

Lischke-Naumann, Gabriele / Lorenz-Weiss, Aida und Sandock, Bernd

Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe - Darstellung eines Konzepts

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 4, S. 109-118

urn:nbn:de:bsz-psydok-28461

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Aus Praxis und Forschung

Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe

Darstellung eines Konzepts

Von Gabriele Lischke-Naumann, Aida Lorenz-Weiss und Bernd Sandock

Zusammenfassung

Es wird ein Konzept für Gruppentherapie mit Kindern vorgestellt, wie es in einer Schulpsychologischen Beratungsstelle durchgeführt wird. In diesem Ansatz wird das autogene Training mit nicht-direktiver Spiel- und Gesprächspsychotherapie und anderen psychologischen Gruppenverfahren (wie Rollenspiel/Selbsterfahrungsgruppen) kombiniert.

Nach Darstellung der theoretischen Grundlagen dieses Konzepts wird die praktische Durchführung u.a. anhand zweier Stundenabläufe konkret geschildert.

Die begleitende Eltern- und Lehreraarbeit wird skizziert.

I. Einleitung

In unserem Bericht soll die therapeutische Gruppenarbeit mit Schulkindern an einer Schulpsychologischen Beratungsstelle dargestellt werden. Wir meinen, daß unser Konzept eine Möglichkeit der Arbeit in einer therapeutischen Kindergruppe darstellt, die sich gerade auch für solche pädagogisch-psychologischen Einrichtungen eignet, die einerseits nicht in der Lage sind, zeitlich aufwendige (Einzel-)Therapien mit Kindern durchzuführen, andererseits aber nicht nur bei der „Beratung“ stehenbleiben wollen.

Wir fühlen uns keiner psychologisch-therapeutischen Richtung in besonderem Maße verpflichtet, sondern verbinden verschiedene Konzepte miteinander. Unser Vorgehen ist problem- und klientenzentriert und weniger methodenzentriert.

Konkret beziehen wir uns auf die nicht-direktive Kinder- und Gesprächspsychotherapie, die Kommunikationstheorie, sowie auf Aspekte der Lerntheorie. Das hier dargestellte

Konzept beinhaltet als ein zusätzliches, die Therapie mitkonstituierendes Element das *autogene Training* für Kinder.

Die praktischen Erfahrungen in den seit Herbst 1973 in unserer Beratungsstelle bestehenden therapeutischen Spielgruppen sind eine weitere Grundlage unserer therapeutischen Arbeit.

In der Beratungsstelle werden Schüler gemeldet, die entweder schulpsychologische Beratung im engeren Sinn (Schullaufbahnberatung, Schulleistungs-, Intelligenz- und Legasthenikerüberprüfung mit entsprechender Empfehlung, etc.) oder aber therapeutische Betreuung benötigen. Wir beziehen uns hier nur auf die Letztgenannten. Zwei Drittel der Schüler werden durch die Schule oder andere Institutionen angemeldet, nur knapp ein Drittel durch die Eltern. Dies wirkt sich auf die Motivation, das Interesse und die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen für die Therapie eher ungünstig aus.

Die Beratungsstelle liegt in einem typischen Arbeiterbezirk in einer Großstadt, die besonderen Erschwernissen unterliegt. Die uns vorgestellten Schüler gehören überwiegend zu den Unterprivilegierten und Benachteiligten dieser Gesellschaft mit den Implikationen: Berufstätigkeit beider Eltern (häufige Schicht- und Akkordarbeit mit ihren Disstress-Folgen), zu enge, kleine, nicht kindgerechte Wohnungen, ungenügendes Spiel- und Freizeitangebot, Diskrepanz zwischen der alltäglichen Straßenerfahrung und den in der Schule geforderten, allgemein akzeptierten, nach Mittelschichtsnormen orientierten Sozial-, Leistungs- und Verhaltensstrategien.

Unser Vorgehen mußte sich daher an diesen Variablen – gesellschaftliche Strukturen und sozioökonomische Bedingungen – orientieren und die Ergebnisse der schichtspezifischen Sozialisationsforschung mitberücksichtigen.

II. Grundlagen des Konzepts

1. Ziele

Wir setzen bei unserer Therapie nicht am einzelnen Symptom an (wie es vorzugsweise in der Verhaltenstherapie üblich ist), sondern definieren unsere globale therapeutische Zielsetzung als *soziale Integration*, als Aufhebung der Ausgrenzung der „auffälligen Schüler“, indem sie sozial und emotional stabilisiert werden. Das bedeutet, daß wir unsere therapeutische Arbeit nicht auf die einseitige Anpassung an schulische Belange ausrichten. Die Kinder sollen vielmehr lernen, ihre Bedürfnisse und die sozialen Anforderungen in Einklang zu bringen, damit sie nicht weiter individuell scheitern und ausgegrenzt werden.

Konkret lassen sich drei große Bereiche sogenannter Verhaltensauffälligkeiten unterscheiden, mit denen unsere Kinder-Klientel – den Anmeldungsgründen nach – nahezu vollständig beschrieben ist:

- Unkonzentriertes Verhalten, entweder in Form träumerisch-unaufmerksamen oder unruhig-hypermotorischen Verhaltens;
- Aggressives Verhalten, verbunden mit Integrationsschwierigkeiten;
- Ängstlich-gehemmtes, unsicheres Verhalten.

Die Anmelder (Lehrer, Schulleiter, Eltern, Erzieher etc.) erwarten, daß ihnen bzw. den angemeldeten Schülern bei der Bewältigung dieser Auffälligkeiten geholfen wird, d.h. die Ziele unserer Arbeit werden von einem konkreten Hilfsauftrag mitdefiniert. Die im folgenden von uns formulierten Globalziele sind in praxi miteinander verbunden und haben eher die Funktion von Zielvorstellungen als von operational definierbaren Zielverhaltensweisen der Kinder. Sie werden im Teil „Theoretische Grundlagen“ (II 2) konkretisiert. *Im individuellen Bereich sind es Ziele wie:* Aufbau und Festigung des Selbstwertgefühls (Erfolgszuversicht); Bedürfnisse erkennen und diese mit adäquaten Mitteln auszudrücken und durchzusetzen lernen; Argumente für eigene Interessen vorbringen, statt körperliche Stärke, trotziges Verhalten oder Angst einzusetzen; Konzentrationsfähigkeit.

Im sozialen Bereich: lernen, sich in eine Gruppe zu integrieren; Einfühlungsvermögen und gegenseitiges Akzeptieren; Kontaktfähigkeit; Fähigkeit zur adäquaten Konfliktbewältigung usw.

2. Theoretische Grundlagen

Unter Berücksichtigung der von uns definierten Therapieziele und den vorangegangenen Erfahrungen mit therapeutischen Kindergruppen in unserer Beratungsstelle entwickelten wir ein methodisches Konzept, das durch Integration unterschiedlicher therapeutischer Ansätze auf die beschriebenen Symptombereiche unserer Klientel ausgerichtet ist.

Unser Therapieansatz setzt sich aus einer Kombination bzw. Integration von autogenem Training, therapeutischen Spielen sowie der Realisierung spezifischen Therapeutenverhaltens, wie es besonders deutlich von der klientenzentrierten Kinder- bzw. Gesprächspsychotherapie formuliert wird, zusammen.

Diese unterschiedlichen Ansätze sollen im folgenden in ihren theoretischen Grundlagen beschrieben werden.

2.1. Autogenes Training

An dieser Stelle sollen nur diejenigen theoretischen Gesichtspunkte angesprochen werden, die sich besonders auf die therapeutische Arbeit mit Kindern beziehen¹.

Vorab halten wir es für wichtig zu erwähnen, daß neben der intensiven theoretischen Auseinandersetzung mit dem autogenen Training die (Selbst-)Erfahrungen in Kursen von *Biermann, Kruse* und *Thomas* unerläßliche Voraussetzungen für unsere Arbeit waren.

Das autogene Training ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das *I.H. Schultz*, von der Hypnose ausgehend, entwickelt hat.

„Autogenes Training“ bedeutet – wie aus dem Untertitel des Buches von *Schultz* hervorgeht – „konzentrierte Selbstentspannung“. Dabei steht „konzentriert“ für autosuggestiv im Gegensatz zu fremdsuggestiv (vergl. *Hoffmann*, 1979). *Schultz* selbst erklärt den Begriff wie folgt: „... autogenes Training ... (ist) ein vom Selbst (autos) sich entwickelndes (gen = werden) und das Selbst gestaltendes systematisches Üben, ‚Training‘ ...“ (*Schultz*, 1970, S. 1).

Das autogene Training ist physiologisch betrachtet die übende Erlernung einer autohypnotischen Umschaltung, durch die der „Biotonus des Wachlebens“ absinkt und es zu einem Zustand herabgesetzter Erregungshöhe kommt (vergl. *Schultz*, 1970). Durch die einzelnen Übungen der Unterstufe des autogenen Trainings (Schwere, Wärme, Herz, Atmung, Sonnengeflecht, Stirn) versetzt sich der Übende in einen Zustand, der zwischen Wachheit und (Tief-)Schlaf anzusiedeln ist. In diesem Zustand – allerdings weniger ausgeprägt als im Schlaf – ist die Bewußtseinshelligkeit herabgesetzt, nehmen die Atemfrequenz, die Pulsfrequenz und der Muskeltonus ab, der Blutdruck sinkt. Diese „... vegetativen Erscheinungen ... sind die physiologische Grundlage der Erholungs- und Aufbaufunktion des Trainings“ (*Hoffmann* 1979, S. 62).

Im Zusammenhang mit diesen physiologisch nachweisbaren Prozessen kommt es ebenso zu psychischen Veränderungen. Es ist davon auszugehen, daß durch das autogene Training der Übende zu größerer „innerer Ruhe“ und Erholung kommt; daß sich durch größere Gelassenheit seine Konzentrationsfähigkeit erhöht und häufig indirekt dadurch auch Leistungssteigerungen erzielt werden können; daß er lernt, sich selbst bewußter wahrzunehmen und somit auch zu einer stärkeren Selbstbestimmung und Selbstentfaltung, aber auch Selbstkontrolle gelangen kann.

Dies auf unsere therapeutische Arbeit übertragen und konkretisiert, können wir unter Einbeziehung unserer bereits erwähnten Therapieziele (vgl. II. 1.) sagen:

- die Kinder können neue *Erfahrungen mit ihrem eigenen Körper* machen: sie konzentrieren sich durch die einzelnen Übungen auf bestimmte Bereiche des Körpers und erleben diese somit intensiver; sie lernen, ihre körperlichen Empfindungen wahrzunehmen (Schwere, Wärme, Herzschlag usw.); durch die sich an die Übung anschließenden Gespräche wird es den Kindern möglich, sich auch mit ihren

¹ Eine ausführliche Beschreibung des autogenen Trainings, speziell auch in seiner Anwendung bei Kindern, findet sich in der angegebenen Literatur.

- Empfindungen und Gefühlen auseinanderzusetzen; wir ermuntern die Kinder stets, sich zu äußern und erleichtern ihnen damit, *ihre Gefühle zu akzeptieren* – ein Prozeß, der dann auch übertragen wird auf andere Gefühlsbereiche wie Angst, Freude, Ablehnung, Stärke, Unsicherheit usw.; damit wird ihre *Sensibilität* sich selbst gegenüber erhöht;
- durch das „Abschalten von Außenreizen“ (unterstützt durch die Formeln „Geräusche sind ganz gleichgültig“ und „Gedanken fliegen vorbei“) können sich die Kinder *auf sich selbst besinnen*; während in unserem Kulturkreis üblicherweise eine Orientierung nach außen (zumeist auf materielle Dinge) zu beobachten ist, kann hier das Kind sich „nach innen“ konzentrieren, „in sich ruhen“ (Formel „Ich bin ganz ruhig“) und Distress-Faktoren entgegenwirken; längerfristig kann es zu einer *Ich-Stärkung* kommen, bei der die Beeinflussbarkeit von außen abnimmt;
- das Kind kann sich somit auch selbst befähigen, sich durch Äußeres *nicht ablenken zu lassen* und sich selbst auf einen Punkt hin *zu sammeln, d.h. zu konzentrieren*;
- durch das Erlernen des aT gewinnt das Kind etwas *für sich*, worüber es allein verfügen kann, ohne daß jemand (speziell Erwachsene und hier vor allem Eltern) es dem Kind streitig machen kann; besonders durch die Vorsatzformeln, die das Kind allein für sich selbst entwickelt und anwendet, wird die *Individualität und Eigenständigkeit des Kindes* gestärkt. Dieser Aspekt des aT kommt vor allem bei Kindern zum Tragen, da sie häufig (in Schule und Elternhaus) von Erwachsenen gelenkt werden.

Das sind für uns die Hauptgründe für die Einbeziehung des aT in Kindertherapiegruppen.

Unter Berücksichtigung dieser Gründe entschieden wir uns auch bewußt für die Form des aT, wie sie *Schultz* für Erwachsene entwickelt hat. Bei der Vorbereitung der Therapiegruppen hatten wir anfangs überlegt, ob das nicht zu langweilig für Kinder ist und ob wir die „konzentrierte Selbstentspannung“ nicht eher in Form von Märchen (vgl. *Eberlein*, 1976) vermitteln sollten. Wir kamen aber zu dem Schluß, daß wir die Kinder in dieser Beziehung als den Erwachsenen gleichberechtigt behandeln wollen und ihnen daher auch die „Erwachsenen-Methode“ zur Verfügung zu stellen haben (vgl. auch *Kruse*). Hinzu kommt, daß die Kinder einerseits hierdurch kurze und einfache Formeln lernen, die sie eher beim häuslichen Üben erinnern, und die sie andererseits später auch als Jugendliche und Erwachsene anwenden können.

Wir führen alle 6 Übungen der Unterstufe mit folgenden Formeln durch:

- Ich bin ganz ruhig
- Geräusche sind ganz gleichgültig
- Gedanken fliegen vorbei
- Die Arme werden schwer
- Auch die Beine werden schwer
- Arme und Beine sind ganz schwer
- Die Ruhe wird immer tiefer
- Die Arme werden strömend warm
- Auch die Beine werden strömend warm
- Arme und Beine sind strömend warm
- Das Herz schlägt ruhig und regelmäßig

- Auch die Atmung geht ruhig und gleichmäßig, es atmet mich
- Sonnengeflecht ist strömend warm
- Stirn ist angenehm kühl
- Ich nehme den Zustand jetzt zurück:
Arme fest
Augen auf
tief Luft holen

Während etwa vier Sitzungen üben wir jeweils eine Formel, so daß wir pro neue Formel ca. 2 Wochen benötigen, dann wird die nächste zusätzlich angeschlossen. Die einzelnen Übungen und ihren Sinn erklären wir den Kindern bzw. erarbeiten wir mit ihnen gemeinsam (z.B. Herzübung: Funktion des Herzens; seine Arbeitsweise; was soll durch die Übung bewirkt werden; durch Bewegungen demonstrieren, daß das Herz mal schnell, mal langsam schlägt usw.) (zum konkreten Ablauf s. III.6.).

Das Üben erfolgt in unterschiedlicher Weise. Anfangs üben die Kinder nur im Liegen, weil es ihnen im allgemeinen dabei leichter fällt, abzuschalten und ruhig zu werden. Später stellen wir es den Kindern frei, ob sie im Sitzen oder Liegen üben wollen. Ab und zu üben wir jedoch unbedingt im Sitzen, um in einer Art Rollenspiel eine schulähnliche Situation zu simulieren. Denn wir empfehlen den Kindern immer wieder, das aT auch in der Schule, z.B. vor Klassenarbeiten, anzuwenden.

Während am Anfang der Therapiegruppe entweder der Therapeut oder die Therapeutin (im regelmäßigen Wechsel mit dem anderen bei Einführung einer neuen Formel) immer die Formeln vorspricht, üben wir später in der Gruppe auch still, wobei jeder sein eigenes Tempo bestimmt. Es hat sich bewährt, daß in manchen Sitzungen der jeweils nicht vortragende Therapeut mitübt, was sicher einen Modellcharakter für das Üben der Kinder hat. Sie sehen damit, daß wir ihnen nicht nur etwas „eintrichtern“ wollen, sondern das aT selbst praktizieren.

2.2. Therapeutische Spiele

Sind die Ziele des autogenen Trainings in der Hauptsache auf das einzelne Kind gerichtet, so versuchen wir mit den „therapeutischen Spielen“ Therapieziele im Bereich des Sozialverhaltens zu realisieren. Unter „therapeutischen Spielen“ verstehen wir sogenannte Interaktionsspiele, Rollenspiele sowie freie Betätigungen (wie etwa Spielen auf Musikinstrumenten), wobei „Interaktionsspiele“, die in spielerischer Form die Interaktion der Kinder und somit auch affektives Lernen zum Gegenstand haben, für uns besonders bedeutungsvoll sind. Denn natürlich läuft ein „Miteinander-Umgehen“ in jeder Gruppe ab, sei es in Gesprächen, in Lernsituationen etc. Dazu benötigen wir keine „Interaktionsspiele“. Der Vorteil dieser Spiele ist aber, daß wir als Therapeuten den Kindern *gezielte Angebote* machen können und ihnen somit ermöglichen, ganz bestimmte Verhaltensweisen erproben und Sozialverhalten erlernen zu können. Hierdurch unterscheiden wir uns von klassischer nicht-direktiver und auch analytischer Spieltherapie, in denen das Kind völlig frei entscheiden kann, mit welchen der zur Verfügung stehenden Materialien es spielen will: Wir versuchen durch Angebote – die die Gruppe natürlich auch ableh-

nen oder modifizieren kann – von *vornherein* die Gruppenprozesse in bestimmtem Maße zu steuern, auch wenn wir der Gruppe nicht in jeder Stunde vorbereitete Spiele vorschlagen, sondern den Kindern ab und zu, mit zunehmender Therapie auch häufiger, die Gestaltung überlassen.

Anhand der Interaktionsspiele wollen wir nun exemplarisch die Ziele in diesem Bereich darstellen.

Die Spiele, die wir in erster Linie aus den Heften von Vopel (1977) und aus dem Buch von Höper, Kutzleb, Stobbe, Weber (1976) auswählen, lassen sich in Bereiche unterteilen wie Kontakt, Wahrnehmung, Gefühle, Vertrauen, Kommunikation, Körper, Kooperation, Familie, Freunde usw.

Wenn wir oben allgemein sagten, daß wir Ziele im Bereich sozialen Verhaltens anstreben, so meinen wir damit konkret folgendes:

- die Kinder können *ihre Wahrnehmung sensibilisieren*; sie lernen, *anderen zuzuhören* und das Verhalten anderer differenzierter zu beobachten;
- das ist eine wichtige Voraussetzung, um andere *Menschen mit deren Gefühlen* zu verstehen und ggf. zu akzeptieren; lernen, sich in das Erleben und Empfinden anderer Menschen hineinversetzen zu können;
- *eigene Gefühle werden den Kindern bewußter*; es wird ihnen möglich, sie auszudrücken und über sie zu sprechen; die Kinder lernen, mit ihnen umzugehen, sie bei sich selbst zu akzeptieren, was insgesamt zur Entwicklung bzw. Festigung des Selbstbewußtseins führt;
- durch die unmittelbaren Reaktionen der anderen Gruppenteilnehmer und durch die „Auswertungsgespräche“ (s. unten) lernen die Kinder zu *erkennen, wie ihr Verhalten auf andere wirkt*; sie erhalten direktes feed-back durch die Gruppe, und zwar in einer Form, die es ihnen ermöglichen soll, ggf. ihr eigenes Verhalten zu überdenken und alternative Verhaltensmöglichkeiten zu entwickeln;
- die Kinder können lernen, daß die auftretenden *Konflikte innerhalb der Gruppe* auch mit anderen als den sonst üblichen handgreiflich- und verbal-aggressiven Mitteln lösbar sind: durch gemeinsame Gespräch, Vereinbarungen, Erstellen allgemein akzeptierter Regeln u.ä., so daß Konflikte auch ohne „Sieger“ und „Besiegten“ zu klären sind;
- durch die spezifischen Regeln der Spiele können die Kinder in einer quasi experimentellen Situation *neue, ihnen im allgemeinen ungewohnte Verhaltensweisen ausprobieren*.

Bei der Durchführung der von uns vorgeschlagenen Spiele sind folgende Schritte wichtig für uns:

- a) Bei der Vorbereitung der nächsten Therapiestunde und der Auswahl des geeigneten Spiels stellen wir uns die Fragen: Wo steht die Gruppe? An welchem Punkt des Gruppenprozesses befindet sie sich? usw.
So führen wir zu Anfang Spiele durch, in denen wir uns – wenigstens namentlich – kennenlernen. Schwieriger wird es in späteren Phasen: Wie können wir möglichst eine Gruppenbildung beschleunigen? Welche Spiele machen den Kindern besonders Spaß? Welches sind Konfliktpunkte in der Gruppe, die wir durch welches Spiel auf-

greifen könnten? Gibt es Außenseiter, wie können wir sie integrieren? In welchen Bereichen hat die Gruppe/einzelne Kinder besondere Probleme? Diese und ähnliche Fragen sind vorab zu klären.

- b) Einführung der Spiele in die Gruppe

Wir fragen die Gruppe, ob jemand ein Spiel vorschlagen möchte oder sagen, daß wir uns ein Spiel überlegt haben, das wir der Gruppe gern einmal vorstellen würden. Wenn mehrere Vorschläge genannt werden, entscheiden wir zusammen mit der Gruppe (z.B. zwei Spiele in einer Therapiestunde).

- c) Spielphase

Nach der Erläuterung der Regeln beginnen die Kinder mit dem Spiel. Teilweise spielen wir Therapeuten mit.

- d) „Auswertungsgespräch“

Das sich anschließende Gespräch über die Erfahrungen während des Spielens halten wir für unbedingt notwendig.

Hier wird es den Kindern möglich, sich über die zuvor gemachten Erfahrungen klarer zu werden, Schwierigkeiten, Ängste, Freude und Spaß während eines Spiels auszudrücken.

In diesem Gespräch, das wir durch verschiedene Auswertungsgesichtspunkte ein wenig strukturieren, versuchen wir durch die Realisierung klientenzentrierten Therapeutenverhaltens, es den Kindern zu erleichtern, offen ihre Empfindungen zu äußern, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, die Erlebnisweisen der anderen Kinder zu erkennen usw., was u.E. ganz wesentlich mit zum Erreichen der erwähnten Therapieziele beiträgt.

Diese Gespräche führen wir auch im Anschluß an Rollenspiele oder freie Betätigungen durch, so daß auch hier die Reflexion und bewußte Verarbeitung der gemachten Erfahrungen innerhalb der Gruppeninteraktion möglich wird.

2.3. Therapeutenverhalten

Wir können hier keinen in sich geschlossenen „integrativen Ansatz“ darstellen. Dennoch wollen wir in diesem Abschnitt stichpunktartig einige wichtige Bestandteile unseres Therapeutenverhaltens benennen und damit gleichzeitig aufzeigen, wie wir die unterschiedlichen Elemente (aus klientenzentrierter Gesprächs- und Spieltherapie, autogenem Training und Selbsterfahrungsgruppen/Rollenspiel) in unserem Konzept integrieren.

Das Therapeutenverhalten entwickelt sich von einem stärker lenkenden zu Beginn der Therapiegruppe zu einem eher nicht-direktiven.

Zu Beginn der Therapiegruppe gehen wir recht lenkend und strukturierend vor. Wir schlagen der Gruppe in jeder Stunde ein Spiel vor, was von den Kindern auch nahezu durchgängig akzeptiert wird. Auch durch die Einführung in das aT, das Besprechen nach dem Üben, das Erarbeiten der ersten Formeln entsteht eine Gruppensituation, die durch die Therapeuten stark strukturiert ist. Mit zunehmender Therapiedauer reduzieren wir immer mehr unsere strukturierenden Vorschläge und sind bemüht, in der Spielphase der Gruppe die Gestaltung weiterer Stundenteile zu überlassen. Dieses direktivere Vorgehen zu Beginn halten wir aufgrund

unserer Klientel für notwendig. Es hatte sich in früheren nicht-direktiv geführten „Spielgruppen“ unserer Beratungsstelle gezeigt, daß die vor allem aus der sogenannten Unterschicht kommenden Kinder dabei sozial überfordert waren. Es ist für uns ein Ziel und keine Eingangsvoraussetzung, daß die Kinder lernen, daß es „ihre“ Therapiestunde ist, die sie in ihrem Interesse nutzen können.

Auch innerhalb einer Therapiestunde sind die beiden Pole „direktives“ und „nicht-direktives Therapeutenverhalten“ vorhanden.

So bestehen wir z. B. auf der Durchführung des autogenen Trainings zu Beginn und zum Ende jeder Stunde. Selbst bei Auseinandersetzungen oder Gesprächswünschen der Kinder bei Stundenbeginn führen wir zuerst das aT durch und gehen erst danach auf Konflikte und Wünsche der Kinder ein. Dies hat sich als sinnvoll erwiesen, da wir sonst den begonnenen Gruppenprozeß durch das Üben wieder unterbrechen müßten. Die Kinder akzeptieren dies sehr schnell.

In der Phase der therapeutischen Spiele dagegen orientieren wir unser Verhalten am klientenzentrierten Vorgehen.

Die grundlegende Variable unseres Therapeutenverhaltens ist die Realisierung einer emotionalen Beziehung zu den Kindern und der Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre in der Gruppe.

Wir sind bemüht, die Kinder so zu akzeptieren, wie sie sind. Unsere eigenen Schwierigkeiten mit einzelnen Verhaltensweisen, die wir selbst nur schwer ertragen können, bringen wir den Kindern gegenüber verbal zum Ausdruck.

Durch Einfühlung und Verbalisieren seiner Gefühle durch die Therapeuten soll dem Kind sein eigenes Erleben bewußter werden.

Neben der Realisierung dieser therapeutischen Basisvariablen machen wir gerade auch in der Spielphase die Kinder auf bestimmte Gruppenprozesse aufmerksam (wie etwa auf Konflikte oder auf die Isolierung einzelner Kinder usw.) und weisen auf die Einhaltung vorher vereinbarter Spielregeln hin.

In dem sich anschließenden Auswertungsgespräch (vgl. II.2.2.) führen wir weitere neue Gruppenregeln ein (wie beispielsweise: andere ausreden lassen; „ich“ statt „man“ sagen; „Störungen haben Vorrang“ usw.).

Das Therapeutenverhalten hat Modellcharakter für das Verhalten der Kinder.

So können wir sicher davon ausgehen, daß das einführende Akzeptieren, das Einbringen unserer eigenen Empfindungen und Gedanken und die Art, wie wir Therapeuten miteinander umgehen, einen Einfluß auf das Verhalten der Kinder untereinander hat, ebenso das gelegentliche Mitüben eines der Therapeuten beim aT.

Grenzen und Regeln versuchen wir so weit wie möglich zu stecken.

Als Regeln, auf deren Einhaltung wir achten, führen wir – bei entsprechenden Anlässen – ein:

pünktlicher Stundenbeginn; das aT ist die erste und letzte gemeinsame Aktivität jeder Therapiestunde; die Therapie findet in dem dafür vorgesehenen Raum statt; keine körperlichen Auseinandersetzungen, bei denen Verletzungsgefahr besteht; alle Kinder müssen sich an den vorgeschlagenen Spielen beteiligen können.

III. Praktische Durchführung

1. Gruppenzusammensetzung

Die Zusammenstellung der Gruppen erfolgt nach den Kriterien, die sowohl in der nicht-direktiven Spieltherapie (Ginott, 1971; Axline, 1972; Tausch, 1956; Schiffer, 1971) als auch beim autogenen Training (Biermann, 1975; Kruse, 1977) empfohlen werden:

- Symptomheterogenität
- Altershomogenität (möglichst nicht mehr als 1–2 Jahre Altersdifferenz)
- Altersstufe: ab 9 Jahren (Biermann, Kruse)
- Geschlechtsheterogenität (diese läßt sich bei uns nicht immer realisieren. Übereinstimmend mit den zum Teil auch veröffentlichten Erfahrungen anderer Beratungsstellen werden nur wenige Mädchen durch Eltern, Lehrer oder andere Institutionen angemeldet, so daß wir meist gezwungen sind, nur „Jungen-Gruppen“ einzurichten)
- Die Kinder sollen möglichst aus verschiedenen Schulen sein und sich vorher nicht kennen, da sie – ohne Vorbildung – neue Beziehungen aufbauen und entwickeln lernen sollen.

2. Gruppengröße

In der Literatur zur Kindertherapie wird in der Regel eine Gruppengröße von ca. drei bis vier Kindern angegeben. Diese Gruppen sollen familienähnliche Situationen simulieren, um Geschwisterrivalitäten und Eltern-Kind-Konflikte aufarbeiten zu können. Wir arbeiten im Rahmen der Schule und wollen unsere Gruppen so strukturieren, daß sie schulischen Fördergruppen vergleichbar sind, die soziales Lernen zum Ziel haben. Deshalb erachten wir eine Gruppengröße von sechs bis acht Kindern als wünschenswert.

Da ein Therapeut mit einer Gruppe von sechs bis acht Kindern überfordert wäre, sich nicht in der erforderlichen Art und Weise auf die einzelnen Kinder emotional einstellen und auf die Schwierigkeiten und Probleme nicht adäquat eingehen könnte, werden zwei Therapeuten, möglichst ein männlicher und ein weiblicher, eingesetzt. Die Regelung mit zwei Therapeuten bietet den Vorteil, daß die beiden sich gegenseitig unterstützen können und sollen. Ihre Kommunikation und Interaktion ist eine wichtige Modellvorgabe für die Kinder, und zudem ist ihre gegenseitige Supervision immer gewährleistet.

3. Zeitlicher Ablauf der Gruppe

Die Therapiestunden finden zweimal wöchentlich statt und erstrecken sich über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr. Wir rechnen für die Einführung und Einübung einer neuen Formel ca. 14 Tage. Ferner muß noch einige Zeit für die Erarbeitung der Vorsatzformeln veranschlagt werden. Im Anschluß daran wird eine „offene Gruppe“ angeboten, die von allen Kindern, die in der Beratungsstelle das autogene Training erlernt haben, besucht werden kann. Das kann auch in unregelmäßigen Abständen sein, immer wenn das Kind kommen möchte.

Die Therapiestunde selbst dauert ca. eine Stunde.

4. Raumausstattung und Material

Der Raum, der uns in der Beratungsstelle zur Verfügung steht, kann als ideal bezeichnet werden. Dieser „Theaterraum“ kann durch Vorhänge verdunkelt und geteilt werden und wird zusätzlich durch ein Podest strukturiert.

Diese Aufteilung ist sowohl für das Üben des autogenen Trainings günstig (Verdunkelung) als auch für die von den Kindern sehr gern durchgeführten Rollenspiele und kleinen Theaterstückchen. Die Größe des Raumes läßt eine großzügige Verteilung der Kinder beim Üben zu (die Kinder suchen sich jeweils den ihnen liebsten Platz zum Ausbreiten ihrer Decke).

Im Gegensatz zur analytischen und nicht-direktiven Kindertherapie werden von uns Materialien im Therapie-raum selbst nicht angeboten. Die Betonung unserer Gruppen liegt nicht auf der freien Verfügbarkeit von Materialien, durch die die Kinder dann soziale Erfahrungen miteinander machen, sondern sie werden gezielt bei den therapeutischen Spielen eingesetzt.

5. Einsatz von psychologischen Tests und Fragebögen

Sowohl für die eigene Kontrolle als auch für eine Rückmeldung an die Eltern wie auch ggf. den Klassenlehrer erweist sich der Einsatz von psychologischen Tests und Fragebögen als sinnvoll. Unsere Daten sind Erkundungsdaten, die keine statistisch abgesicherten Aussagen über die Wirksamkeit unserer therapeutischen Intervention geben. Zur Überprüfung von ängstlich-gehemmtem Verhalten verwenden wir den AFS (Angstfragebogen für Schüler, *Wieczner-Kowsky*, u. a. 1976³⁾). Für die differenziertere Einschätzung des problematischen Verhaltens der Kinder durch die Eltern und Lehrer erwiesen sich Teile der Stuttgarter Explorationsserie, Beschwerdeliste-Elternbogen und Schule-Lehrerbogen (*H. Christmann*, 1977) als sehr hilfreich.

Die „Beschwerdeliste“ ist eine Zusammenstellung möglicher Störungen und liefert oft eine wichtige Ergänzung zur freien elterlichen Beschreibung des Kindes.

Der „Lehrerbogen“ soll dem Therapeuten die Informationen (z. B. zum Arbeits- und Sozialverhalten) übermitteln, die Lehrer aufgrund unsystematischer Beobachtungen in ihrem Beruf erheben. Weitere, von uns verwendete diagnostische Instrumente sind der projektive Test „die verzauberte Familie“ (*Biermann, Kos*, 1973) und der Satzergänzungstest (*Biermann*).

Zur Überprüfung des Therapieerfolgs befragen wir die Eltern und Lehrer, betrachten sowohl den Verlauf der Therapie anhand unserer Protokolle, die wir für jedes Kind führen, als auch – sozusagen als ergänzende Informationen – die vorliegenden Tests und Fragebogen-Daten. Diese sollten niemals isoliert betrachtet werden. Oft kommen gerade positive Rückmeldungen von Eltern, Lehrern und von den Kindern spontan.

Durch den jeweils behandelnden (Kinder-)Arzt lassen wir uns vor Beginn der Therapie schriftlich bestätigen, daß ärztlicherseits keine Bedenken gegen das Erlernen des autogenen Trainings vorliegen.

6. Struktur der Therapiestunden und exemplarischer Stundenablauf

Von ihrer Struktur her gesehen gestalten sich die Therapiestunden im wesentlichen immer gleich: bis auf die erste Stunde, in der eine Einführung in das autogene Training gegeben wird, wird jede Stunde mit einem 3–4minütigen Üben begonnen.

Es erscheint uns sehr wichtig, darauf zu beharren, daß in jeder Stunde vor allen anderen Aktivitäten zuerst einmal geübt wird, d. h., daß die Kinder zu Beginn der Therapiestunde ihre Decken nehmen und auf das verdunkelte Podest legen.

Von den beiden Therapeuten übt derjenige, der die Formeln nicht spricht, manchmal mit (die Formeln werden von den Therapeuten abwechselnd gesprochen). Dieses Mitüben ist für die gruppensituation insofern von Bedeutung, als die Therapeuten nicht immer nur Außenstehende, Beobachter sind, die den Kindern lediglich Anweisungen geben, was zu tun ist. Außerdem kann es für den Therapeuten selbst sehr nützlich sein, gerade wenn er einen anstrengenden und hektischen Arbeitstag hatte.

Anschließend an das Üben zu Beginn der Stunden erfolgt ein Gespräch mit den Kindern über ihre Erfahrungen, Wahrnehmungen, Empfindungen, Probleme sowohl beim Üben in der Gruppe als auch beim häuslichen Üben. Ggf. wird im Anschluß daran eine neue Formel erklärt und eingeführt.

Für den daran anschließenden Teil der Therapiestunde wird, wie wir bereits im Abschnitt II.2.2. über therapeutische Spiele dargestellt haben, von uns jeweils ein Spiel vorbereitet, d. h. wir machen den Kindern einen Vorschlag. Wenn die Kinder allerdings selbst Ideen und Anregungen haben, wird gemeinsam darüber abgestimmt, was gespielt werden soll.

Den Abschluß der Stunde bildet wieder ein 3–4minütiges Üben, wobei ggf. die besprochene neue Formel mit aufgenommen wird.

Der Stundenbeginn mit dem autogenen Training hat den Vorteil, daß von Anfang an eine ruhige und konzentrierte Atmosphäre hergestellt wird. Außerdem lernen die Kinder, bedingt durch die Aufgliederung der Stunden – aT, Spielphase, aT –, daß sie schnell umschalten können, eine Erfahrung, die sie im schulischen und häuslichen Alltag niemals in dieser Prägnanz machen können.

Zur größeren Anschaulichkeit wollen wir einen kurzen Abriß einer Einführungsstunde geben und den Ablauf einer Therapiestunde ausführlich schildern.

Die Einführungsstunde beginnen wir mit einem „Kennenspielen“ (alle sitzen im Kreis, jeder sagt einmal seinen Namen, dann wird ein Kissen herumgeworfen, wobei der Werfer den Namen desjenigen, dem er das Kissen zuwirft, laut sagen muß). Nach diesem Spiel fragen wir die Kinder, ob sie eine Vorstellung davon haben, was wir in dieser Gruppe machen wollen, ob sie schon einmal von autogenem Training gehört haben und ob ihnen ihre Eltern vielleicht schon etwas über die Gruppe und das aT erzählt haben. – Anschließend an dieses kurze Gespräch erklären wir den Kindern, was Entspannung ist und fordern sie auf, einmal beide Arme ganz fest anzuspannen und dann wieder ganz

locker zu lassen. Wir sprechen mit den Kindern über ihre Empfindungen, die sie dabei haben, fragen sie, in welchen Situationen sie sich verspannt und verkrampft fühlen und in welchen entspannt.

Hier kommt meist eine ganze Reihe von Beispielen aus dem Schulbereich, von zu Hause: bei der Entspannung wird oft der Urlaub erwähnt oder „kurz vorm Einschlafen“. Weiterhin sprechen wir über das Gefühl der Schwere, das sich beim Lösen der verkrampften Muskeln einstellt und das Inhalt unserer ersten Formel ist. Dann fragen wir die Kinder, was eigentlich „Konzentration“ ist, sprechen die zumeist negativen Assoziationen an – „nun konzentrier' dich doch endlich“ etc. – und fordern die Kinder auf, sich auf einen Gegenstand, eine Person oder Teil einer Person zu konzentrieren. Die Diskussion über diese Konzentrationsübung zeigt, wie schwer es den meisten Kindern fällt, sich über längere Zeit auf eine Sache zu konzentrieren. Sie berichten, daß ihre Gedanken und Blicke immer wieder abgeschweift sind, daß sie sich auch von Geräuschen ablenken lassen. Wir erklären ihnen, daß wir deswegen beim Üben die Formeln „Gedanken sind ganz gleichgültig“ oder „Gedanken fliegen vorbei“ und „Geräusche sind ganz gleichgültig“ mit einbauen.

Zum Abschluß erklären wir den Kindern noch das „Zurücknehmen“. Hierzu lassen wir sie noch einmal im Wechsel die Arme einige Male anspannen und entspannen, sie sollen diesen schnellen Wechsel einmal ganz bewußt nachspüren. Wir sagen ihnen, daß eine solche schnelle Umstellung von Spannung zu Entspannung und zu einer gelösteren Spannung das Ziel des autogenen Trainings ist. Das Zurücknehmen – „Arme fest, tief Luft holen, Augen auf“ – bedeutet also die schnelle Rückkehr zum normalen Spannungs- und Wachzustand.

Zum Schluß fordern wir die Kinder auf, sich einmal hinzulegen und üben mit ihnen die Formeln:

- Ich bin ganz ruhig
- Geräusche sind ganz gleichgültig
- Gedanken fliegen vorbei
- Der rechte Arm wird schwer (3 ×)
- Der linke Arm wird schwer (3 ×)
- Beide Arme sind ganz schwer (3 ×)
- Die Beine werden schwer (3 ×)
- Arme und Beine sind ganz schwer (3 ×)
- Wir nehmen den Zustand zurück:
Arme fest, tief Luft holen, Augen auf.

Die Kinder erhalten einen Informationsbogen fürs häusliche Üben (s. Anhang).

Nun wollen wir noch den Ablauf einer weiteren Therapiestunden anschaulich schildern:

Zur 6. Stunde kommen fünf Kinder. D. ist entschuldigt, R. und J. kommen etwas zu spät. Sie haben sich unterwegs gestritten und wollen gleich mit uns darüber sprechen. Wir sagen ihnen, daß wir – wie immer – erst einmal üben wollen, danach könnten wir den Streit bereden, wenn sie selbst noch einmal darauf zurückkommen möchten. Sie murren, holen sich dann aber doch ihre Decken und legen sich zum Üben hin. Die Übung (Schwere) läuft insgesamt gut, nur R. ist

etwas unruhig, öffnet einige Male die Augen und schaut sich um. Im anschließenden Gespräch berichtet A., daß er die Schwere heute besonders gut gespürt hat. Wir fragen bei allen Kindern noch einmal genau nach, ob sie sowohl in der Gruppe als auch zu Hause die Schwere sicher spüren und legen ihnen hierzu noch einen kleinen Fragebogen (s. Anhang) vor. Da R. und J. ihren Streit nicht nochmals ansprechen, beginnen wir mit der Einführung der Wärmeübung. Wir schicken zwei Kinder mit einer Schüssel zum Heißwasserboiler und bitten sie, die Schüssel mit sehr warmem Wasser zu füllen. Wir fragen, wer sich bereit erklärt, eine Hand eine Weile in das warme Wasser zu tauchen. Natürlich wollen fast alle, für drei Hände reicht die Schüssel. Nach einigen Minuten nehmen die Kinder ihre heißen, rot gewordenen Hände aus der Schüssel. Wir fragen sie, was sie empfinden und erklären ihnen, daß sich durch das heiße Wasser die Blutgefäße in den Händen erweitert haben. Wir erläutern den Kindern, daß bei der neuen Formel „mein rechter Arm ist ganz warm“ etwas Ähnliches geschieht: die Blutgefäße erweitern sich und ein Gefühl von Wärme breitet sich im Arm und der Hand aus. Wir bitten die Kinder, noch andere Beispiele zu finden, erinnern sie an den Winter und an Schneeballschlachten. Alle reden nun durcheinander, denn jeder hat schon einmal erlebt, daß die Hände im warmen Zimmer „auftauen“ und dann ganz rot werden und kribbeln.

In der sich nun anschließenden Spielphase wollen alle Kinder bis auf D. und R. das „Hochhebespiel“ (vgl. „Ein verletztes Kind“, Vopel, 1977) spielen. Nach einigem Hin und Her beschließen sie, zuerst das „Hochhebespiel“ zu spielen, sollte dann noch Zeit genug übrig bleiben, ein Spiel, das von D. und R. vorgeschlagen wird. Nachdem die Kinder sich beim ersten Mal nur sehr zögernd zum Hochheben zur Verfügung gestellt hatten, da sie ja nicht genau wußten, was mit ihnen geschieht, wollen heute alle auf einmal. Alle hatten dieses Vertrauensspiel, bei dem sich ein Kind auf die Erde legt und von allen anderen hochgehoben wird, als sehr schön empfunden. Es gibt jetzt einen kurzen Streit zwischen A. und E., weil beide anfangen wollen und keiner nachgeben will. A. setzt sich letztendlich durch und nun läuft das Spiel ohne Komplikationen weiter, bis alle einmal dran waren. Vor allem bei M., einem außerordentlich introvertierten, schüchternen Kind, ist die Wirkung erstaunlich: er lacht über das ganze Gesicht und hat offensichtlich einen riesigen Spaß bei der Sache. So gelöst haben wir ihn noch nie erlebt. Manche Kinder wollen noch ein zweites Mal hochgehoben werden, u. a. auch D. und R., die ihren Spielvorschlag inzwischen offenbar vergessen haben. Beim Auswertungsgespräch berichten die Kinder, daß sie dieses Mal viel mehr Vertrauen hatten als beim ersten „Hochhebespiel“.

Es gelingt heute relativ leicht, von der Spielphase zum autogenen Training überzugehen. Die Kinder ziehen die Vorhänge zu, holen sich ihre Decken und legen sich hin. Wir führen zum ersten Mal die neue Formel ein „mein rechter Arm ist ganz warm“. Nach dem Üben kommen zwei Kinder spontan zu uns: wir sollen unbedingt ihre Hände anfassen, sie seien ganz warm geworden. Wir erinnern sie noch daran, beim häuslichen Üben nun auch die neue Formel nicht zu vergessen.

7. Elternarbeit

Unabhängig von Einzelgesprächen mit den Eltern (auf deren Wunsch oder wenn wir es für nötig halten) führen wir Elternabende in Abständen von ca. 4 Wochen durch. Die Elternabende dienen der Information der Eltern über das autogene Training (beim ersten Elternabend verteilen wir einen Informationsbogen, s. Anhang) und über den Ablauf der Gruppentherapie. Das Verhalten der Kinder in der Gruppe ist nicht Gegenstand des Gesprächs, das sollte ausschließlich die Angelegenheit der Kinder sein. Dies den Eltern gegenüber zu betonen, erscheint uns sehr wichtig – ebenso wie die Tatsache, daß das häusliche Üben (aT) Sache der Kinder ist und die Eltern nicht unentwegt zum Üben anhalten oder gar mit den Kindern zusammen üben sollten, wenn diese es nicht wünschen. Ein anderer Bestandteil der Elternabende ist der Erfahrungsaustausch über allgemeine Erziehungsprobleme. Hieran sind die Eltern sehr interessiert. Es kommen meist diverse Themen zur Sprache, u.a.: Wie geht man mit Jähzorn, Unberechenbarkeit und Aggressivität des Kindes um? Wie fördert man die Eigenverantwortlichkeit der Kinder? Wieviel Taschengeld sollte man geben? Die Elternabende werden im allgemeinen als positiv und hilfreich bewertet. Die Einschätzung der Eltern bezüglich der Schwierigkeiten und Probleme ihrer Kinder werden außerdem noch im Rahmen der Vor- und Nachdiagnostik mit dem El-Bogen der Stuttgarter Explorationsserie erfragt.

8. Zusammenarbeit mit Schule und Lehrern

Die jeweiligen Klassenlehrer der Kinder werden von uns zu Beginn der Therapiegruppe über den Ablauf informiert. Während der Therapiezeit bleiben wir in losem Kontakt mit der Bitte, bei irgendwelchen Vorkommnissen sich sofort an uns zu wenden und uns auch positive Veränderungen mitzuteilen. Im Rahmen der Vor- und Nachdiagnostik erhalten die Lehrer ebenfalls einen Fragebogen der Stuttgarter Explorationsserie (Lehrer-Bogen). Die Lehrer stehen dem autogenen Training insgesamt positiv gegenüber und wollen oft genau darüber informiert werden. Auf eine engere Zusammenarbeit mit den Lehrern verzichten wir bewußt, da das Vertrauensverhältnis zwischen den Kindern und uns im Vordergrund steht.

9. Supervision

Ein ganz wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit ist die intensive Vor- und Nachbesprechung der Gruppenarbeit. Wir fertigen über jede Stunde und jedes Kind ein kurzes Protokoll unmittelbar nach der Stunde an. Wichtig ist für uns die Klärung eigener Gefühle gegenüber den Kindern (z.B. Sympathie, Antipathie), weiterhin die Einschätzung des Gruppenprozesses: Welche Spiele können in welchem Stadium eingesetzt werden, wie stehen einzelne Kinder zueinander etc. Besonders wichtig und hilfreich sind die unmittelbar nach der Stunde geführten Therapeuten-Besprechungen.

IV. Schlußbemerkung

Es ging uns vor allem darum, ein neues therapeutisches Konzept darzustellen; sowohl die theoretischen Grundlagen als auch das praktische Vorgehen.

Uns ist klar, daß diese Schilderung in mancher Hinsicht zu knapp ist. Z.B. haben wir auf Falldarstellung verzichtet und konnten an dieser Stelle auch nicht auf eine detaillierte Beschreibung der Therapieerfolge eingehen.

Dennoch können wir aufgrund der individuellen Testwerte unserer Verhaltensbeobachtungen der Kinder und der Gespräche mit Eltern und Lehrern (unter Einbeziehung der erwähnten Fragebögen) zusammenfassend festhalten, daß wir mit einem solchen integrierten Ansatz gerade auch die in unserem Tätigkeitsfeld typischen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder mit Erfolg – d.h. im Sinne unserer formulierten Therapieziele – therapeutisch angehen können.

Summary

Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children – Description of a Concept

The following is a concept for group psychotherapy with children as is practiced in a "Schulpsychologische Beratungsstelle" (Psychological School Advisory Board). In this approach the autogenous training is combined with client-centered (play-)therapy and other psychological group-methods.

After presenting the theoretical basis of this concept the practical application is illustrated, using, among others, a two-hour-session.

The cooperation with parents and teachers will be described.

Literatur

Axline, V.M.: Kinderspieltherapie im nichtdirektiven Verfahren, München/Basel, 1972. – Bandura, A.: Lernen am Modell, Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie, Stuttgart, 1976. – Baumgärtel/Büker/Steffen: Training der Kinderpsychotherapie, Unterweisung und Verhaltensschulung programmiert, Teil I/II, München, 1975. – Biermann, G.: Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen, München/Basel, 1975. – Ders.: Das Autogene Training – seine Anwendung in Erziehungsberatung und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Praxis Oktober 1976. – Bittner/Schäfer/Strobel: Spielgruppen als soziale Lernfelder, Pädagogisch-therapeutische Aspekte. München, 1973. – Böschmeyer/Vopel: Kommunikation im ersten Schuljahr. Hamburg, 1977. – Bonstedt, Ch.: Organisierte Verfestigung abweichenden Verhaltens, eine Falluntersuchung. München, 1972. – Christmann, H.F.: Stuttgarter Explorationsserie, ohne Angaben. – Cratty, B.J.: Aktive Spiele und soziales Lernen. Ravensburg, 1977. – Eberlein: Autogenes Training für Kinder mit Mädchen. Düsseldorf/Wien, 1976. – Ginott, H.G.: Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Weinheim/Berlin/Basel, 1971³. – Ders.: Eltern und Kinder, 1969. – Gordon, T.: Familienkonferenz, Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind. Hamburg, 1976⁸. – Harding, G.: Spieldiagnostik. Weinheim/Basel, 1972. – Hoffmann, B.: Handbuch des autogenen Trainings. München, 1979². – Höper/Kutze/Stobbe/Weber: Die spielende

Gruppe. Wuppertal, 1976⁵. – *Kähling, I.*: Behinderte Kinder, Was können wir tun? Modellversuch zur Verminderung psychosozialer Schwierigkeiten, Die Grundschule, Oktober 1973. – *Kos/Biermann*: Die verzauberte Familie. München/Basel, 1973. – *Krapf, G.*: Autogenes Training aus der Praxis. München 1976². – *Kruse, W.*: Entspannung – Autogenes Training für Kinder. Köln, 1977. – *Lutz, Ch.*: Praxis der Gruppentherapie mit Kindern. Stuttgart, 1976. – *Moreno, J.L.*: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart, 1973². – *Mucchielli, R.*: Das nicht-direktive Beratungsgespräch. Salzburg, 1972. – *Postmeyer, B.*: Kinder helfen sich selbst – Autogenes Training für Kinder. München (o. Jahreszahl). – *Rogers, C.*: Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. München, 1973. – *Ders.*: Die nicht-direktive Beratung. München, 1972. – *Schiffer*: Die therapeutische Spielgruppe. München 1971. – *Schmidtchen, St.*: Internes Arbeitspapier der Universität Kiel, 1973. – *Ders.*: Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim/Basel, 1974. – *Ders.*: Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie. Kiel, 1976. – *Schultz, I.H.*: Das Autogene Training. Stuttgart, 1970. – *Sigrell, B.*: Einführung in die Gruppenpsychotherapie. Weinheim/Basel, 1973. – *Slavson, S.R.*: Einführung in die Gruppentherapie. Göttingen, 1965. – *Tausch, R. und A.*: Kinderpsychotherapie in nichtdirektivem Verfahren. Göttingen, 1956. – *Thalmann, H.-Ch.*: Problemkinder – eine Provokation zur Veränderung des Schulbeginns. In: Die Grundschule, August 1973. – *Thomas, K.*: Praxis der Selbsthypnose und des Autogenen Trainings (nach I.H. Schultz). Stuttgart, 1976⁴. – *Vopel, K.*: Interaktionsspiele für Kinder, 1–4. Hamburg, 1977. – *Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittbau, Rauer*: Angstfragebogen für Schüler. Göttingen, 1976.

Anhang

Informationsblatt für die Eltern

Autogenes Training bedeutet „konzentrierte Selbstentspannung“ und wird zu den Psychotherapieverfahren gerechnet.

Wörtlich übersetzt bedeutet es „aus sich selbst heraus üben“. Das autogene Training erfordert Geduld, sowie Bereitschaft, zu lernen und zu wiederholen. Diese Fähigkeit, geduldig zu sein, Ruhe zu üben, sich zu konzentrieren, können (auch) Kinder lernend erwerben.

Beim autogenen Training werden innere Kräfte aktiviert, mit denen das Kind (aber auch der Erwachsene) seinen Problemen und Schwierigkeiten begegnen und sie leichter überwinden kann. Das autogene Training hilft unter anderem die Konzentrations- und Speicherfähigkeit zu verbessern.

Das autogene Training führt also allgemein zu Entspannung und Beruhigung

In unseren therapeutischen Gruppen kombinieren wir das autogene Training, das an die Selbständigkeit des Kindes appelliert und zu seiner Ich-Stärkung dient, mit Gruppen- und spieltherapeutischen Methoden.

Da das autogene Training auch zu Hause geübt werden sollte, geben wir Ihnen auf der nachfolgenden Seite einige Informationen und Hinweise, die sich auf das häusliche Üben des autogenen Trainings beziehen.

Was müssen Sie beachten, wenn Ihr Kind autogenes Training macht?

Äußere Bedingungen des Übens:

Wo? Ihr Kind sollte für die Zeit des Übens einen ruhigen Raum für sich allein haben und während des Übens auf keinen Fall gestört werden.

Wann? Am günstigsten ist es, wenn Ihr Kind 2 × am Tag übt, einmal, bevor es die Schularbeiten macht und einmal vor dem Einschlafen (im Bett).

Wie lange? Die Zeitdauer des Übens beträgt ca. 3 Minuten, bzw. solange wie Ihr Kind will.

Wie verhalten Sie sich Ihrem Kind gegenüber?

Ermahnen Sie Ihr Kind niemals, das autogene Training zu machen oder zwingen Sie es gar dazu.

Das autogene Training muß dem Kind Spaß machen! Erinnern Sie es freundlich daran, wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Kind vergißt das Üben ständig.

Sollten Sie den Eindruck haben, Ihr Kind hat keine Lust zu üben, rufen Sie uns an – wir können dann im Rahmen der Gruppe darüber sprechen.

Zwingen Sie Ihr Kind nicht, über das autogene Training zu sprechen. Es ist seine Sache, und wenn es möchte, wird es mit Ihnen auch darüber sprechen. Auch was in der Gruppe in der Beratungsstelle geschieht, erzählt das Kind nur freiwillig.

Sollten sich Probleme oder Fragen für Sie ergeben, lassen Sie sie nicht ungelöst und unbeantwortet, sondern rufen Sie uns an.

Fragebogen zum autogenen Training

Name: Datum:

- | | | |
|--|------------------------|--------------------------|
| 1. Beim Üben in der Gruppe spüre ich die Schwere | nie | <input type="checkbox"/> |
| | manchmal | <input type="checkbox"/> |
| | immer | <input type="checkbox"/> |
| 2. Beim Üben zu Hause spüre ich die Schwere | nie | <input type="checkbox"/> |
| | manchmal | <input type="checkbox"/> |
| | immer | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Schwere tritt ein | sofort | <input type="checkbox"/> |
| | ziemlich schnell | <input type="checkbox"/> |
| | sehr langsam | <input type="checkbox"/> |
| 4. Beim Üben wird nur | der rechte Arm schwer | <input type="checkbox"/> |
| | der linke Arm schwer | <input type="checkbox"/> |
| | beide Arme schwer | <input type="checkbox"/> |
| | Arme und Beine schwer | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich mache das autogene Training | lieber in der Gruppe | <input type="checkbox"/> |
| | lieber allein zu Hause | <input type="checkbox"/> |
| 6. Das autogene Training macht mir | sehr großen Spaß | <input type="checkbox"/> |
| | ein bißchen Spaß | <input type="checkbox"/> |
| | überhaupt keinen Spaß | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich übe zu Hause | jeden Tag | <input type="checkbox"/> |
| | alle paar Tage | <input type="checkbox"/> |
| | nie | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich übe zu Hause | alleine | <input type="checkbox"/> |
| | mit meiner Mutter | <input type="checkbox"/> |
| | mit meinem Vater | <input type="checkbox"/> |
| | mit Geschwistern | <input type="checkbox"/> |

Wichtig

Ich sollte 2 × am Tag üben, am besten

1 × vor den Hausaufgaben

1 × vor dem Schlafengehen

Je regelmäßiger ich übe, desto mehr Erfolg habe ich!

Erfolg heißt:

Zur Erinnerung die ersten Formeln

- ich bin ganz ruhig
- Geräusche sind ganz gleichgültig
- Gedanken fliegen vorbei
- Der rechte Arm wird schwer
- Der linke Arm wird schwer
- Die Beine sind ganz schwer
- Arme und Beine sind ganz schwer
- Die Glieder sind ganz schwer
- zurücknehmen!

Die 6 Übungen des autogenen Trainings (endgültige Fassung)

- Ich bin ganz ruhig
- Geräusche sind ganz gleichgültig
- Gedanken fliegen vorbei
- Die Arme werden *schwer*
- Auch die Beine werden schwer
- Arme und Beine sind ganz schwer
- Die Ruhe wird immer tiefer
- Die Arme werden *strömend warm*
- Auch die Beine werden strömend warm
- Arme und Beine sind strömend warm
- Das *Herz* schlägt ruhig und gleichmäßig
- Auch die *Atmung* geht ruhig und gleichmäßig, es atmet mich
- *Sonnengeflecht* ist strömend warm
- *Stirn* ist angenehm kühl
- Ich nehme den Zustand jetzt zurück:
 Arme fest
 Augen auf
 tief Luft holen

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Gabriele Lischke-Naumann, Dipl.-Psych. Aida Lorenz-Weiss, Dipl.-Psych. Bernd Sandock, Schulpsychologische Beratungsstelle Wedding, Badstr. 10, 1000 Berlin 65.