung, dass das auch weiter wirkt und beim nächsten Mal vom Kind vielleicht irgendwie verarbeitet wurde und dann kommt das nächste Thema und das nächste Thema. Das man sich dann so, wie an so ner Schnur weiter hangelt.“ (E1; #00:15:40-9#)

Hier lässt sich im Selbstverständnis von E1 erkennen, dass das Motiv für ihre Interventionen ist, die Wahrnehmung des Patienten auf ein, für die Therapie wichtiges Thema zu lenken (Stück Fokussierung passiert). Damit möchte sie bewirken, dass der Patient die Sandspieltherapie als einen therapeutischen Prozess begreift (dass das ne Therapie ist und nicht nur Spaß), indem es darum geht, sich selbst wahrzunehmen und zu verstehen. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass sie als Person auch ein Anliegen an die Therapie hat, was sie dazu bringt, die therapeutische Beziehung aktiv zu gestalten. Indem sie die Rolle des „stummen“ Beobachters verlässt und einen Zusammenhang zwischen seinem äußeren Verhalten und seiner inneren Welt herstellt, gibt sie ihm die Möglichkeit sich zu erspüren und seine Handlungen in einem Sinnzusammenhang zu begreifen. Auf diesem Weg möchte sie erreichen, dass sich der Patient selbst als Gestalter seiner eigenen Welt begreift und er selbst etwas bewirken kann. Des Wei-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

teren verspricht sie sich, dass der Therapieprozess fortschreitet (kommt das nächste Thema und das nächste Thema / an so ner Schnur weiter hangelt) und eine Reifung und Genesung des Patienten erreicht wird (immer in der Hoffnung, dass es wirkt). An einer anderen Stelle im Interview tritt dieses Motiv in ihrem Selbstverständnis deutlich hervor.

„[...] Kinder müssen selbstwirksam werden, das heißt, sie müssen selber erleben, dass sie selber was tun, weil ihnen ja die heutige Gesellschaft alles vorsetzt und es ist eh rundum alles vorgegeben. Kinder haben gar keine Freiräume mehr. Diese Selbstwirksamkeit für ein Kind ist in der Sandtherapie absolut gegeben.“ (E1, #00:34:42-0#)

E1 bringt hier zum Ausdruck, dass sie ein wesentliches Ziel darin sieht, dem Kind zu ermöglichen, sich selbst zu erforschen und zu erleben (Kinder müssen selber erleben und selber was tun). Sie begründet dies damit, dass sie eine gesellschaftliche Entwicklung wahrnehme (in der heutigen Gesellschaft alles vorgeetzt), die Kindern wenig Freiräume biete, sich selbst zu erproben. Darin sieht sie eine Gefahr (Kinder haben keine Freiräume) und macht deutlich, dass das therapeutische Sandspiel in ihren Augen diese Freiräume bietet und sie selbst, als Sandspieltherapeutin, der gesellschaftlichen Entwicklung entgegenwirken will. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass E1 zu ihrem, unter 3.5.1.1 beschriebenen passiven Beziehungsverhalten auch ein aktives Beziehungsverhalten anwendet. Ihre aktive Beziehungsgestaltung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie die Rolle des Beobachters verlässt, ihre persönliche Wahrnehmung über den therapeutischen Prozess dem Patienten gegenüber rückmeldet und ein eigenes Anliegen an die Therapie hat.

Auch im Selbstverständnis von E2 lässt sich, als Kontrast zur passiven, eine aktive Beziehungsgestaltung herausstellen. Dies wird an folgender Stelle im Text deutlich.

„[...] und ich frage dann: Ja, was hast du denn hier gebaut und so? Und das Kind erzählt, ne [...] Und dann gibt's auch mal so Fragen [...], ob sich das Kind mit irgendjemanden in diesem Bild identifiziert. [...] Und ich frage dann zum Beispiel [...], wenn du hier mit hineingehen könntest, wer würdest du denn am liebsten mal sein, oder, wo wäre dein Platz? Ne. Und da kommt in der Regel ne Antwort. Und äh, und das bedeutet ja eben auch, ne, für uns äh, is es, wie wir das dann bewerten und Hypothesen aufstellen über die Problematik des Kindes, ne.“ (E2; #00:11:18-5#)

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Sie beschreibt, wie auch E1, dass sie die Beobachterrolle aufgibt und mittels einer Fragestellung an den Patienten eine Fokussierung vornimmt. Indem sie nach der Identifikation fragt (wer würdest du denn am liebsten sein), vermittelt sie dem Patienten, dass das Sandspiel ein Ausdruck seiner Selbst ist und im Sinne der Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis einen therapeutischen Effekt haben kann. Im Kontrast zu E1 erreicht sie dies jedoch nicht durch das Offenlegen eigener Interpretationen, sondern durch selektives Erfragen zur Inszenierung. Weiterführend wird in dieser Passage erkennbar, dass E2 mit ihrer aktiven Handlung, dem Erfragen, ein diagnostisches Erkenntnisinteresse verfolgt (wie wir das bewerten und Hypothesen aufstellen über die Problematik). Die Antworten des Patienten nutzt sie, um ihre eigenen Hypothesen zu überprüfen von eigenen Projektionen zu reinigen und ein vertieftes „klareres“ Verständnis für die psychische Problematik des Patienten zu erlangen. Dabei bewirkt sie auch, dass der Patient über sich selbst nachdenkt und einen Zugang zu seinem inneren Erleben gelangt. Gegenüber dem Handlungsmotiv von E1 lässt sich im Selbstverständnis von E2 ein Kontrasthorizont aufzeigen. Zwar vermittelt E2, wie auch E1, über ihre Fragen indirekt dem Patienten, dass dieser in seiner Inszenierung sich selbst erkundet und darüber auch selbstwirksam ist (wo wäre denn dein Platz), ist aber weniger daran interessiert der Therapie damit eine bestimmte Richtung zu geben. Vielmehr liegt das Ziel ihrer Handlung darin, die Zusammenhänge der psychischen Störung zu begreifen. Das dies ein zentrales Motiv in ihrem Selbstverständnis für die aktive Beziehungsgestaltung ist, illustriert auch folgende Stelle des Interviews:

„Ich möchte mich vergewissern, äh, ob ich, äh, äh, richtig liege. Das heißt also, meine Aufgabe ist ja mich ein bisschen also emphatisch in das Kind einzufühlen, ne. Und ich weiß ja in der Zeit auch schon n bisschen was, äh, aus dem Anamnesegespräch mit den Eltern [...] ja, ich brauche n bisschen Bestätigung [...] von dem Kind. Also ne Gestaltung ist vielschichtig und vieldeutig, ne. [...] Ja, ich denk also, dass is n bisschen der Grund, um mich in die Gefühlslage oder auch in die, in die Phantasie, was möchte das Kind, äh, damit ausdrücken, hm (3) das ich da n bisschen ne Rückmeldung möchte.“ (E2, #00:15:04-1#)

Diese Passage zeigt, dass E2 zum Zeitpunkt der Sandinszenierung bereits Hypothesen über die Zusammenhänge der psychischen Störung des Patienten gebildet hat (vergewissern, ob ich richtig liege). Diese Hypothesen generiert sie auch aus der Befragung anderer Quellen (Anamnesegespräch mit den Eltern), die sie meist im Vorhinein durchgeführt hat. Die Sandinsze-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

nierung nutzt sie, um diese Hypothesen abzugleichen (brauche bisschen Bestätigung). Da sie von einer Vielschichtigkeit des Sandbildes ausgeht, fragt sie aktiv nach, um das für die Therapie Wesentliche aus dem Sandbild herauszufiltern. Dabei legt sie ihr Augenmerk auf ein Verständnis für das emotionale Erleben des Patienten (Gefühlslage, was möchte das Kind ausdrücken, Rückmeldung bekommen). An diesem Punkt wird der Kontrast zwischen den Selbstverständnissen von E1 und E2 bezüglich ihrer Handlungsmotivation für eine aktive Beziehungsgestaltung deutlich. Das aktive Handeln von E1 besteht aus individuellen Rückmeldungen, die zum Ziel haben, den Patienten auf ein bestimmtes Verhalten hin aufmerksam zu machen. Im Kontrast dazu besteht das aktive Handeln E2s darin, vertiefende Fragen zu stellen, die zum Ziel haben, ihre persönlichen Hypothesen über den Patienten abgleichen zu wollen. Das beide aktiv die Beziehung zum Patienten gestalten, ist darin zu erkennen, dass sich beide ein individuelles Bild über den Patienten gebildet haben und dieses, zwar in unterschiedlicher Form (E1 eher offensiv; E2 eher defensiv), in die therapeutisch Beziehung mittels Fokussierung einbringen. Im Moment, wo sie dies tun (bei E1 durch Rückmeldung, bei E2 durch gezieltes Rückfragen) geben beide dem therapeutischen Prozess aktiv einen individuellen Verlauf.

Auch in den Ausführungen von E3 lässt sich ein Selbstverständnis für eine aktive Beziehungsgestaltung finden. Dies zeigt folgende Stelle:

„Und dann wenn das Bild fertig ist, gucken wir nochmal zusammen das Bild an. Und ähm, ich lass mir vielleicht auch noch die ein oder andere Szene erklären, wenn mir da was auffällt, ein bestimmtes Symbol, sag ich: ist Ihnen das besonders wichtig? Oder aha, da wird vielleicht eine Mutter-Kind-Szene dargestellt oder verschiedene Tiere, die miteinander in Kontakt sind. Da frag ich da auch nochmal nach, ob das ne bestimmte Bedeutung hat, für das Kind. Ja, ob es dazu nochmal ne Erklärung abgeben möchte.“ (E3; #00:07:25-2#)

Wie es auch für E1 und E2 herausgearbeitet werden konnte, beschreibt E3 ebenfalls, dass sie erst aktiv wird, wenn der Bauprozess abgeschlossen ist (Bild fertig ist) und sie anschließend gemeinsam mit dem Patienten das Bild betrachtet (gucken wir nochmal zusammen). Während dieser Betrachtung achtet sie darauf, was das Bild in ihr auslöst und welcher Teil des Bildes eine besondere Resonanz hervorruft (wenn mir da was auffällt, ein bestimmtes Symbol). In diesem Moment entsteht in ihr ein persönlicher Eindruck über das Sandbild, was sie dem Pati-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

enten mittels einer Frage rückmeldet. Hier werden die Parallelen zum Vorgehen von E2 deutlich, was sich als Kontrasthorizont zum Selbstverständnis von E1 abbilden lässt. Während E1 aus ihrer emotionalen Resonanz auf das innere Erleben des Patienten schließt und ihm dies anbietet, versuchen E2 und E3 über eine Rückfrage an den Patienten mehr über dessen innere Welt zu erfahren (ob das ne bestimmte Bedeutung für das Kind hat). E2 und E3 haben vordergründig ein Erkenntnisinteresse daran, wie der Patient seine innere Welt erlebt, welche Bedeutung für ihn einzelne Aspekte der Inszenierung haben und gleichen dies mit ihrem Bild vom Patienten ab. E3's Intervention, Nachfrage über die Symbolbedeutung für den Patienten, impliziert, dass sie ein umfassendes Wissen über Symbolbedeutung hat, primär aber an der individuellen Bedeutung für den Patienten interessiert ist. Ihre aktive Beziehungsgestaltung ist demnach dadurch motiviert, ein individuelles Bild über das Erleben des Patienten zu erlangen. Durch diese Intervention erreicht sie, dass der Patient angeregt wird, sich selbst zu erforschen. Hier wird eine weitere Gemeinsamkeit mit dem Selbstverständnis von E2 und ein Kontrast zum Handlungsmotiv von E1, die vordergründig den Patienten auf ein Phänomen aufmerksam machen, deutlich.

Im Interview mit E4 lässt sich ihr Selbstverständnis für eine aktive Beziehungsgestaltung wie folgt wiederfinden.

„Ich bin relativ ruhig. [...]ich lasse das Kind machen [...] stell manchmal Fragen, äh, gebe vielleicht irgendeinen Kommentar. [...] Ja, also dass dann oft bei dem Mädchen die kleine Fee was dazu sagt, oder ne Frage stellt, ja. Oder vielleicht mal n Vorschlag bringt, ne. Oder was sagt, was ihr auffällt. Oder eben bei den Jungs nehme ich den kleinen Zauberer hier oder den kleinen Drachen, ja. [...] und das, äh, oft auch für die Kinder leichter ist, wenn praktisch der Beobachter, also nicht ich rede, sondern eine von diesen Figuren. [...] bleiben die oft mehr [...] auf der Ebene, wo sie nicht blockieren müssen.“ (E4; #00:15:54-9#)

In dieser Passage wird deutlich, dass E4, sowie auch E1, E2 und E3, ihre passive Beziehungshaltung erst im fortgeschrittenen Therapieverlauf verlässt (ich bin relativ ruhig, lasse das Kind machen) und in eine aktive Beziehungshaltung wechselt. Dies tut sie, indem sie Fragen stellt oder einen Kommentar gibt (kleine Fee was dazu sagt). Sie macht damit deutlich, dass das vom Patienten inszenierte Thema in ihr etwas anstößt, worauf sie reagiert. Im Kontrast zu E1, E2 und E3 agiert sie dabei nicht auf der Ebene der realen Welt, sondern begibt sich auf die

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Spielebene, indem sie eine von ihr gewählte Rolle (Fee oder Zauberer, Drache) übernimmt und als dieser Charakter zum Patienten spricht. Somit bringt E4 in mehrerlei Hinsicht ihre eigene Wahrnehmung in die Therapie ein (Kommentare, Vorschläge, Puppen), worin ihre aktive Beziehungsgestaltung sehr deutlich wird. Durch diese Intervention bietet sie dem Patienten ihre emotionale Reaktion über die von ihm inszenierte Thematik an, ohne dabei die therapeutische Beziehung zu gefährden. Diese Form der aktiven Beziehungsgestaltung lässt sich als weiterer Kontrast zum Selbstverständnis von E1, E2 und E3 abbilden. Während die Beschreibungen der Therapeuten darauf hinweisen, dass sie stets in ihrer Rolle als Therapeut verbleiben und nicht als aktive Spieler auftreten, macht E4 deutlich, dass sie auch mitspielt und darüber hinaus auch eigene Figuren einbringt. Betrachtet man ihre Motivation dafür, werden Überschneidungen zu den Selbstverständnis von E1 deutlich. E4's Begründung für ihre Intervention liegt darin, die Abwehr des Patienten minimieren zu wollen (wo sie nicht blockieren müssen). In dieser Erklärung wird deutlich, dass sie die Therapie versucht anzuregen und „am laufen halten will“, was in einer ähnlichen Form auch bei E1 zu finden ist. An folgender Stelle beschreibt E4 dieses Motiv genauer:

„Wenn ich das Gefühl habe, sich jetzt wirklich ganz konkret mit ner Sache genauer zu beschäftigen, wäre jetzt dran. Ne, und wenn ich das Gefühl habe, wenn ich jetzt nicht anleite, dann rutscht es weg. Ja, ähm Kinder mit, äh, traumatischen oder komplextraumatischen Hintergrund haben oft n großes [...] Vermeidungsverhalten. [...] Und äh, da ist es schon gut, auch mal zu sagen: komm! Wollen wir dazu mal ne Geschichte im Sand spielen? Oder [...] können wir für dich so was aufbauen wie n Bild von nem schön inneren sicheren Ort zum Beispiel. Äh, wollen wir uns mal angucken, was es dir in bestimmten Zeiten so schwierig macht, oder was dir so Angst macht?“ (E4; #00:11:27-8#)

In dieser Passage lässt sich erkennen, dass E4 das therapeutische Sandspiel in das theoretische Gerüst der Traumatherapie einbettet (Kinder mit komplextraumatischen Hintergrund). Unter diesem Gesichtspunkt sieht sie eine Notwendigkeit darin, in der Therapie bestimmte Themen zu fokussieren (wenn ich nicht anleite, dann rutscht es weg), indem sie sie im Sandkasten selektiv bearbeitet (wollen wir dazu mal ne Geschichte im Sand spielen?). Mit dieser Intervention regt sie den Patienten direkt an, eine von ihr in der Situation als wichtig erachtet Thematik intensiv zu bearbeiten. Auf diesem Weg möchte sie den, aus traumatherapeutischer Sicht, pathologischen Vermeidungskreislauf aufheben, um so den Heilungsprozess voranzutreiben.

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Damit wird ihr Selbstverständnis deutlich, dass aus der therapeutischen Beziehung Impulse hervorgehen müssen, damit eine Heilung gelingen kann. Diese Impulse gibt sie in Form von Fokussierungen auf bestimmte Themen. Welche Themen sie dabei angeht, macht sie wiederum von ihrem Gefühl abhängig (wenn ich das Gefühl habe). Darin lässt sich erkennen, dass sie ihr Gespür als eine Art Navigationssystem nutzt, welches Thema in der Therapie gerade in den Fokus genommen werden kann. Auf diesem Weg wird sie zur aktiven Gestalterin in der therapeutischen Beziehung.

In der Verdichtung des Materials hat sich gezeigt, dass E1, E2, E3 und E4 jeweils grundsätzlich eine passive Beziehungsgestaltung wählen. Dies tun sie, um sich im Laufe der Stunde ein Bild über die aktuelle psychische Situation des Patienten machen zu können. Diese Bild wird in Beziehung zum gesamten therapeutischen Verlauf gesetzt und entsprechend des Anliegens des Therapeuten an die Therapie eingebracht. In dem Moment, wo der Therapeut sein Anliegen deutlich macht, wird er zum aktiven Gestalter der therapeutischen Beziehung. Für die aktive Beziehungsgestaltung konnten die unterschiedlichen Verhaltensweisen und -motive zu folgenden Konzepten verdichtet, die die maximalen Kontraste abbilden.

a) Fokussierung mittels „vertiefendem Nachfragen“

Für das Selbstverständnis von E2 und E3 konnte herausgestellt werden, dass sie mittels „vertiefendem Nachfragen“ zum Sandbild ihr inneres Bild vom Patienten (Hypothesen) abgleichen wollen. Diesem Vorgehen liegen die Motive zugrunde „eigene Projektionen auf den Patienten zurückzunehmen“ und ein „möglichst genaues Bild zu erhalten“. Darin wird deutlich, dass das aktive Verhalten aus einer ähnlichen Motivation erwächst wie das passive, jedoch durch unterschiedliche Verhaltensmuster gekennzeichnet ist. Gleichzeitig beabsichtigen sie durch das „vertiefende Nachfragen“ den Prozess der Selbsterkenntnis anzuregen und dadurch den therapeutischen Prozess „am Laufen“ halten zu wollen.

b) Fokussierung mittels Rückmeldung des eigenen Erlebens

Für das Selbstverständnis von E1 und E4 konnte festgestellt werden, dass sie mittels einer Rückmeldung über das, was sie vom Patienten und bei sich wahrgenommen haben zum aktiven Gestalter der therapeutischen Beziehung werden. Dabei kann die Rückmeldung auf der Real- oder Spielebene erfolgen mit dem Ziel, den Patienten auf einen bestimmten Aspekt seines Verhaltens (beispielsweise. Abwehr) aufmerksam zu machen. Darüber hinaus möchten sie erreichen, dass der Patient seine Handlungen in einem Sinnzusammenhang und sich selbst als Gestalter seiner Welt begreift. Weiterführend sind ihre Interventionen dadurch motiviert, dass

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

sie den psychotherapeutischen Prozess anregen und den Patienten bei der Heilung behilflich sein sollen.

Durch beide Intervention wird beim Patienten eine Fokussierung auf ein bestimmtes Thema oder eine Emotion (dargestellt in einer Szene, Symbolbedeutung, Verhalten während des Bauens etc.) erzeugt. Dies führt unweigerlich dazu, dass der Patient sich mit diesem, vom Therapeuten vorgeschlagenen Aspekt, beschäftigt oder abwehrt und gleichzeitig andere Themen in den Hintergrund verschoben werden. In diesem Moment greift der Therapeut aktiv in die Beziehung zum Patienten ein und verleiht der Therapie eine individuelle Note.

Folgende Darstellung fasst die Ergebnisse für die aktive Beziehungsgestaltung verdichtet zusammen:¹²

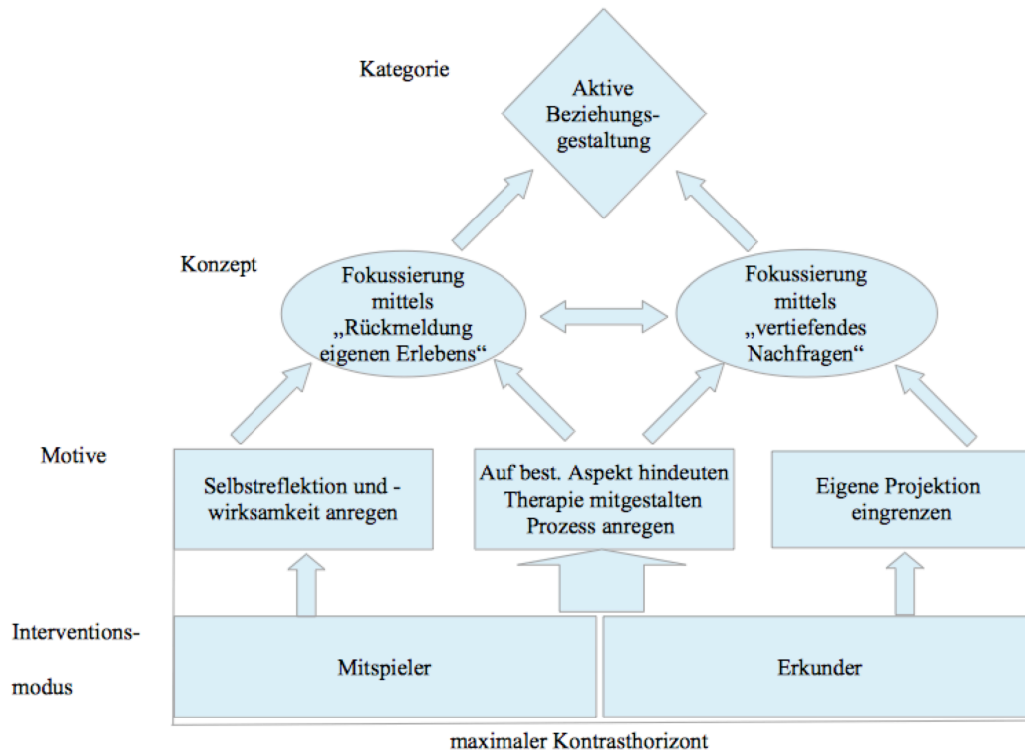


Abbildung 4: Kategorisierung „aktive Beziehungsgestaltung“

12 Quelle: eigene Darstellung

4.5.2 Beziehungsgestaltung vor dem Hintergrund der Therapieschulen

In der Analyse des Materials konnte gezeigt werden, dass eine Schlüsselkategorie in den Handlungsmotiven der Experten das Beziehungserleben ist. Diese lässt sich in die Unterkategorien „passive“ und „aktive“ Beziehungsgestaltung aufteilen.

Für die Kategorie der passiven Beziehungsgestaltung konnten übergreifende Verhaltensmuster kodiert werden, die alle Experten gemeinsam aufwiesen. Dazu gehören: „sich mit eigenen Impulsen und Projektionen zurücknehmen“, „beobachten“, „sich selbst reflektieren“. Für diese Verhaltensweisen konnten übergreifend folgende Motive kodiert werden. Die Therapeuten beabsichtigen einen „schützenden Raum herzustellen“, „Freiheit in der Gestaltung zu ermöglichen“, „den Handlungssinn des Patienten zu erkennen“, „den Patienten in seiner Individualität zu erleben“ sowie „Verzerrungen in ihrer Wahrnehmung zu vermeiden“. Deutlich wurde auch, dass die passive Beziehungsgestaltung übergreifend als „primäres Vorgehen“ in der Beziehung zum Patient angesehen wird und insbesondere während des Bauprozesses innerhalb einer therapeutischen Sandspielstunde zur Anwendung kommt. Da diese Verhaltensmuster und -motive als unabhängig von den Therapieschulen herausgestellt werden konnten, kann die passive Beziehungsgestaltung als Therapieschulen übergreifendes Verhaltensmuster angenommen werden.

Für die Kategorie der aktiven Beziehungsgestaltung konnte herausgestellt werden, dass die Therapeuten erst gegen Ende des Bauprozesses dieses Verhalten zeigen. Übergreifend konnte hierfür das Verhaltensmotiv „auf etwas Fokussieren zu wollen“ aufgezeigt werden. Dabei richtet sich die Fokussierung überwiegend auf ein Phänomen des Sandbildes oder aber auf einen bestimmten Aspekt des Patientenverhaltens während des Bauens. Die Art und Weise ihres Vorgehens konnte in folgende Konzepte kategorisiert werden, die sich als maximale Kontrasthorizonte gegenüber stehen:

- a) Fokussierung mittels „vertiefendem Nachfragen“
- b) Fokussierung mittels „Rückmeldung des eigenen Erlebens“

Diesen Konzepten konnten verschiedene Verhaltensmotive zugeordnet werden. So entschieden sich die Therapeuten für ein „vertiefendes Nachfragen“, um eigene Projektionen zurückzunehmen sowie um den Therapieprozess anzuregen. Für eine „Rückmeldung des eigenen Erlebens“ entschieden sich die Therapeuten, um die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion anzuregen sowie um den Therapieprozess am Laufen zu halten (siehe Abb. 2).

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

Vor dem Hintergrund der Therapieschulen kann festgehalten werden, dass sich die Therapeuten mit einer zertifizierten Sandspieltherapieausbildung anders verhalten als die Therapeuten, welche keine solche Ausbildung haben. Primär berichteten die Therapeuten mit dieser Ausbildung, dass sie ihre Sichtweisen in die Therapie mittels „vertiefendem Nachfragen“ einbringen. Wohingegen die ohne Ausbildung die Therapie aktiv gestalten, indem sie dem Patienten ein „Rückmelden des eigenen Erlebens“ geben. Auch hinsichtlich der Handlungsmotive lässt sich diese Unterteilung der Experten vornehmen. Während die ausgebildeten Sandspieltherapeuten sich vordergründig dafür aussprechen eigene Verzerrungen der Patientenwahrnehmung ausschließen zu wollen, um den Patienten ein möglichst hohes Maß an Verständnis zu geben, argumentieren die ohne Ausbildung dafür primär die Selbstwahrnehmung und Selbstreflektion beim Patienten anregen zu wollen.

Hinsichtlich des Interventionsmodus ist deutlich geworden, dass sowohl der Interventionsmodus „Erkunder“ als auch „Mitspieler“ angewandt wird. Dabei kann festgehalten werden, dass das Mitspielen von einer Expertin angewandt wird, die keine zertifizierte Sandspieltherapieausbildung besitzt. Folgende Textstelle zeigt, dass ihr Vorgehen im Zusammenhang mit ihrer fachlichen Ausrichtung (zertifizierte Traumatherapeutin) steht. Sie beschreibt dies wie folgt:

„[...] diese Figuren hier, die haben was in der Traumatherapie einfach ganz wichtig ist, äh, das man eben auch als Kind so was hat wie so n innerer Beobachter. Und im Sandkasten sind dann häufig so Püppchen, praktisch Beobachter die ich eben einführe, die sich das eben anschauen und eben liebevoll begleiten den Prozess. [...] und wir können eben genau im Sand gucken, gibt es Lösungswege, ne, was einfach in der Traumatherapie n großes Thema ist. Also was sind, äh, wie komme ich irgendwie raus aus der Situation.“ (E4; #00:43:34-1#)

Hieran zeigt sich, dass ihr Hauptfokus auf eine traumatherapeutische Arbeitsweise ausgelegt ist. Handlungsideen, die ihren Ursprung in der Traumazentrierten Psychotherapie mit Kindern haben, bspw. innere Beobachter einführen oder Lösungen finden (vgl. BRÄCHTER 2010), überträgt sie auf den Umgang mit dem Sandspielkasten. Sie verlässt den Beobachtermodus mit dem Ziel gemeinsam mit dem Kind eine konkrete Lösung zu finden. Damit erweitert sie die ursprünglichen Anwendungsideen der Sandspieltherapie und stellt eine Verbindung zu anderen Therapieschulen her. In folgender Aussage tritt dies sehr deutlich hervor:

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

„Ich bin ja eigentlich n Vertreter von diesem Integrativen, ne. Also ich hab nie Sandspiel in dem Sinne gelernt, ne. [...] das ist eigentlich mehr aus meinen ganzen Integrativen und was ich im Laufe der Zeit an Fortbildung gemacht habe und wie ich mich entwickelt hab, habe ich es einfach auf den Sand übertragen.“ (E4; #00:49:30-1#)

Es wird deutlich, dass E4, ihr Wissen um die Sandspieltherapie autodidaktisch erlernt hat. Sie erklärt, dass ihre eigene Identität sowie ihre individuelle Entwicklung als Therapeutin prägend für den Umgang mit der Sandspieltherapie ist. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sie in der Sandspieltherapie eine offene therapeutische Methode sieht, die für sie eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten zulässt. Mit dieser Flexibilität ist sie selbst identifiziert, was sie wiederum zum Arbeiten mit der Sandspieltherapie motiviert. Hieraus lässt sich ableiten, dass der Interventionsmodus des „Mitspielens“ nicht zufällig gewählt ist, sondern vor dem Hintergrund eines Theoriekonzeptes angewandt wird. Da in der zertifizierten Sandspieltherapieausbildung das Mitspielen ausgeschlossen wird, kann die Entscheidung „nicht mitzuspielen“ - sprich des „Erkundens“ - von jenen Therapeuten mit zertifizierter Ausbildung als Therapieschulen spezifisch angesehen werden. Vor diesem Hintergrund gilt, dass die Wahl des Interventionsmodus in Zusammenhang mit dem bevorzugten Theoriekonzept des Therapeuten steht.

Bei der Analyse der Handlungsmotive wird deutlich, dass sowohl für die aktive als auch für die passive Beziehungsgestaltung unterschiedliche Motive genannt werden. Betrachtet man diese Motive im Kontext der verschiedenen Therapieschulen tritt hervor, dass sie allgemeine Motive therapeutischen Handelns darstellen und demnach allen Therapieschulen zugeordnet werden können. Vor diesem Hintergrund können die Handlungsmotive der Therapeuten als Therapieschulen übergreifend verstanden werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die passive Beziehungsgestaltung einen Therapieschulen übergreifend Charakter besitzt, da sie von allen Therapeuten mit ähnlichen Verhaltensmotiven praktiziert wird. Weiterhin hat sich gezeigt, dass alle Therapeuten zu einem ähnlichen Zeitpunkt (nach Abschluss des Bauprozesses) ihre eigene Sichtweise in das therapeutische Sandspiel einbringen und so den therapeutischen Prozess mitgestalten. Sobald sie dies tun, wechseln sie in den Modus der aktiven Beziehungsgestaltung. Die dabei ange-

4 Untersuchung zur Anwendung des Therapeutischen Sandspiels

wandten Interventionen können als Therapieschulen spezifisch angesehen werden, während die Handlungsmotive als Therapieschulen übergreifend interpretiert werden können.

5 Schlussbetrachtung

Im folgenden Abschnitt sollen die Untersuchungsergebnisse der Analyse zusammengefasst vorgestellt und in Beziehung zum theoretischen Rahmen des ersten Teils dieser Arbeit (Kapitel 2 & 3) gesetzt werden. Darüberhinaus soll der Frage nachgegangen werden, wie die Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung des therapeutischen Sandspiels eingeordnet werden können. Folgende tabellarische Ansicht veranschaulicht die maximalen Kontrasthorizonte der Verhaltensweisen und Verhaltensmotive der Therapeuten im Umgang mit dem therapeutischen Sandspiel.

Beziehung gestalten			
Therapieschulen übergreifend			
Aktive Beziehungsgestaltung durch Einbringen eigener Sichtweisen		Passive Beziehungsgestaltung durch Zurückhalten eigener Sichtweisen	
Fokussierung mittels: Rückmeldung eigenen Erlebens	Fokussierung mittels: vertiefendem Nachfragen	Raum generieren: Im Inneren	Raum generieren: Im Außen
Auf einen bestimmten Aspekt hindeuten, um den Therapieprozess anzuregen		Sicheren und Geschützten Rahmen herstellen	
Selbstsystem anregen	Eigene Projektion eingrenzen	Auf Gegenübertragung achten	Freie Entfaltung des Patienten ermöglichen
		Interpretationen zurückstellen	
Mitspieler	Erkunder	Beobachter	
Therapieschulen abhängig		Therapieschulen unabhängig	
Maximaler Kontrasthorizont			

Tabelle 5: Zusammenfassung der Analyse, Quelle: eigene Darstellung

Bei der Auseinandersetzung mit der Therapieschulen übergreifenden Anwendung des therapeutischen Sandspiels hat sich im ersten Teil der Arbeit herausgestellt, dass dies auf der Ebene der therapeutischen Beziehung gut untersucht werden kann. Gründe hierfür sind, dass die therapeutische Beziehung ein Therapieschulen übergreifender Bezugsrahmen ist, da sich jeder Therapeut, unabhängig von seinem Schulenkonzent, in irgendeiner Weise mit dem Patienten in einer therapeutischen Beziehung befindet. Des Weiteren wird in der Art und Weise der Beziehungsführung das individuelle therapeutische Vorgehen sichtbar. Das Zusammenwirken dieser Faktoren macht es möglich, dass die unterschiedlichen therapeutischen Vorgehenswei-

sen miteinander verglichen werden können. Im Zentrum der Analyse stand das Anliegen maximale Kontrasthorizonte sowie Überschneidungen in den Motiven und Verhaltensmustern der Therapeuten sichtbar zu machen.

Als *Therapieschulen übergreifende* Ergebnisse bei der Anwendung des therapeutischen Sandspiels können folgende Aspekte herausgestellt werden. Zunächst erleben sich alle Therapeuten in einer *Beziehung* zum Patienten, die sie selbst in irgendeiner Form *mitgestalten*. Als maximale Kontrasthorizonte findet diese Beziehungsgestaltung in einem *passiven* und *aktiven* Modus statt. Die Therapeuten befinden sich in der *passiven* Beziehungsgestaltung während der Patient mit dem Aufbauen seiner Welt im Sand beschäftigt ist. Hier halten sich die Therapeuten am Rand des Sichtfeldes des Kindes auf, geben weder Kommentare noch Anmerkungen zur Inszenierung und notieren ihre eigenen Eindrücke zum Patienten sowie dem Sandbild. Ein weiterer maximaler Kontrasthorizont konnte für die Absichten aufgezeigt werden, die sie dabei verfolgen. Zum einen ist ihnen daran gelegen einen einerseits *Inneren* und andererseits einen *Äußeren* sicheren Raum herstellen zu wollen. Dabei haben sie zum Ziel, dass der Patient den Therapieraum und den Beziehungsraum als sicheren Ort wahrnimmt, an dem er negative konnotierte Themen darstellen kann. Um dies zu erreichen, gaben die interviewten Experten das Einfühlen mittels Gegenübertragung (*Innerer Raum*) als auch das nicht Bewerten, die Aufklärung über die Schweigepflicht oder das Bereitstellen von symbolträchtigem Material (*Äußerer Raum*) an. Zu diesem Zeitpunkt verstehen sie sich selbst in der Rolle eines Beobachters. Aus der Analyse des Materials ist hervorgegangen, dass das Vorgehen und die Motive im *passiven* Modus als *unabhängig* von der jeweiligen *Therapieschule* angesehen werden kann.

Nachdem der Bauprozess abgeschlossen ist und das Sandbild gemeinsam betrachtet wird, wechseln alle befragten Therapeuten in einen *aktiven* Modus der Beziehungsgestaltung. Wie sie innerhalb dieses Modus agieren, steht in engem Zusammenhang mit der bevorzugten *Therapieschule* und kann daher als *Therapieschulen abhängig* verstanden werden. Übergeordnet stellen alle Experten nun einen verbalen Kontakt mit dem Patienten her. Als maximale Kontrasthorizonte stehen sich dabei *das Fokussieren mittels Rückmelden des eigenen Erlebens* und *das Fokussieren mittels vertiefenden Nachfragens* gegenüber, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass beide Vorgehensweisen auch aufeinander folgen können. Von Ersterem versprechen sich die Therapeuten primär das Selbstsystem (Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion, Selbsterkenntnis etc.) des Patienten anzuregen. Bei der Beschreibung, wie die Therapeuten dabei agieren, traten als maximale Kontrasthorizonte der *Mitspieler* und der *Erkunder* her-

vor. Dieses Vorgehen wird von jenen Therapeuten beschrieben, die keine zertifizierte Ausbildung in *Sandspieltherapie* nach KALLF besitzen. Die Experten mit einer solchen Ausbildung gaben an, ausschließlich zu *Fokussieren mittels vertiefenden Nachfragens* zu bestimmten Inhalten des Bildes, die ihnen bei der näheren Betrachtung aufgefallen sind. Dabei beabsichtigen sie primär, eigene Projektionen und Vorstellungen über des Sandbildes einzugrenzen, um die individuelle Bedeutung für den Patienten zu erfahren. Beide Vorgehensweisen haben gemein, dass sie den Therapieprozess anregen wollen. Dabei verstehen sich die befragten Experten eher als *Erkunder*.

Diese Ergebnisse der Analyse weisen darauf hin, dass das therapeutische Sandspiel in seiner heutigen Anwendung eine flexible psychotherapeutische Methode darstellt, die Therapieschulen übergreifend Anwendung findet. In die Art und Weise der Anwendung fließen zum einen die Erkenntnisse LOWENFELD's und KALLF's ein und zum anderen Ergebnisse der psychotherapeutischen Forschung wie der systemischen Therapie, der Traumatherapie, der Verhaltenstherapie, der Entwicklungspsychologie oder der Neurowissenschaften. Diese Entwicklung ist jedoch nur bedingt Teil der zertifizierten Sandspieltherapieausbildung wie sie in der DGST¹³ oder der ISST¹⁴ gelehrt wird. Der dort vermittelte Ansatz richtet sich streng nach dem Vorgehen von Dora KALLF und schließt andere Zugänge aus. Wie die Ergebnisse dieser Arbeit dargelegt haben, steht die gängige therapeutische Praxis im Kontrast dazu. Reine *Sandspieltherapien* wie sie von KALLF vorgeschlagen werden, sind in der Praxis kaum zu finden. Den Ergebnissen dieser Arbeit folgend können Gründe hierfür in der hohen Adaptionfähigkeit des Sandspielmaterials mit anderen Therapieschulen gesehen werden. Ähnlich wie KALLF das Material der *World Technique* von LOWENFELD auf die Therapieschule C.G. JUNG's übertragen hat, übernehmen heute Vertreter anderer Schulen, wie es für BRÄCHTER (3.1) und HÖFER (3.2) gezeigt werden konnte, das Material und übertragen es auf ihr Theoriegerüst. Das sich das Material so gut adaptieren lässt, kann in der Natur des kindlichen Spielens vermutet werden. Vor diesem Hintergrund kann auch LOWENFELD's *World Technique* als eine Adaption des kindlichen Spiels in einem therapeutischen Rahmen gesehen werden. In diesem Zusammenhang kann das Spielbedürfnis des Kindes als Basis für die Therapieschulen übergreifende Anwendung des Sandspiels angesehen werden. Somit kann die Vermutung angestellt werden, dass jede (Kinder-)Therapieschule einen für sie speziellen Zugang zu dieser

13 <http://www.sandspiel.de> (Stand 20.12.2015)

14 <http://www.isst-society.com/homede.php?site=history> (Stand 20.12.2015)

Methode finden kann. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen auch darauf hin, dass aufgrund der therapeutischen Beziehung neben für die Therapieschulen spezifisches Agieren auch Therapieschulen übergreifendes Handeln zur Anwendung kommt.

Die vorliegende Arbeit ist der Frage nachgegangen, wie das therapeutische Sandspiel von verschiedenen Therapieschulen eingesetzt wird und inwiefern die übergreifenden Ansätze aussehen. Dabei wurde ersichtlich, dass es im therapeutischen Alltag eine Vielzahl von Zugängen zum therapeutischen Sandspiel gibt, die aufeinander aufbauen und sich miteinander kombinieren lassen. Der theoretische Diskurs hat gezeigt, dass es im Kontrast dazu nur eine Therapieschulen spezifische zertifizierte Ausbildung in *Sandspieltherapie* gibt, in der die Vielfalt der Zugänge nicht berücksichtigt wird. Aus dieser Diskrepanz zwischen therapeutischem Alltag und Lehre ergeben sich weiterführende Fragen. Könnte es zu einem Qualitätsverlust in der Anwendung der Methode kommen, wenn sich das Wissen um die Therapieschulen spezifische Durchführung primär aus der Fachliteratur speist? Inwiefern können die spezifischen Zugänge in eine Therapieschulen übergreifenden Ausbildung eingebaut werden? Kann das therapeutische Sandspiel als ein eigenständiges Richtlinienverfahren angesehen werden? Gibt es über die Grenzen der Psychotherapie hinaus weitere Möglichkeiten, das therapeutische Sandspiel anzuwenden, beispielsweise in Kindertagesstätten, Schulen oder Einrichtungen der Jugendhilfe? Diese Fragen könnten in einer weiterführenden Arbeit nachgegangen werden, was auch zur Weiterentwicklung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie beitragen würde.

6 Literaturverzeichnis

- Ammann, R.** (2001). Das Sandspiel. Der schöpferische Weg der Persönlichkeitsentwicklung. Zürich: Walter-Verlag.
- Bion, W. R.** (1992). Lernen durch Erfahrung. 1. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bovensieben, G.** (2009). Theoretische Grundlagen der psychoanalytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen; in: Hopf, H.; Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5, München: CIP-Medien, S. 203-204.
- Buchholz, M.B., Gödde, G.** (Hrsg.) (2005). Das Unbewusste in aktuellen Diskursen. Anschlüsse Band 2, Gießen: Psychosozialverlag.
- Brächter, W.** (2010). Geschichten im Sand. Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie. 1. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Brächter, W.** (2014). Der singende Pantomime. Ego-State-Therapie und Telearbeit mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Evans, B.** (1984). Freedom to Choose: The Life and Work of Dr Helena Wright, Pioneer of Contraception. London: The Bodley Head.
- Freud, S.** (1994). Studienausgabe, 1939, Band 8. Zwei Kinderneurosen. 10. Auflage, Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S.** (2014). Gesammelte Werke. Köln: Anaconda Verlag.
- Friedmann H.S. & Mitchell, R.R.** (1994). Sandplay. Past, present and future. London and New York: Roudedge.
- Grawe, K.** (2000) Psychologische Therapie. 2. Auflage, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Höfer, S.** (2014) Spieltherapie. Geleitetes individuelles Spiel in der Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Hiller, W., Liebling, E., Leichsenring, F., Sulz, S.K.D.** (Hrsg.) (2010). Lehrbuch der Psychotherapie. Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. München: CIP-Medien.

- Davis, J.** (1991). Playing in Childhood by Margaret Löwenfeld; in: Mitchell, Ross G. M.D. Classics in Developmental Medicine No. 6. Mac Kieth Press. London. Page V.
- Jung, C.G.** (2013). Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung. Aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé. 18. Aufl., Düsseldorf: Patmos-Verlag.
- Jung, C.G.** (2012). Der Mensch und seine Symbole. Sonderausgabe, 18. Auflage, Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Jung, C.G.** (2011). Die Archetypen und das kollektive Unbewußte. 5. Auflage, Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Kalff, D. M.** (1979). Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. 2. Auflage, Erlenbach-Zürich: Rentsch.
- Kalff, D. M.** (1996). Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kast, V.** (2012). Die Dynamik der Symbole: Grundlagen der Jungschen Psychotherapie. 8. Auflage, Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Kriz, J.** (2014). Grundkonzepte der Psychotherapie. 7. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz.
- Lowenfeld, M.** (1953). Einige Grundzüge einer Kinder-Psychotherapie (1951), In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Heft 03. 1953. 07. Jahrgang. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 208-216.
- Lowenfeld, M.** (1988). Child Psychotherapy, War and the Normal Child - selected papers of M.C. Löwenfeld. Urwin, Cathy & Hood-Williams, John (Hrsg.), London: Free Association.
- Lowenfeld, M.** (1969). Die „Welt“-Technik in der Kinderpsychotherapie; in: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. I. München/Basel: Ernst Reinhardt, S. 442-451.
- Lowenfeld, M.** (1991). Playing in Childhood by Margaret Lowenfeld. In: Mitchell, Ross G. M.D. Classics in Developmental Medicine No. 6. London: Mac Kieth Press.
- Montecchi, F. & Navone, A.** (1989). Dora M.Kalff and the Sandplay. In C. Trombetta (ed.) *Psicologia Analitica Contemporanea (Contemporary Analytical Psychology)*. Milan, Italy: Fabbri Editorial Group.

- Pfadenhauer, M.** (2005). Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte; in: Alexander Bogner (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 113-130.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M.** (2010). Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch. 3. Auflage, München: Oldenbourg.
- Rasche, J.** (2002). Das Therapeutische Sandspiel in Diagnostik und Psychotherapie. Stuttgart: opus magnum.
- Reiter, L.** (2011). Symbole in Märchen, Mythen und Therapie. 5. Auflage, Thüngersheim: L. Reiter.
- Urwin, C. & Hood-Williams, J.** (1988). Child Psychotherapy, War and the Normal Child. London: Free Association Books.
- Weinberg, D.** (2011). Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. 4. Auflage, München: Klett-Cotta.
- Wells, H.G.** (1911). Floor Games. London: Palmer. Reprinted (1976) New York: Arno Press.
- White, M.** (1992). Therapie als Dekonstruktion. In: Schweizer/Retzer/Fischer (Hrsg.). Systemische Therapie und Postmoderne. Frankfurt/Main.

Internet:

<http://lowenfeld.org> (Stand 12.10.2015)

<http://lowenfeld.org/about-lowenfeld.html> (Stand 12.10.2015)

<http://lowenfeld.org/play-therapy-courses.html> (Stand 12.10.2015)

<http://www.geschichten-im-sand.de> (Stand 14.10.2015)

<http://www.geschichten-im-sand.de/zu%20meiner%20Person.html> (Stand 22.10.2015)

<http://www.geschichten-im-sand.de/zu%20meiner%20Person.html> (Stand 22.10.2015)

<http://www.geschichten-im-sand.de/narrative%20Sandspieltherapie.html> (Stand 22.10.2015)

<http://www.isst-society.com/homede.php?site=history> (Stand 20.12.2015)

<http://www.opus-magnum.de/rasche-joerg.html> (Stand 13.11.2014)

6 Literaturverzeichnis

<http://www.praxis-hoefler.de> (Stand 12.12.2015)

<http://www.sandspiel.de> (Stand 20.12.2015)

<http://www.isst-society.com> (Stand 02.01.2016)

<http://www.isst-society.com/homeng.php> (Stand 02.01.2016)

7 Abbildungs- & Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verbreitung der ISST	20
Abbildung 2: Beispiel für Kategorisierung.....	47
Abbildung 3: Kategorisierung „passive Beziehungsgestaltung“.....	59
Abbildung 4: Kategorisierung „aktive Beziehungsgestaltung“.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Intervention auf der Verhaltensebene nach HÖFER.....	36
Tabelle 2: Intervention auf Ebene der Kognition nach HÖFER.....	36
Tabelle 3: Intervention auf der Emotionsebene nach HÖFER.....	36
Tabelle 4: Beispiel für Verdichtung und axiales Kodieren.....	47
Tabelle 5: Zusammenfassung der Analyse, Quelle: eigene Darstellung.....	72

8 Anhang

Übersicht der geführten Interviews

Nr.	Code	Interviewpartner	Datum	Dauer
1	E1	Anonym Berufsausbildung: Dipl. Psychologin, psycholog. Psychotherapeutin Psychotherapeutische Ausbildungen: Katathymes Bilderleben, Traumazentrierte Therapie, Systemische Paar- und Familientherapie	23.01.15	58:26 min
2	E2	Anonym Berufsausbildung: Dipl. Psychologin, psycholog. Psychotherapeutin Psychotherapeutische Ausbildungen: Katathymes Bilderleben, Sandspieltherapie n. Kallf	04.03.15	51:10 min
3	E3	Anonym Berufsausbildung: Dipl. Pädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Psychotherapeutische Ausbildungen: Sandspieltherapie n. Kallf, Verhaltenstherapie	24.04.15	46:53 min
4	E4	Anonym Berufsausbildung: Dipl. Pädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Psychotherapeutische Ausbildungen: Körperpsychotherapeutin, Tiefenpsychologie, analytische Eltern-Säugling-Therapie, Traumazentrierte Psychotherapie	27.03.15	56:09 min

Leitfaden zum Experteninterview

I. Persönliche Vorstellung, Expertenbeschreibung

Als erstes möchte ich Sie bitten, sich und ihre Profession vorzustellen. (Grundberuf, Arbeitsfeld, Spezialisierung)

Wie haben Sie zum therapeutischen Sandspiel gefunden? (Motivation, eigener Bezug, therapeutische Identität, theoretische Auseinandersetzung)

II. therapeutischer Einsatz, Ablauf, Erfahrungen, Wirkung

Wann setzen sie das therapeutische Sandspiel ein? (Diagnostik, Therapie, Störungsbild, Abschluss)

Bitte schildern Sie, wie eine Sandspielstunde bei Ihnen abläuft. (Einleitung, Durchführung, Beteiligung, Abschluss, Auswertung, Dokumentation)

Welche Bedeutung hat für Sie das therapeutische Sandspiel innerhalb eines gesamten Therapieverlaufes?(Prozessentwicklung, eigenständige Therapieform, spezifischer Einsatz)

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie hinsichtlich der Wirkung des therapeutischen Sandspiels gemacht? (sichtbare Erfolge, Wirkfaktoren, Wirksamkeit, Wirkbedingungen, Reaktion der Patienten)

III. Rückschlüsse, wissenschaftlicher Diskurs, Entwicklungsperspektive

Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im therapeutischen Sandspiel? (Kritik, Abgrenzung zu anderen Methoden)

Aktuell werden intensive Debatten über die wissenschaftliche Belegbarkeit von Therapieerfolgen geführt. Inwiefern lässt sich dies auf das therapeutische Sandspiel übertragen? (wissenschaftlicher Diskurs, Methodenforschung, Relevanz)

Wie wird sich das therapeutische Sandspiel ihrer Meinung nach zukünftig entwickeln? (Tendenzen, Verfahrenseinsatz, KJPT, EPT)

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere eidesstattlich, dass die vorliegende Master-Arbeit von mir selbständig und ausschließlich unter Verwendung der angegebenen Quellen angefertigt wurde. Alle Stellen, die wörtlich oder annähernd aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Master-Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Vor- und Nachname)