

Maxeiner, Verena

Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 7, S. 252-257

urn:nbn:de:bsz-psydok-32935

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

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebttinger, R., Ebttinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124

- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltungstherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Buchbesprechungen

- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder

Von Verena Maxeiner

Zusammenfassung

Für die psychotherapeutische Arbeit mit behinderten (entwicklungsverzögerten und verhaltensauffälligen) Kindern wurde Märchenspiel als Gruppentherapie entwickelt. Dabei mußte von einer minimalen Elternbeteiligung ausgegangen werden. Vorgestellt werden das Setting, die therapeutischen Interventionen und anhand von Beispielen die Entwicklungsprozesse der Kinder. Alle Kinder zeigen nach Beendigung der Therapie größere Eigeninitiative, Spiel- und Arbeitsfähigkeit, soziale Zugewandtheit und Selbstbewußtsein. Die größten Veränderungen traten bei gehemmten und ängstlichen Kindern auf.

1 Einleitung

In dieser Arbeit soll ein auf die Märchenthematik zentriertes gruppenpsychotherapeutisches Setting aus der Arbeit mit behinderten Kindern und dessen Durchführung vorgestellt werden. Es ist Bestandteil des Beratungs- und psychotherapeutischen Angebots für Kinder und deren Familien, sowie Erzieherinnen/Erzieher einer Kindertagesstätte für geistig behinderte, entwicklungsverzögerte und verhaltensauffällige Kinder. Die Tagesstätte nimmt im Bildungsangebot insofern eine Sonderstellung ein, als in ihr nur behandlungsbedürftige Kinder

aufgenommen werden, das Betreuungsangebot heilpädagogisch ausgerichtet ist und zusätzliche Therapien angeboten werden. Die Kindergruppen sind heterogen nach Behinderungsgrad und Alter zusammengesetzt. Ausschlaggebend für die Wahl der Gruppenform mit Themenzentrierung auf Märchen als Psychotherapie waren die besondere Situation der Familien und der phasentypisch spezielle Entwicklungsstand der Kinder.

2 Situation der Familien und Kinder

Die Familien melden ihre Kinder auf Empfehlungen durch Diagnose- und Beratungseinrichtungen an. Sie hoffen, daß durch die heilpädagogische Betreuung in der Tagesstätte die Entwicklungsdefizite ihrer Kinder behoben werden; als Behandlungswunsch wird bei der Aufnahme vor allem sprachtherapeutische Betreuung geäußert, da Sprachentwicklungsverzögerungen das zunächst auffallendste Problem darstellen. Trotz ebenfalls geäußelter Erziehungsschwierigkeiten und Vorempfehlungen hinsichtlich Erziehungsberatung wird dieses Angebot zunächst nicht und auch im Verlauf der Betreuung der Kinder in der Tagesstätte nur zögernd von den Familien wahrgenommen. Verhaltensauffälligkeiten und verzögerte Lernentwicklung werden erst dann von den Familien thematisiert, wenn entweder in der familiären Situation massive Krisen entstehen oder aber die Einschulung

mit dem Problem der Zuweisung zu unterschiedlichen Schultypen, also Sonderschulen ansteht.

Da viele Familien materiell schlecht gestellt sind (geringe Einkommen, Arbeitslosigkeit, Angewiesensein auf Sozialhilfe), lassen sich ihre Ängste und Vorbehalte gegenüber psychologischer Beratung und Psychotherapie auch verstehen als Resultat materieller und kultureller Einschränkungen bedingt durch die sozioökonomische Zugehörigkeit. Aus Untersuchungen zur Psychodynamik und Psychotherapie bei Unterschichtpatienten (Thomas 1986) ist bekannt, daß diese zum einen geringere Erfahrungen mit psychotherapeutischen Angeboten haben, zum anderen zu Lebensbewältigungsformen neigen, die die Inanspruchnahme solcher Hilfen behindern: Ängste vor Veränderungsprozessen, deren Auswirkungen nicht eingeschätzt werden können, Delegation von Veränderung an Autoritäten oder Institutionen, sowie größere Symptomtoleranz.

Aus der Tatsache, daß Behandlungsangebote nur vorsichtig oder gar nicht genutzt werden, darf jedoch nicht geschlossen werden, daß kein Behandlungsbedarf vorliegt (vgl. auch Schepank 1987). Vielmehr müssen Wege gefunden werden, um Behandlungsangebote zu vermitteln und das therapeutische Vorgehen auf das Klientel hin zu variieren. Viele Familien bspw. verleugnen die Symptomatik des Kindes, erleben sie als fremd und unverständlich oder aber schuldvoll als eigenes Versagen. Beratungsgespräche, die in diesen Fällen von der Institution den Eltern direkt angeboten werden und davon ausgehen, Verhalten zu reflektieren, die individuelle Lebensgeschichte und Familiendynamik einzubeziehen, werden zunächst immer als Kritik am Erziehungsverhalten verstanden, was eine konstruktive weitere Problembearbeitung behindert. Als erfolgreicher für Beratung und den Einstieg in eine therapeutische Beziehung hat sich bewährt, mit entängstigenden Kontaktangeboten zu beginnen, ebenso von kindzentriertem Arbeiten auszugehen und die Eltern in unterschiedlicher Weise bis hin zu Mutter-Kind-Therapien zu beteiligen. Daran anschließend wird eine intensive Arbeit mit den Erwachsenen, seltener auch der ganzen Familie, möglich.

Auch im hier vorzustellenden therapeutischen Angebot liegt der Ausgangs- und Schwerpunkt in der Arbeit mit den Kindern. Obgleich alle Eltern angesprochen werden, kann mit ihrer kontinuierlichen Mitarbeit nicht gerechnet werden. In der Altersgruppe der vier- bis siebenjährigen Kinder treten vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und Lernschwierigkeiten auf, die nicht mehr allein durch die Betreuung in der Kindergruppe von den Erzieherinnen aufgefangen oder mit Hilfe von Supervision bewältigt werden können. Von den Erzieherinnen werden Kinder vorgestellt, die in ihrer Spielfähigkeit eingeschränkt sind, Ängste bei Leistungsanforderungen zeigen, in der Gruppe gehemmt und ängstlich in ihrer Selbstdarstellung sind, sowie hyperaktive und unkonzentrierte Kinder.

3 Entwicklungsstand der Kinder und Wahl des therapeutischen Vorgehens

Es wird davon ausgegangen, daß kindliche Entwicklung und damit der jeweilige Entwicklungsstand Ausdruck und Resultat des Zusammenspiels motorischer, sensorischer, kognitiver Funktionen mit emotionalen Prozessen in einem sozialen Bedeutungszusammenhang ist (Buchholz 1986, Paulsen 1977; vgl. Freud, A. [1965] zum Konzept der Entwicklungslinien). Psychische Funktionen können beeinträchtigt sein durch soziale oder verinnerlichte Konflikte, ebenso können sich Funktionsbeeinträchtigungen emotional und sozial auswirken. Die Frage der Verursachung ist hier sekundär, betont werden soll für die psychotherapeutische und auch pädagogische Praxis, daß jede Störung in den genannten Zusammenhängen betrachtet werden muß (vgl. auch die Ausführungen Mahlers [1975] zur Bildung autonomer Ich-Funktionen in emotional bedeutsamer sozialer Interaktion).

Das Spiel als therapeutisches Medium bietet die Möglichkeit einer ganzheitlichen Behandlung: Es erfordert Betätigung und Übung psychischer Funktionen, ermöglicht Phantasietätigkeit und damit die Darstellung innerer Konflikte. Das darstellende Spiel fordert darüber hinaus zur Selbstdarstellung, Entwicklung von Initiative und Kreativität auf (Petzold 1982). Für die therapeutische Arbeit mit den Kindern wurde die Gruppenform gewählt, da hier die Abhängigkeit vom Therapeuten geringer ist als in der Einzeltherapie und selbständiges Handeln der Kinder gefördert wird. Da aus den genannten Gründen die individuelle Lebensgeschichte und spezielle familiäre Konstellationen nicht immer hinreichend bekannt sind, ist eine Themenzentrierung auf menschlich existentielle und für diese Altersstufe phasentypische Probleme wichtig. Märchentemen bieten diese Möglichkeit. Die Entscheidung dafür lehnt sich an Bettelheims (1983) Ausführungen über die Bedeutung von Märchen für den kindlichen Entwicklungsprozeß an: Sie enthalten existentielle Probleme in symbolischer Form. Anhand dieser Themen wird die Bearbeitung archaischer Ängste möglich, Trennungs- und Individuationsprobleme werden angesprochen. Deshalb wurden v.a. folgende Märchen gewählt: „Der Wolf und die sieben Geißlein“, „Rotkäppchen“, „Schneewittchen“, „Hänsel und Gretel“, „Dornröschen“, „Das tapfere Schneiderlein“, „Frau Holle“, „Hase und Igel“. Die Themen sind Anstoß zur individuellen Bearbeitung durch die Kinder: Das Therapieziel liegt in der Bearbeitung eines Focus, der über Vordiagnostik und spezifische Akzentsetzung durch jedes Kind zu Beginn der Therapie sich herauskristallisiert. Es sollen nun das Setting, das sich nach mehreren Durchgängen vierjähriger gruppentherapeutischer Erprobung ergeben hat, die therapeutischen Interventionen und die beobachteten Entwicklungsprozesse der Kinder im Zusammenhang mit diesem Setting anhand von Beispielen vorgestellt werden.

4 Setting

Die Therapie findet in einer geschlossenen Gruppe von maximal zehn Kindern über etwa zwanzig Sitzungen statt. Die Sitzungen werden einmal wöchentlich für eineinhalb bis zwei Stunden durchgeführt. Sie gliedern sich in eine Anwärm-, Spiel- und Auswertungsphase. In der Anwärm- und Auswertungsphase sitzen die Kinder im Kreis auf Stühlen, während des Spiels steht ihnen der gesamte Raum zur Verfügung. Jede Sitzung wird auf Video aufgezeichnet. In der Anwärmphase berichten die Kinder von den sie zunächst noch beschäftigenden Tagesereignissen; sie werden dann aufgefordert, sich an die letzte Sitzung zu erinnern und davon zu erzählen. Danach wählen sie, ob ein bekanntes oder ein neues Märchen gespielt werden soll; das Erzählen des Märchens schließt sich an. Komplizierte Handlungsabläufe werden beim Erzählen vereinfacht oder manchmal auch fortgelassen oder verändert.

Die Spielphase wird eingeleitet durch die Rollenübernahme. In den Anfangssitzungen wählen die Kinder ihre Rollen grundsätzlich selbst, in späteren Sitzungen finden auch Gruppenzuweisungen der Rollen statt. Bei der Verteilung der Rollen wird besprochen, welche Handlungen die jeweilige Rollenfigur im Spiel durchführen wird, wem sie begegnen und was sie erleben wird. Manchmal werden dabei mit Hilfe von Pantomimen unterschiedliche Ausdrucksmöglichkeiten für Gefühle wie Trauer, Wut, Ärger, Freude erprobt. Sind alle Rollen verteilt, wird geschminkt und verkleidet, was häufig genauso viel Zeit in Anspruch nimmt wie das Spielen selbst; es dient der Festigung der Rollenidentifikation, soll die individuelle Akzentsetzung und Ausgestaltung der Rolle unterstützen und bietet noch einmal Gelegenheit, den Handlungsablauf des Märchens zu vergegenwärtigen. Als nächstes wird die Bühne eingerichtet; mit einfachsten Mitteln (Stühlen, Decken, Matratzen) werden die Räumlichkeiten festgelegt, in denen das Märchen spielt. In der Regel wird die Bühne simultan aufgebaut und so gespielt. Nur bei Märchen, die in unterschiedlichen Lebensperioden spielen, wie bei „Schneewittchen“ oder „Dornröschen“, finden Szenenwechsel und Veränderungen der Bühne statt.

Grundsätzlich beginnen die Kinder von sich aus mit dem Spiel und gestalten es ohne Regieanweisungen. Spiel- und Handlungsvariationen sind dadurch möglich. Therapeutische Interventionen finden während des Spiels statt. Bei Beendigung des Spiels wird als erstes das Kind, welches eine böse Rolle innehatte, von der ganzen Gruppe aus dieser Rolle befreit. Dann legen alle Kinder ihre Verkleidungen und damit ihre Rollen ab, räumen die Bühne ab und stellen die Stühle im Kreis für das Auswertungsgespräch auf. Abgeschminkt wird nicht, da fast alle Kinder darauf bestehen, geschminkt in ihre Kindergruppen zu gehen und auch so nach Hause zu fahren. Im Auswertungsgespräch wird thematisiert, was den Kindern im Spiel gefallen hat, wie sie sich selbst und die anderen in ihren Rollen erlebt haben und welche Erlebnisse, Erinnerungen oder Probleme durch das Märchen-

spiel angestoßen worden sind. Ab und zu wird die Videoaufzeichnung in das Auswertungsgespräch einbezogen.

Die Gestaltung und Dynamik des gesamten therapeutischen Prozesses wird einmal thematisch durch die Märchen und die dadurch bei den Kindern ausgelöste Konfliktbearbeitung bestimmt. Jedes Märchen wird zwei- bis dreimal in aufeinanderfolgenden Sitzungen gespielt. Der Gesamtprozeß beginnt in der ersten Sitzung mit dem Märchen vom „Wolf und den sieben Geißlein“, da der Handlungsablauf leicht verständlich ist, es aber dennoch die Möglichkeit bietet, unterschiedliche Themen zu akzentuieren und weiter zu bearbeiten (bspw. Probleme der Trennung und Selbständigkeit, orale Aggression, Wünsche nach und Ängste vor Verschmelzung, Rivalitätsprobleme und Ungehorsam). Das darauf folgende Märchen wird danach ausgesucht, inwieweit es eine von den Kindern angedeutete aber noch offene Problematik in anderer Form anbietet. Der Gesamtprozeß wird andererseits gestaltet durch die sich entwickelnden und wachsenden Kompetenzen und die dadurch erweiterte Entscheidungsfähigkeit, Kreativität und Selbständigkeit der Kinder: So wird es im letzten Drittel ab ca. der 13. Sitzung möglich, daß die Kinder von sich aus Märchen vorschlagen, die gespielt werden sollen; vor allem ist die Gruppe dann in der Lage, gemeinsam phantasierte Geschichten konstruktiv zu spielen.

5 Therapeutische Interventionen

In der Gestaltung des Settings sind Interventionen enthalten, die sich über Struktur, Prozeß und Thematik vermitteln. Es sollen nun die verbalen Interventionen während der Spiel- und Auswertungsphase beschrieben werden. Sie haben zum Ziel, Verstehen zu fördern und Handlung – konstruktive Konfliktlösung – zu ermöglichen. Sie setzen daher an Störungen im Spielablauf und Konflikten im Auswertungsgespräch an. Verstehen und Handeln wird hier im ganzheitlichen Sinne begriffen: Beides kann sowohl durch kognitive Defizite als auch durch emotionale Probleme oder Konflikte behindert sein.

Beim Erzählen der Märchen können vermutete Konfliktbereiche bereits akzentuiert werden; die Reaktionen der Kinder in ihrem Ausdrucksverhalten und verbalen Kommentaren geben Hinweise auf die bei ihnen ausgelöste Problematik. Während des Spiels wird diese Funktion des Märchenerzählens potentiell beibehalten, aber ins „Off“ zurückgenommen und durch Interventionen ergänzt, die sich auf das Erleben der Kinder beziehen. D. h.: Bei allen Störungen des Spielablaufs wie Stockungen, zu schnellem oder ‚darüberhinweg‘ Spielen, sich wiederholenden, nicht konstruktiven Konfliktlösungsmustern wird verbal interveniert durch einfaches Erzählen des Märchentextes (Bsp. 3), Spiegeln des jeweiligen Konfliktes (Bsp. 3), Überlegungen hinsichtlich verschiedener Konfliktlösungsmöglichkeiten (Bsp. 1), Thematisieren des Erlebens und der Gefühle in der Problemsituation (Bsp. 4). Diese Interventionen haben Hilfs-Ich-Funktion

und werden im Verlauf des therapeutischen Prozesses zum Teil von den Kindern selbst bei entstehenden Problemen übernommen. Bei über das Spielgeschehen hinausgehenden Störungen, wenn bspw. die Rolle im Spiel verlassen wird oder Gefühle wie Ängste und Aggressionen nicht spielbezogen, sondern real geäußert werden, wird das betreffende Kind aufgefordert, für einen Moment aus dem Spiel herauszutreten und zu überlegen, wer ihm in der Situation weiterhelfen könnte oder was verändert werden sollte (Bsp. 1), damit es weiterspielen kann.

6 Durchführung und Beispiele

Im Winterhalbjahr 1986/87 fanden zwei Gruppen mit Kindern im Alter von 5;0 bis 6;1 Jahren statt. Vorbedingungen zur Aufnahme in die Gruppentherapie waren: 1. Die Kinder sollten ihrer eigenen Identität soweit sicher sein, daß sie zwischen ihrem eigenen Ich und dem anderen klar unterscheiden und im spontanen Spiel bereits fremde Rollen übernehmen konnten. 2. Sie sollten in der Lage sein, Phantasien ansatzweise szenisch, bspw. im Scenotest, darzustellen. 3. Sie sollten den Handlungsablauf von erzählten Geschichten zumindest in groben Zügen verstehen können. Alle Kinder wiesen Sprachentwicklungsverzögerungen bis hin zu schweren Sprachstörungen bei gleichzeitig gutem Sprachverständnis auf. Neben den erwähnten Verhaltensauffälligkeiten unterschieden sie sich hinsichtlich ihres Abwehrverhaltens in Anforderungssituationen: Die einen gingen direkter aggressiv mit angstauss lösenden Anforderungen um und verweigerten eher trotzig. Die anderen waren im Umgang mit ängstigenden Anforderungen eher aggressiv gehemmt und neigten zu Rückzug und fehlender Spontaneität.

Beispiel 1

Beim Spiel vom „Wolf und den sieben Geißlein“ übernahm C. die Rolle eines Geißleins. Bei C. (Junge, 5;6) wurden eine schwere Sprachstörung, sowie Kontaktscheu und Verweigerungsverhalten bei Leistungsanforderungen diagnostiziert. Letztgenanntes Verhalten sowie seine große Ängstlichkeit bei Sprechversuchen traten auch in der Kindergruppe auf und waren Grund zur Anmeldung für die Gruppentherapie. C. verhielt sich auch in der Therapie abwartend und ängstlich. In der dritten Sitzung übernahm er wieder die Rolle eines Geißleins, alle anderen Rollen lehnte er ab. Als im Spiel der Wolf die Geißlein jagte und auch den sich versteckenden C. immer wieder aufstörbte, geriet der in übergroße Angst und begann zu schreien und zu weinen, so daß er aufgefordert werden mußte, für einen Moment aus der Rolle zu treten. Er beruhigte sich und konnte andeuten, daß er einerseits Angst vor dem Fressen und Gefressenwerden, vor allem aber vor dem Verschwinden im Bauch habe. Es wurde mit ihm überlegt, was ihm weiterhelfen könnte. Da er selbst nur wenige Worte sprach, aber fast alles verstand, wurden ihm verschiedene Handlungsmöglichkeiten angeboten. Er entschied sich dazu, ein zweites Geißlein zu spielen, das vom Wolf nicht gefunden und gefressen wurde. Im Auswertungsgespräch ging es dann noch einmal um C.s Angst: Am schrecklichsten war ihm die Vorstellung ‚Bauch‘. Gerade in diesem Spiel waren zwei Mädchen in den Rollen der gefangenen Geißlein, die es sich im

Bauch des Wolfes (eine Decke, die der Darsteller über die Geißlein legte und sich dazu setzte) sehr gemütlich gemacht hatten und eher Schwierigkeiten hatten, sich befreien zu lassen. Sie betonten im Auswertungsgespräch, daß sie es im Bauch schön fänden. Zunächst lehnte C. es ab, in einer einzelnen Szene den Wolfsbauch durch Angucken, Fühlen oder Reingehen näher kennenzulernen. Die Mädchen wollten diese Szene gern noch einmal spielen, schließlich ging C. zu ihnen hin, betühlte den Wolfsbauch und ließ sich von ihnen ermuntern, auch unter die Decke zu kommen. Er konnte sich tatsächlich nach einer Weile entspannen. Im Verlauf der Therapie übernahm er weiterhin lieber Nebenrollen, gestaltete diese jedoch ideenreich aus. Er wagte sich jetzt an das Problem des Fressens und Zupackens heran. So wurde unversehens durch seine Spielgestaltung die Rolle des Vogels in „Hänsel und Gretel“ zur Hauptrolle, indem er die ausgestreuten Brotkrumen (Legosteine) in knieender Haltung mit dem Mund einzeln aufsammlte und dazu mit den Armen schwingende Flügelbewegungen machte. Er spielte diese, viel Körperbeherrschung erfordernde Szene, ganz konzentriert über 15 Minuten, erreichte, daß die Gruppe ganz still wurde, seinem Spiel ebenso konzentriert zusah und nach Beendigung der Szene spontan klatschte. In folgenden Sitzungen wurde C. immer mutiger und drückte sich vermehrt mit Hilfe verbaler Äußerungen aus. Diese Beobachtungen wurden von der Sprachtherapeutin und den Erzieherinnen bestätigt.

Beispiel 2

Bei M. (Junge, 5;8) wurde eine Sprachentwicklungsverzögerung bei allgemeiner Entwicklungsverzögerung festgestellt. In seiner Kindergruppe fiel er durch unselbständiges Verhalten und durch scheinbar grundloses Verweigern von Anforderungen auf, obgleich er konzentriert spielen konnte. Etwa ab der vierten Gruppensitzung begann M. sich während des Spiels zu verweigern und seine Rolle nicht weiterzuspielen. Interventionen während der Spielphase führten zu keiner Lösung, er gab seine Rolle einfach ab, war aber unzufrieden dabei. Bei der Rollenverteilung zeigte sich, daß er Schwierigkeiten hatte, sich überhaupt für eine Rolle positiv zu entscheiden, obgleich er grundsätzlich Spaß am Spielen hatte. Es wurde deutlich, daß er den Handlungsablauf des Märchens beim Erzählen nicht richtig verstand und sich daher nur schwer vorstellen konnte, welche Handlungsmöglichkeiten es für ihn in den Rollen geben könnte. Er versuchte nicht, von sich aus seine Unklarheiten anzumelden oder zu beseitigen. Also wurden ihm Handlungsablauf und die Rollen bei der Verteilung besonders erklärt. Das genügte jedoch nicht, um ihn spielfähig zu machen. Er begriff nun den Inhalt gut, konstellierte die Situation aber so, daß er seine Entscheidung an Vorschläge anderer Gruppenmitglieder anlehnte und selber nicht klar ‚ja‘ oder ‚nein‘ sagen mußte. Nun stieg er schon beim Verkleiden aus und gab seine Rolle ab; er entschied sich, das Spiel aus der Zuschauerrolle zu verfolgen. Beim Betrachten der Videoaufzeichnung während der Auswertung fiel es ihm schmerzlich auf, daß er nicht zu sehen war. Er wurde sehr nachdenklich bei der Feststellung, daß der, der nicht spielt, auch nicht gesehen werden kann. Im weiteren Verlauf der Therapie war für ihn die Rollenverteilung weiterhin von zentraler Bedeutung: Er lernte es, Rollen anzunehmen oder abzulehnen und wurde somit entscheidungsfähig.

Beispiel 3

Beim Spiel von „Schneewittchen“ wurden die Rollen von König und Königin, die sich ein Kind wünschen, von zwei Mädchen (A. 5;3 und M. 5;0) gespielt, die beide sehr gehemmt und

schüchtern waren. Vor allem A.s Fähigkeiten waren schwer einzuschätzen, sie zeigte manchmal erstaunlich gute Arbeitsergebnisse, schien jedoch meistens ‚dumm‘ zu sein, vor allem, wenn sie sich beobachtet fühlte. Ihre Sprache war extrem leise. Es waren dieselben Mädchen, die sich aus dem Geborgensein im Wolfsbauch nicht lösen wollten. Die Kinder bauten die Szene als Frühstückssituation auf, die Handlung stockte, beide Mädchen lächelten verschämt und taten nichts mehr, guckten sich auch nicht mehr an. Als Intervention wurde zunächst der betreffende Märchentext erzählt; die Kinder blieben aber weiter in ihrem gehemmten Verhalten gefangen. Dann folgte als Intervention, daß es beiden so schwer fiel, zu wünschen. Sie sahen sich nun wieder an, den Wunsch nach einem Kind konnten sie dennoch nicht aussprechen. Auf die Frage, was ihnen nun weiterhelfen könnte, brachten sie ihren Wunsch aber in der Form zum Ausdruck, indem sie sagten: „Schneewittchen soll kommen“. Das wurde von der Schneewittchendarstellerin ausgeführt, danach waren die Kinder wieder handlungsfähig. In den folgenden Sitzungen wurden beide Mädchen durch Einbringen eigener Spielideen aktiver. Vor allem A. konnte direkter Wünsche äußern und ihre Interessen vertreten. Für sie war dieses Spiel die Vorbereitung ihrer ‚Schlüsselszene‘ in der Rolle von „Rotkäppchen“. Sie ließ sich vom „Wolf“ zwar dazu verführen, im Wald Blumen zu pflücken, fragte ihn im Haus der Großmutter aber aus sicherer Entfernung, warum er so anders aussähe, und schaffte es, daß er sie nicht fraß: Sie schenkte ihm bei jeder Frage Blumen und schließlich den Kuchen. Nach diesem Spiel war sie sowohl in der Therapie als auch in ihrer Kindergruppe durchsetzungsfreudiger, sprach lauter, nahm an gemeinsamen Aktivitäten teil und mußte auch ihre Fähigkeiten nicht mehr verstecken.

Beispiel 4

Ebenfalls im Spiel von „Schneewittchen“ spielt J. (Junge, 5;1) den Jäger und P. (Mädchen, 5;2) Schneewittchen. Bei J. wurde eine schwere Sprachstörung bei gut entwickeltem Sprachverständnis diagnostiziert. In der Kindergruppe zeigte er extreme Schüchternheit und Ängste bei Leistungsanforderungen, sowie abrupt hervorbrechende aggressive Spielphantasien und Handlungen. Bei P. lag eine Artikulationsstörung und Dysgrammatismus bei sonst altersgemäßer Allgemeinentwicklung vor; den Erzieherinnen fiel sie wegen extremer Verweigerung bei Anforderungen, Isolierung vom Gruppengeschehen und massiver Trennungsschwierigkeiten von der Mutter auf. J. als Jäger nahm Schneewittchen entschlossen an die Hand und ging mit ihr los. Im Wald sagte er laut ‚so‘, stieß sie unvorhergesehen abrupt mit der Faust in den Rücken und ging weg. P. legte sich auf den Boden und blieb regungslos. Nach einer Weile wurde interveniert: „Der Jäger hat Schneewittchen umgestoßen, und die ist nun traurig“. P. rührte sich nicht. Alle Kinder diskutieren, ob sie tot ist oder lebt. Sie entschieden, daß sie lebt und riefen: „Wach auf, Schneewittchen, steh endlich auf“. P. bewegte sich nicht. Als therapeutische Intervention folgten Überlegungen, daß Schneewittchen nie aus dem Wald herausfinden wird, daß sie nie die Zwerge und später den Prinzen treffen kann. Nun begann ein Zwerg zu handeln: Er ging durch den Wald, sah P. liegen und sagte: „Oh, was liegt denn da für eine Schönheit. So schön“, zog sie an der Hand ins Zwerghaus, fragte wie sie hieß und bemerkte: „Schneewittchen? Gute Stimme. Du bist schön. Uns bist du gut genug? Und sollen wir jetzt schlafen? Und soll ich jetzt den Prinz holen?“ Als Intervention während des Spiels wäre es sicher wichtig gewesen, außer der Traurigkeit auch P.s Wut anzusprechen, vielleicht hätte ihr das geholfen, eher von sich aus aktiv zu werden. Das Thema konnte aber in der Auswertungs-

runde behandelt werden. Leider konnte P.s Entwicklung aufgrund langen Fehlens nicht weiter verfolgt werden. Für J. hatte das Erlebnis, daß trotz seiner Aggression das Spiel weiterging, zur Folge, daß er mutiger in der Übernahme aggressiver Rollen wurde. Im Spiel von „Rotkäppchen“ wählte er die Wolfsrolle. Zunächst hatte er damit extreme Schwierigkeiten und konnte nur mit Hilfe eines anderen Kindes weiterspielen. Im zweiten Spiel konnte er die Szene ohne Hilfe spielen und sich darüber freuen. Er hat sich im gruppentherapeutischen Verlauf von einem Kind, das das Spielgeschehen fast nur von außen verfolgte, sich verbal gar nicht äußerte und außer einem fassadenhaften Lächeln keine andere mimische Reaktion zeigte, zu einem aktiven Mitspieler entwickelt, der eigene Entscheidungen traf, aggressive Wünsche versuchte auszuprobieren und in sein Verhalten zu integrieren. Von den Erzieherinnen wurde bestätigt, daß er sich in der Kindergruppe weniger ängstlich verhielt.

7 Entwicklungsprozesse der Kinder und Rückwirkung auf das Kontaktverhalten der Familien

Alle Kinder haben sich im Verlauf der Therapie in ihrem verbalen und mimisch-gestischen Ausdrucksverhalten zu größerer Spontaneität und Flexibilität entwickelt. Eigeninitiative, Spielfähigkeit und soziale Zugewandtheit haben sich positiv verändert. Das zeigte sich an flexiblerem Verhalten bei der Rollenverteilung, an ideenreichem, mit größeren Handlungsvariationen versehenem Spielen, an der Fähigkeit, Geschichten frei zu phantasieren und in Spielhandlungen umzusetzen. In den Auswertungsgesprächen wurde vor allem die bessere Kommunikationsfähigkeit der Kinder deutlich: In den ersten Sitzungen konnten sie nur Stellungnahmen darüber abgeben, ob ihnen das Spiel gefallen hatte, ein gemeinsames Gespräch war in dem Sinne kaum möglich. Später konnten sie sowohl eigenes Erleben thematisieren, anderen Gruppenmitgliedern zuhören und auf diese eingehen, Konflikte untereinander und über das Spielthema hinausgehende Probleme ansprechen.

Dem therapeutischen Focus entspricht eine spezifische Konfliktbearbeitung im Prozeß; Kinder mit unterschiedlichem Abwehrverhalten setzten ihre Problematik unterschiedlich in Szene: Die trotzig verweigernden Kinder trugen ihre Konflikte am Setting aus (Bsp. 2) und stellten sie gar nicht oder erst spät im Spiel dar. Die ängstlich gehemmten Kinder bearbeiteten ihre Konflikte im Spiel selbst, häufig über einen längeren Prozeß. Dieser kulminierte in einer Schlüsselszene (Bsp. 1, 3, 4), daraus folgend konnten diese Kinder frei und unbeschwerter spielen. Den trotzig sich verweigernden Kindern gelang es oft nicht, sich in den Spielen zu einer Schlüsselszene hin zu entwickeln. Da auch sie nach Bearbeitung ihrer Konflikte um das Setting freier spielten, muß offen bleiben, ob sie der spielthematischen Bearbeitung bedürfen oder eine längere Therapiedauer benötigen.

Von den Erzieherinnen wurde auf eine größere Verbalisierungsfreude hingewiesen: Die Kinder erzählten die Märchentemen ihrer jeweiligen Kindergruppe und berichteten regelmäßig über das Spielgeschehen. Im Gruppengeschehen waren die Kinder weniger ängstlich und konnten auf ihr Rückzugsverhalten verzichten.

Die Eltern hatten die Gesprächsangebote zu Beginn der Therapie nicht angenommen. Die Kinder aber brachten offensichtlich die Thematik der Gruppentherapie zu Hause ein und veranlaßten ihre Eltern zur Kontaktaufnahme: z.T. negativ als Beschwerde über ihre geschminkten Kinder, z.T. positiv als Nachfragen, warum ihre Kinder soviel von Märchen erzählen. Beide Arten der Kontaktaufnahme führten in einigen Fällen zu intensiveren Gesprächen.

Summary

Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children

In working with developmentally retarded children fairy tale playing has been developed as group therapy under conditions of minimal participation of families. Setting, therapeutic interventions and developmental processes of children are described. As a result of this kind of group therapy all children show more abilities in play-

ing and working, more social interest and self-confidence. Children with social and emotional anxieties profited most.

Literatur

Bettelheim, B. (1983): Kinder brauchen Märchen. München: dtv. – Buchholz, M.B. (1986): Lernbehinderung und Familie. *Psyche* 40, 263–278. – Freud, A. (1965): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Schriften, Bd.8, München: Kindler. – Mahler, M.S./Pine, F./Bergmann, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer, 1984. – Paulsen, S. (1977): Lernstörungen bei Kindern. Frankfurt: Campus. – Petzold, H.G. (1982): Dramatische Therapie. Stuttgart: Hippokrates. – Schepank, H./Tress, W. (1987): Häufigkeit und Bedingungen psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. *Nervenheilkunde* 6, 23–26. – Thomas, G.J. (1986): Unterschicht, Psychosomatik und Psychotherapie. Eine kritische Sichtung von Forschung und Praxis. Paderborn: Junfermann.

Anschr.d.Verf.: Dipl.-Psych. Verena Maxeiner, Kurmärkische Str.13, 1000 Berlin 30.