

Hüffner, Ute und Mayr, Toni

Integrative Körpertherapie - eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 5, S. 184-189

urn:nbn:de:bsz-psydok-31700

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Bartoszyk, J., Nickel, H.:</i> Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes (Father's Participation in Infant Caretaking Courses and Paternal Caretaking Behavior in the First Weeks of Life)	254	<i>Reich, G., Bauers, B., Adam, D.:</i> Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext (The Family Dynamics of Divorce: an Investigation in the Multigenerational Context) . . .	42
<i>Bauers, B., Reich, G., Adam, D.:</i> Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung (The Situation of the Children and the Family Therapy in Families of Divorce)	90	<i>Rossel, E., Steffens, W., König, R.:</i> Entwickeln adipöse Kinder eine geringere Leistungsmotivation? (Do Obese Children Develop a Low Need for Achievement?)	164
<i>Biermann, G., Kos-Robes, M.:</i> Die Zeichentest-Batterie (The Drawing Test Battery)	214	<i>Sarimski, K.:</i> Untersuchungen zur Entwicklung der sensorimotorischen Intelligenz bei gesunden und behinderten Kindern (Studies of Sensorimotor Development in Normal and Retarded Children)	16
<i>Boehnke, K.:</i> Probleme der Intelligenzmessung bei Kindern mit dem HAWIK-R (Problems of the Measurement of Intelligence in Children by Means of the HAWIK-R)	34	<i>Schechter, D.E.:</i> Bemerkungen zur Entwicklung der Kreativität (Notes on the Development of Creativity) . . .	21
<i>Dittmann, R.W., Kröning-Hammer, A.:</i> Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft (Intercultural Conflicts in 10 to 18 Years Old Girls of Turkish Origin)	170	<i>Schütze, Y.:</i> Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre (The Course of Sibling Relationship During the First Two Years)	130
<i>Fischer, G.:</i> Die Beziehung des Kindes zur gegenständlichen und personalen Welt (The Child's Object-Directed and Interpersonal Relations)	2	<i>Streeck-Fischer, A.:</i> „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen („Guiding“ and „Alliance Forming“ Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents)	50
<i>Göres, H.G., Göting, S.:</i> Überleitung einer Therapiegruppe mit Jugendlichen in eine Selbsthilfegruppe (Transfer of a Therapy-group for Adolescents into a Self-help-group)	177	<i>Süssenbacher, G.:</i> Hilfreicher Dialog als strukturelles Problem: Zur Übereinstimmung von Metapher und Affekt – Erörterung am Beispiel einer Märchen-Kurztherapie von Enkopresis (Helpful Dialogue as Structural Problems: About Correspondence of Metaphor with Affection – Discussion on the Illustration of a Fairy-Tale-Brief-Treatment of Encopresis)	137
<i>Gruen, A., Prekop, J.:</i> Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen (Holding and Attachment in Autism: Theoretical Considerations)	248	<i>Wiesse, J.:</i> Über die Angst in der Psychotherapie von Jugendlichen (Anxiety in the Psychotherapy of Adolescents)	87
<i>Gutezeit, G., Marake, J., Wagner, J.:</i> Zum Einfluß des Körperidealbildes auf die Selbsteinschätzung des realen Körperbildes im Kindes- und Jugendalter (The Influence of Ideal Body Images on the Assessment of Real Body Image in Children and Juveniles)	207	<i>Wirsching, M.:</i> Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik (Illness and the Family – Towards a System's Perspective in Psychosomatic Medicine)	118
<i>Hartmann, H.:</i> Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern (Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children)	242		
<i>Hobrucker, B.:</i> Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen (A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment)	82	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Klosinski, G.:</i> Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung delinquenten Verhaltens (The Significance of the Father for the Development of delinquent Behavior) . . .	123	<i>Bourgeon, M.:</i> Beratungsarbeit mit Familien von Verfolgten aus der NS-Zeit (Experiences in Counseling with Families of Victims of the Holocaust)	222
<i>Knölker, U.:</i> Psychotherapie bei Colitis ulcerosa in der Adoleszenz (About Psychotherapy of Colitis ulcerosa in Adolescence)	8	<i>Hartmann, K.:</i> Das Problem der Intervention in der Rehabilitation (The Problem of Intervention in Rehabilitation)	146
<i>Krampen, G.:</i> Zur Verarbeitung schlechter Noten bei Schülern (Stress and Coping with Grades in Schols) . .	200	<i>Hoffmeyer, O., Hils, J.:</i> Offene Spielgruppe in der Jugendpsychiatrie (Open Playgroups in Adolescent Psychiatry)	261
<i>Ossowsky, G.:</i> Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese (In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation)	56	<i>Hubbertz, K.P.:</i> Prävention in ländlichen Erziehungsberatungsstellen (Prevention in Rural Welfarecentres for Familycounseling)	96
		<i>Hüffner, U., Mayr, T.:</i> Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten? (Integrative Body Therapy – Can it Support Integration in Joint Furthering of Handicapped and Non-Handicapped Children in Kindergarten?)	184

Familientherapie

Austermann, W., Reinhard, H. G.: Ein Fürsorgegutachten als systematisch-familientherapeutische Intervention (An Expert in Child Welfare as a Systemic-Family Therapeutic Intervention) 302

Buchholz, M. B.: Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf dem großen Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie (Chessplayer, Guest from a distant Star, the Great River's Captain, Freud and Bateson – A Contribution to the Controversy between Psychoanalysis and Systemic Theory) 274

Heekerens, H. P.: Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung (Ten Years Family Therapy in Child Guidance) 294

Müssig, R.: Familientypologie – Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humantheologie, Systemtheorie und Psychoanalyse (Family Typology – A Holistic Classification Scheme Based on Gestalt Conception, Human Ehtology, System Theory und Psychoanalytical Theory) . . 283

Rückert-Emlden-Jonasch, I. u. a.: Familientherapeuten erleben ihre Herkunftsfamilie (Family Therapists Experience Their Families of Origin) 305

Tagungsberichte

Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 312

Ehrungen

Hedwig Wallis zum 65. Geburtstag 150

Buchbesprechungen

Armstrong, L.: Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest 151

Baumann, U. (Hrsg.): Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive 155

Beland, H. u. a. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 16 27

Belz, H., Muthmann, Ch.: Trainingskurse mit Randgruppen 26

Berger, E., Friedrich, H. M., Schuch, B.: Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen 104

Bettelheim, B.: So können sie nicht leben 25

Biber, B.: Early Education and Psychological Development 156

Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik . 106

Boczkowski, K.: Geschlechtsanomalien des Menschen . . 266

Bös, K., Mechling, H.: Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen 106

Brainerd, Ch. J., Pressley, M. (Hrsg.): Basic Processes in Memory Development. Progress in Cognitive Development Research 111

Brakhoff, J. (Hrsg.): Eßstörungen – ambulante und stationäre Behandlung 108

Brand, M.: Erziehungsberatung im Spannungsfeld von Familie und Schule 157

Brandstädter, J., Gräser, H. (Hrsg.): Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne 192

Briel, R., Mörsberger, H.: Kinder brauchen Horte 75

Bruder-Bezzel, A., Bruder, K. J.: Jugend: Psychologie einer Kultur 153

Brunner, E. J.: Grundlagen der Familientherapie. Systematische Theorie und Methodologie 268

Bundschuh, K.: Dimensionen der Förderdiagnostik bei Kindern mit Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen 231

Burkhardt, H., Krech, R.: Aggression und geistige Behinderung 76

Dietrich, G.: Erziehungsvorstellungen von Eltern 234

Eberlein, G.: Autogenes Training für Kinder 318

Eggers, Ch. (Hrsg.): Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter 156

Eichseder, W.: Unkonzentriert – Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern 73

Eiser, Ch.: The Psychology of Childhood Illness 318

Fleischer-Peter, A., Scholz, U.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie 320

Freinet, E.: Erziehung ohne Zwang 25

Frey, D., Irle, M. (Hrsg.): Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien 267

Fromm, E.: Psychoanalyse und Religion 155

Fthenakis, W. E.: Väter (Bd. I und II) 315

Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie 72

Füssenich, I., Gläß, B.: Dysgrammatismus 191

Göppner, H. J.: Hilfe durch Kommunikation in Erziehung, Therapie, Beratung 103

Haubl, R., Peltzer, U.: Veränderung und Sozialisation . . 158

Heil, G.: Erziehung zur Sinnfindungshaltung – eine Antwort der Lernbehindertenpädagogik 26

Hennig, C., Knödler, U.: Problemschüler – Problemfamilien 232

Jüttemann, G. (Hrsg.): Die Geschichtlichkeit des Seelischen 319

Krähenbühl, V. u. a.: Stieffamilien. Struktur – Entwicklung – Therapie 267

Kleine-Moritz, G.: Der gegenwärtige Stand des Rechts-Links-Problems 265

Klicpera, Ch.: Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten 316

Krech, D. u. a.: Grundlagen der Psychologie (Bd. I-VIII) . 104

Langenmayr, A., Prümel, U.: Analyse biographischer Daten von Multiple Sklerose-Kranken 92

Liepman, D., Stiksrud, A. (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz 234

Marx, H.: Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten 104

Mehringer, A.: Verlassene Kinder 73

Meyer, W. U.: Das Konzept der eigenen Begabung 28

<i>Morgan, S. R.</i> : Children in Crisis. A Team Approach in the Schools	71	<i>Schulte, F. J., Spranger, J.</i> (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde	317
<i>Musselwhite, C. R.</i> : Adaptive Play for special Needs Children	317	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Hintergrundanalysen zur Kinderkriminalität	230
<i>Nickolai, W. u. a.</i> : Sozialpädagogik im Jugendstrafvollzug	229	<i>Shepherd, M.</i> (Hrsg.): Psychiater über Psychiatrie	319
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Pubertätsalters	108	<i>Solnit, A. J. u. a.</i> (Hrsg.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 39)	110
<i>Oswald, G., Müllensiefen, D.</i> : Psycho-soziale Familienberatung	190	<i>Spreen, O. u. a.</i> (Hrsg.): Human-Developmental Neuropsychology	27
<i>Páramo-Ortega, R.</i> : Das Unbehagen an der Kultur	109	<i>Stein, A., Stein, H.</i> : Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte	233
<i>Perrez, M. u. a.</i> : Erziehungspsychologische Beratung und Intervention	229	<i>Textor, M. E.</i> : Integrative Familientherapie	317
<i>Petermann, F.</i> : Psychologie des Vertrauens	266	<i>Thommen, B.</i> : Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler	191
<i>Petermann, U.</i> : Kinder und Jugendliche besser verstehen	102	<i>Tobler, R., Grond, J.</i> (Hrsg.): Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder	103
<i>Quitmann, H.</i> : Humanistische Psychologie	108	<i>Wiedl, K. H.</i> (Hrsg.): Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven	314
<i>Rahn, H.</i> : Talente finden – Talente fördern	74	<i>Wiegand, B.</i> : Ich habe mich nicht gemalt, weil ich nicht zur Familie gehöre – eine Kindertherapie	193
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. II)	235	<i>Ylvisaker, M.</i> (Hrsg.): Head Injury Rehabilitation: Children and Adolescents	110
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. III)	268		
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	320	Autoren der Hefte: 24, 64, 102, 150, 189, 228, 265, 314	
<i>Riedl, I.</i> : Tabu im Märchen	265	Diskussion/Leserbriefe: 24, 64	
<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen	232	Tagungskalender: 29, 77, 112, 159, 193, 236, 269, 321	
<i>Rudnick, M.</i> : Behinderte im Nationalsozialismus	235	Mitteilungen: 30, 78, 112, 160, 194, 237, 270, 322	
<i>Rudolf, G. A., Tölle, R.</i> (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie	111		
<i>Sedlmayr-Länger, E.</i> : Klassifikation von Klinischen Ängsten	105		
<i>Scherer, K. R. u. a.</i> : Die Streßreaktion – Physiologie und Verhalten	231		
<i>Schmidt, H. D., Schneeweiß, B.</i> (Hrsg.): Schritt um Schritt. Die Entwicklung des Kindes bis ins 7. Lebensjahr	316		

Aus dem Staatsinstitut für Frühpädagogik und Familienforschung, München

Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten?

Von Ute Hüffner und Toni Mayr

Zusammenfassung

Mit der Integrativen Körpertherapie wird eine gestalttherapeutische Methode beschrieben, die, zunächst für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern entwickelt, insbesondere in heilpädagogischen und sonderpädagogischen Einrichtungen eingesetzt wird.

Die Integrative Körpertherapie strebt die Entwicklung und Förderung elementarer sozialer und personaler Dimensionen wie Vertrauen, Mut, Empathie, Offenheit an. Solche Ziele können bei der Förderung von Prozessen der sozialen Integration in Kindergruppen insofern von Bedeutung sein, als von deren Erreichen wesentliche Hilfen und Anregungen auch für die Lösung charakteristischer Probleme in der Interaktion zwischen Behinderten und Nichtbehinderten (einseitige Rollenverteilung, Stereotypisierung, Stigmatisierung etc.) zu erwarten sind.

Inwieweit die Umsetzung einer Methode der Einzeltherapie in Interventionsformen der Kindergartenpädagogik gelingt und tatsächlich zur Verbesserung sozial-integrativer Prozesse in der Kindergruppe beiträgt, gilt es allerdings noch zu überprüfen.

1 Einleitung

Die meisten psychologischen und pädagogischen Interventionsformen im Umgang mit behinderten Kindern zielen auf spezifische – d.h. symptom- bzw. funktionsorientierte – Förderung. Dies gilt für den Schulbereich wie auch für den Elementarbereich, falls es sich um sonderpädagogische Einrichtungen handelt. Anders als die Schule, die im Vollzug ihres detaillierten Bildungsauftrags primär Lernstoff vermittelt bzw. beim Kind bestimmte – meist kognitive – Funktionen zu entwickeln und fördern sucht, versteht der Kindergarten seine Aufgabe überwiegend als sozialpädagogische. Im Mittelpunkt der Bemühungen stehen hier die Entwicklungs- und Wachstumsmöglichkeiten der Gesamtpersönlichkeit des Kindes. Die Förderung einzelner – isolierter – Funktionen tritt zurück zugunsten einer ganzheitlichen Entwicklungsförderung des Individuums; im Mittelpunkt soll hier vor allem die Sozialerziehung stehen. In Kinder-

gärten mit integrativem Charakter, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden, stellt sich darüber hinaus noch ganz explizit die Aufgabe, soziale Prozesse – das Miteinander-Umgehen, einander Verstehen, einander in seinem Anderssein Akzeptieren, aneinander Lernen und Wachsen – zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern zu initiieren, zu fördern und zu stützen.

Die gemeinsame Betreuung Behinderter und Nichtbehinderter in einer Kindergruppe bietet gewiß eine wichtige Voraussetzung für das Zustandekommen von sozialen Kontakten. Zufällige Interaktionsfolgen können ihrerseits gegenseitige Gewöhnungs- und Anpassungsprozesse auslösen bzw. erleichtern und somit den Erwerb und Aufbau umfassenderer Interaktionsmuster begünstigen (vgl.: *Vandell, Wilson und Buchanan*, 1980; *Guralnick*, 1980; 1981; *Levine und McColoum*, 1983). Studien über soziale Integration bzw. Spielverhalten behinderter und nichtbehinderter Kinder im vorschulischen Alter geben allerdings Hinweise darauf, daß das physische Zusammensein allein nicht ausreicht, um soziale Prozesse des Miteinander-Interagierens behinderter und nichtbehinderter Kinder entstehen zu lassen (vgl. *Feitelson, Weintraub und Michaeli*, 1972; *Bruininks*, 1978; *Bryan*, 1978; *Calvallaro und Porter*, 1980; *Gottlieb und Leyser*, 1981). Offensichtlich bedarf es bestimmter Anregungen oder geeigneter Situationen, um dauerhafte soziale Beziehungen einzuleiten und aufrechtzuerhalten.

Berücksichtigt man die unterschiedlichen Behinderungen im integrativen Kindergarten, den unterschiedlichen Stand in der kognitiven Entwicklung, das unterschiedliche Alter in der Gruppe sowie den unterschiedlichen Ausprägungsgrad der Verbalität der Kinder, so zeigt sich, daß Methoden gefunden werden müssen, die den daraus resultierenden spezifischen Möglichkeiten und Defiziten der einzelnen Kinder gerecht werden. Es bietet sich unter diesem Gesichtspunkt an, nach Verfahren zu suchen, die weniger auf verbaler als vielmehr auf einer eher elementaren Ebene, wie der Körperebene, ansetzen. Eine denkbare Methode ist die von *Thijs Besems* (vgl. *Besems*, 1983; *Besems und van Vugt*, 1983) entwickelte Integrative Körpertherapie.

2 Theoretischer Bezugsrahmen: Gestalttherapie/ Gestaltpädagogik

Die Integrative Körpertherapie leitet sich aus der gestalttherapeutischen Theorie (*Perls*, 1980) ab. Ursprünglich im anglo-amerikanischen Sprachraum beheimatet, fand letztere spätestens ab der zweiten Hälfte der Siebziger Jahre – auch in den deutschsprachigen Ländern in unterschiedlichen Therapieformen ihre konkrete Anwendung (*Petzold*, 1977). Die Gestalttherapie *Fritz Perls'* geht – wie andere Ansätze der Humanistischen Psychologie – von einem Wachstumsmodell aus. Sie leugnet das Prinzip der – vergangenheitsbezogenen – Kausalität, wie es in der psychoanalytischen Theorie *Freuds* postuliert wird – oder betrachtet dieses zumindest als irrelevant. Angesetzt wird bei der unmittelbar gegenwärtigen Situation des Klienten, seinem aktuellen ‚Hier und Jetzt‘. Der Bedeutung vergangener Erfahrungen (Analyse) wird die bewusste Verarbeitung neuer Erfahrungen in der momentanen Gegenwart (Synthese) entgegengesetzt. Zugrunde liegt dabei ein Menschenbild, das von der Einheit des Leib-Seele-Geist-Organismus ausgeht. Der Mensch wird als Wesen angesehen, das sich – eingebettet in ein sozial-ökologisches Umfeld – im Kontakt und in der Auseinandersetzung mit sich selbst, mit seinen Mitmenschen und mit seiner Umwelt verwirklicht. Es wird eine dauernde, lebenslange Entwicklungsfähigkeit postuliert. Der Mensch strebt dabei sowohl nach innerem wie nach äußerem Gleichgewicht (Homöostase) und ist in der Lage, seine Bedürfnisbefriedigung selbst zu steuern und zu verantworten. Mit diesem Gedanken der organismischen Selbstregulierung liegt ein theoretisches Modell menschlicher Motivation vor, das – aus der therapeutischen Praxis heraus entwickelt – vor allem für die konkrete therapeutische Situation Handlungsansätze bietet.

Die Gestalttherapie, von *Perls* als ‚Revision der Theorie und Methode *Freuds*‘ verstanden, baut einerseits auf den Grundsätzen der Gestaltpsychologie auf und bezieht andererseits die therapeutischen Erfahrungen und Erkenntnisse *Wilhelm Reichs* über die Bedeutung des Körpers für die Entwicklung der Persönlichkeit mit ein. Ausgehend von der Annahme, „daß Körper, Seele und Geist des Menschen keine voneinander unabhängigen Dimensionen seiner Existenz darstellen, sondern vielmehr funktionell gleiche und auch gleich wichtige Aspekte seiner Persönlichkeit sind“ (*Stammmler*, 1982), bekommt in der Therapie auch der systematische Körperkontakt einen besonderen Stellenwert. Der Körper gilt als wesentlicher Faktor in der frühen Entwicklung des Ichs, „er ist die Basis der entstehenden Persönlichkeit. ... die Oberfläche des Körpers ist die Ebene, auf der das Kind erfährt, daß es sich von seiner Umwelt unterscheidet, der Ort, mit dem es an seine Umwelt grenzt und sie berührt“ (*Stammmler*, 1982). Während *Freud* ein hohes Maß an Distanz zwischen Therapeut und Klient setzt, betont *Perls* die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen, von Ehrlichkeit, Echtheit und eben auch Körperlichkeit für die Entwicklung des Menschen im allgemeinen

ebenso wie für die therapeutische Situation im besonderen.

3 Integrative Körpertherapie

Die Integrative Körpertherapie (*Besems*, 1977a; 1977b; 1980; 1983) wurde speziell für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern entwickelt. Grundlegendes Ziel ist bei *Besems* das Erreichen harmonischer Bewegungsabläufe, um damit den Abbau von, bei geistig Behinderten so häufigen autoaggressiven und autistischen Verhaltensweisen, zu erzielen. Das bedeutet z. B. „große fließende Bewegungen des ganzen Körpers, Entwicklung von Kraft, aber auch Hilfe für Ruhe und Entspannung“ (*Besems*, 1983). Integrative Körpertherapie ist hier demnach zunächst auf das – behinderte – Individuum bezogen zu verstehen. „Diese Körperarbeit fördert die Aufnahmefähigkeit und Sensibilität für die Außenwelt. Wenn der Körper sich mehr öffnet, wird der Mensch aufgeschlossener für seine Umwelt, seine Kontaktfähigkeit nimmt zu“ (*Besems*, 1983). Der Behinderte soll wieder empfindsam gemacht werden für seine Umwelt. Der stärkste wirksame Einfluß geht dabei von der körperlichen Wärme des anderen aus. Es wird über den Körperkontakt versucht, so viel Vertrauen aufzubauen, daß der Behinderte auch andere Kontaktweisen, wie hören, sehen, sprechen, wieder akzeptieren kann. Der Behinderte soll also über ‚harmonische Bewegungsabläufe‘ ein verbessertes Körpergefühl erlernen, darüber mehr Selbstvertrauen, darauf aufbauend bessere Kontaktfähigkeit und mehr Handlungsfähigkeit – immer von einer Einheit von Körper, Seele und Geist ausgehend.

4 Praktisches Vorgehen

Körpertherapie läßt sich nur schwer auf der kognitiven Ebene vermitteln, läßt sich kaum allein über den Kopf erfassen. Wohl sind die Grundprinzipien zu verstehen, erfahrbar werden sie aber erst über den Körper. Unser Kontakt mit der Umwelt ist weitaus mehr als nur aufeinander zugehen und miteinander sprechen: unsere Augen, Ohren, die Nase, unsere Hände, ja der ganze Körper ist dabei beteiligt. Mit unseren Sinnen, mit unserer Mimik und Gestik reagieren wir auf das Gegenüber. Wir erfahren den anderen in seiner ganzen Körperlichkeit und begegnen ihm entsprechend mit unserer eigenen Körperlichkeit.

Basis der Integrativen Körpertherapie ist die therapeutische Beziehung. Kern dabei ist, „daß wir das Kind nicht auffordern, etwas allein zu tun, sondern es einladen, etwas mit uns zusammen zu machen. Das Kind erfüllt keine Aufträge, wie z. B. im Bewegungsunterricht, sondern wir machen gemeinsame Bewegungen, wir sind im Dialog mit unserem Körper. Innerhalb dieses Dialogs entstehen die für das Kind notwendigen therapeutischen Bewegungen. Dies erfordert vom Therapeuten ... die Fähigkeit, sich in die Gefühle, Gedanken, Körperspannungen usw. des Kindes hineinversetzen zu können“ (*Besems* und *van Vugt*, 1983).

Wir stellen uns dabei auf das Kind als ganzen Menschen ein und nicht nur in seiner Eigenschaft als schwie- riges, als behindertes Kind. Dabei sprechen wir die uns eigene Sprache, keine therapeutische, ‚kindgemäße‘, ‚behinderungsspezifische‘; denn das Kind wird an seinem menschlichen Gegenüber wachsen, nicht an einem gut funktionierenden Therapeuten. Wir sind auch in der the- rapeutischen Beziehung wir selbst, mit unseren eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen – und wir teilen dem Kind diese mit. Wenn uns ein Kind ärgert, uns trätzt, schlägt oder beißt, dann drücken wir unseren Ärger, unser Erschrecken oder Verletztsein auch aus und akzeptieren das nicht als der ‚souveräne‘ Therapeut.

„Das langfristige Ziel der Integrativen Körperarbeit ist, sowohl physisch als auch psychisch zu harmonischen, organischen, fließenden großen und kleinen Bewegungen zu gelangen.“ (*Besems und van Vugt*, 1983). Nur wenn es auch innerlich locker und gelöst ist, kann das Kind große, runde, vom Rumpf wegführende Bewegungen machen. Das ängstliche, das gehemmte Kind wird kleine, eher eckige, das ärgerliche, aggressive Kind abrupte, zak- kige, eckig-ausfahrende Bewegungen machen.

„Für die Therapie ist es wichtig, daß zuerst die menschlichen Beziehungen entwickelt bzw. verbessert werden ... Für die therapeutische Anfangssituation bedeutet dies, daß nur mit dem direkten zwischen- menschlichen Kontakt – ohne Gegenstände, ohne Hilfs- mittel – gearbeitet wird“ (*Besems und van Vugt*, 1983). Aber nicht nur die Beziehung zur Umwelt ist wichtig, um zu harmonischen Bewegungen zu gelangen, sondern ganz besonders auch die Beziehung zu sich selbst, also zum eigenen Körper, seinen Entfaltungsmöglichkeiten und Einschränkungen. Bei behinderten Kindern ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers häufig stark einge- schränkt. Körperbewußtsein und Körperschema müssen erst entwickelt bzw. wiederhergestellt werden. Die Bezie- hung zum anderen, das Wahrnehmen des anderen Kör- pers ist Grundlage und Voraussetzung für die Entdek- kung des eigenen Körpers.

„Bewegungen, die wir in der Therapie durchführen, sind niemals nur Bewegungen an sich, sondern immer Bewegungen, die verbunden sind mit Gefühlen, Gefühlen in der Hier-und-Jetzt-Situation, aber auch Gefühlen aus der Erinnerung“ (*Besems und van Vugt*, 1983). Anders als in Therapieformen, die die Berührung zwischen Kind und Therapeut nicht vorsehen, ist hier die Gefühlsebene weitaus stärker betont, da ja Bewegungen immer im direkten Körperkontakt geschehen. Für das konkrete Vorgehen ist wichtig, die langfristige therapeutische Ziel- setzung aufzugliedern in viele kleine kurzfristige Teil- ziele.

Die für das einzelne Kind einmal formulierten und während des therapeutischen Kontakts nach Bedarf revi- dierten Teilziele lassen sich in ein eher grobes Schema für das schrittweise Vorgehen einordnen:

4.1 Körperkontakt herstellen, Gefühle wahrnehmen und ansprechen

In dieser Phase ist zunächst einziges Ziel, Körperkontakt herzustellen. Geistig behinderte Kinder lehnen häufig Körperkontakt – vor allem mit Erwachsenen – ab. Wir müssen also erreichen, daß das Kind unsere Hand an sei- nem Körper ertragen kann, dann akzeptiert und allmäh- lich auch positiv erlebt. Erst dann lassen sich über den Körperkontakt Gefühle, die unmittelbar damit zusam- menhängen, wachrufen. Wir schaffen Situationen, in denen das Kind bestimmte Defizite an Erfahrungen aus- gleichen und damit nachholen kann, was es bisher nicht oder zu wenig bekommen hat: „Wir schaukeln das Kind in unserem Schoß, legen es auf unseren Bauch, rollen es auf einer Decke hin und her, bilden ein Haus, in dem es sich verkriechen kann“ (*Besems und van Vugt*, 1983).

4.2 Den eigenen Körper kennenlernen

Behinderte Kinder wissen häufig sehr wenig über ihren eigenen Körper; sie haben auch oft Schwierigkei- ten, Schmerzen zu lokalisieren. Während sie ihren Bauch, ihren Kopf, vielleicht auch Hände und Arme ken- nen, ist ihnen die untere Körperhälfte kaum bekannt; sie haben keinen Kontakt zu ihren Knien, Schenkeln, Füßen. Um Körpererfahrungen machen zu können, muß das Kind erst seinen eigenen Körper kennenlernen. Wir machen dazu mit ihm etwa eine ‚Körperreise‘: Wir begin- nen mit den Körperteilen, die dem Kind am ehesten ver- traut sind und deren Berührung ihm am wenigsten Angst macht, z. B. mit den Händen oder mit den Unterarmen. Während wir unsere Hand zunächst leicht auf den Kör- perteil legen, benennen wir ihn; dabei ist unwichtig, ob das Kind selbst sprechen kann. „Wir erzählen dem Kind immer, was wir tun, auch wenn es selbst nichts sagen kann“ (*Besems und van Vugt*, 1983). Wir lassen unsere Hand die Form des Körperteils annehmen und drücken ihn etwas. Wir nehmen unsere Hand weg und legen sie wieder auf den Körperteil, so lange und so oft wie es dem Kind angenehm ist. Wir machen dann dasselbe mit der Hand des Kindes zusammen. Schließlich gehen wir zu einem anderen Körperteil über; dabei lassen wir uns und dem Kind Zeit: wir berühren den Körperteil, wir benennen ihn, wir drücken ihn leicht, wir wiederholen den Vorgang zusammen mit der Hand des Kindes. Nach einer Weile kann das Kind diese ‚Körperreise‘ auch allein unternehmen. Es wird dabei bestimmte Empfindungen wahrnehmen lernen, bislang verschüttete Gefühle erleben und zulassen.

4.3 Körperspannungen wahrnehmen, entspannen

Auf unserer Körperreise haben wir gelernt, welche Körperteile des Kindes – sozusagen als nicht zugehörig – gar nicht wahrgenommen werden, welche verspannt, ver-

krampf sind, wo Beklemmung, Angst sitzt. Wir berühren den verspannten Körperteil und beschreiben unsere Wahrnehmung, erzählen dem Kind, wie sich dieser Körperteil für uns anfühlt, fangen an, den Körperteil zu streicheln, gehen allmählich zu Massierbewegungen über, die immer kräftiger werden und schütteln ihn dann mit lockerer Hand. Auch hierfür nehmen wir uns viel Zeit und wiederholen diesen Vorgang eventuell mehrmals. Kann das Kind den verspannten Körperteil selbst – ohne Anstrengung – berühren, so streicheln, massieren und schütteln wir ihn später auch zusammen mit seiner Hand. Mit Kindern, die sprechen, können wir gemeinsam herausfinden, ob und wie sie sich ihrer Verspannung bewußt sind. „Dabei haben wir das Ziel, zusammen die Gefühlsgeschichte dieser Verspannung zu entdecken, vielleicht auch durch Erzählen und Weinen die Verspannung lockern zu helfen“ (Besems und van Vugt, 1983).

4.4 Fließende harmonische Bewegungen machen; eckige Bewegungen und verschließende Haltung korrigieren

Wir haben das Kind daran gewöhnt, daß wir es berühren, etwa seine Hände festhalten. Wenn wir jetzt mit ihm gemeinsam auch bestimmte Bewegungen durchführen wollen, müssen wir darauf achten, in langsamen Schritten vorzugehen, damit wir dem Kind auch Ruhe und Zuverlässigkeit vermitteln. Nur so kann es das notwendige Vertrauen entwickeln, um sich auf neue, ihm noch unbekannte und vielleicht angsterregende Bewegungen einzulassen. Das Kind soll erleben, wie sein Körper in der Bewegung in Kontakt mit uns kommt und auch länger als nur einen Moment im Kontakt mit dem Körper eines anderen bleibt. Beginnend mit dem vorherrschenden Bewegungsmuster, einer – oft stereotypen – Bewegung, die das Kind von sich aus schon macht, leiten wir eine gemeinsame Bewegungsabfolge ein. Wir knüpfen dabei an die kurze, eckige, fahrig, unkontrollierte, vielleicht spastische, meist zum eigenen Körper hin gerichtete Bewegung des Kindes an, holen das Kind von da ab, wo es im Augenblick steht. Dabei ist immer von Bedeutung, daß nicht wir das Kind bewegen, sondern zunächst, daß wir uns zusammen mit dem Kind bewegen und später, daß es sich selbst harmonisch bewegt. Wir fassen den beweglichsten, den aktivsten Körperteil des Kindes leicht an, häufig den Unterarm, und passen unsere Arme seinen Bewegungen an. Sobald wir mit dieser Bewegung gut mitgehen, uns in die Bewegung einfühlen können, halten wir den Arm fest und leiten zu einer großen kreisförmigen Bewegung über. Aus eckigen Bewegungen werden runde, bleiben sie dicht am Körper, führen wir sie weiter weg vom Körper. Wir machen diese neue Bewegung nur einmal, zweimal und kommen dann wieder auf die ursprüngliche, dem Kind eigene Bewegung zurück. Spürt das Kind einen Unterschied? Nach einer Weile führen wir die neue Bewegung wieder durch, diesmal zweimal, dreimal, viermal, um erneut zum alten Bewegungsmuster zurückzugehen. Wir reduzieren nun die Häufigkeit ursprünglicher Bewegungen, während die neuen immer länger und ausführlicher durchgeführt werden. Dabei

kommentieren wir unser Tun. So kann das Kind allmählich lernen, wie es von sich aus ihm neuartige Bewegungen ausführt. Fängt das Kind an, zu zappeln, zu weinen oder zu schreien, bleiben wir dicht bei ihm, geben ihm unsere Körperwärme, unsere Ruhe und Durchhaltekraft. „Wenn wir jetzt loslassen würden, hätte das Kind wieder eine negative Körpererfahrung gemacht, es würde in seiner Spannung steckenbleiben oder diese sogar verstärken“ (Besems und van Vugt, 1983). Erst, wenn es sich beruhigt hat, wenn die Spannung nachläßt, lassen wir das Kind los, um es erleben zu lassen, wie sich sein Körper jetzt anfühlt.

4.5 Kräfte entdecken und entwickeln

Das Kind ist sich nun seiner verschiedenen Körperteile bewußt, es hat deren Bewegungsmöglichkeit erfahren. Noch weiß es aber nicht, wieviel Kraft in jedem einzelnen seiner Körperteile steckt, wie es diese Kraft auslösen und einsetzen kann. Gerade behinderte Kinder haben wenig Gespür dafür – falls sie sich auf aktiven Körperkontakt einlassen – wodurch, wie und wann sie ihrem Gegenüber wehtun, wenn sie einmal ‚zufassen‘. Wir helfen also dem Kind, unterschiedlichen Krafteinsatz wahrnehmen zu lernen, Schieben, Ziehen, Kneifen, Zwicken in verschiedener Dosierung zu erfahren. Im Wechsel von Spannung und Ruhe lassen wir es seiner Kräfte bewußt werden. Dabei erleben wir selbst: je mehr Kraft wir einsetzen, um so mehr nimmt die Kraft des Kindes zu; wir schlagen die Hände voneinander weg, halten unsere Hände gegenseitig fest, schieben einander gegenseitig weg, wir ziehen einander mit, drücken einander gegenseitig mit der Schulter weg, liegen auf der Erde und schieben einander mit den Füßen weg. Alle diese Bewegungsaktivitäten sind zunächst gegeneinander gerichtet, da das Einsetzen von Kraft füreinander sich nur schrittweise entwickeln läßt: zur Entstehung des Ich-Gefühls, der Ausformung der eigenen Identität ist die Abgrenzung im ‚Kampf‘ gegeneinander Voraussetzung. Erst allmählich können wir ein Miteinander versuchen, unsere Kraft gemeinsam mit dem Kind einsetzen: wir halten uns an den Händen fest, um uns gemeinsam auf den Boden zu setzen und wieder aufzustehen oder wir sitzen Rücken an Rücken und stützen uns dabei gegenseitig beim gleichzeitigen Aufstehen. Erst wenn das Kind Wahrnehmung und Aufmerksamkeit auf sein Gegenüber richtet, kann es auch seine Kraft im Füreinander einsetzen: das Kind rollt uns über den Boden, massiert uns, schaukelt uns in seinem Schoß, zieht uns vom Boden hoch und läßt uns wieder zurückgleiten. Dieser – zunächst ungewohnte – Rollentausch trägt zur Stärkung des Selbstwertgefühls des Kindes bei, es traut sich mehr zu, „seine Versorgungshaltung nimmt ab“ (Besems und van Vugt, 1983).

4.6 Bewußtmachen und Anwenden von Gewicht und Gleichgewicht

Wollen wir dem Kind helfen, seine eigene Kraft zu entwickeln und wahrzunehmen, ist dies eng mit dem

Empfinden für Gewicht und Gleichgewicht verbunden. Das Kind muß sich seines Gewichts, seiner Schwere, auch in den einzelnen Körperteilen, bewußt werden. Erst dann wird es lernen können, seinen Gleichgewichtssinn auszubauen, sein Gleichgewicht zu kontrollieren. Wir beginnen zunächst neben dem Kind am Boden sitzend: wir heben seinen Arm und lassen ihn wieder los; dabei achten wir darauf, daß er nicht auf den Boden auffällt, wir fangen ihn rechtzeitig auf. Nach nochmaligem spielerischen Heben und Fallenlassen des Arms wiederholen wir die Übung mit dem anderen Arm und später mit den Beinen. Kann sich das Kind nicht locker machen, sondern hält den Arm, das Bein steif, dann lassen wir es zunächst mit unserem Arm oder Bein spielen; so kann es unser Gewicht spüren: wir lassen etwa unseren Arm auf seine Hand, seinen Bauch, seine Schulter fallen. Nach einer Weile wird es über die Erfahrung mit unserem Gewicht eher Zugang zu den eigenen Gewichtsempfindungen finden. Die Schwere, das Gewicht der einzelnen Teile seines Körpers wird ihm zunehmend bewußter werden. Später können wir die Gewichtsübungen auf den ganzen Körper ausdehnen: im Liegen, im Sitzen und schließlich im Stehen.

Um dem Kind ein Gespür für sein Gleichgewicht zu vermitteln, setzen wir uns mit gespreizten Beinen auf den Boden; das Kind sitzt in der gleichen Position zwischen unseren Beinen. Wir halten es an den Schultern fest und bringen es seitwärts ganz leicht aus dem Gleichgewicht – es kann nicht aus unseren Armen fallen –, bis es sich selbst wieder aufrichtet. Macht es das nicht aus eigenem Antrieb, helfen wir ein wenig nach. Wir fahren fort, das Kind aus dem Gleichgewicht zu schieben, nach rechts, nach links, nach vorne, nach rückwärts. Je flexibler das Kind mitmacht, indem es sich immer wieder selbst in sein Gleichgewicht zurückbringt, je sicherer wir dabei zusammen mit dem Kind sind, um so mehr können wir die Übung steigern, bis letztlich eine harmonische, ausladende Pendelbewegung in Gang kommt. Nach einer Weile – nach Wochen oder Monaten vielleicht erst – können wir diese Gleichgewichtsspiele auch auf den Knien oder sogar stehend versuchen.

Bei all diesen Übungen ist wichtig, daß das Kind es bequem hat und sich wohlfühlt – in seiner Kleidung, die leicht und locker sein sollte, auf seinem Platz, der ihm vertraut sein und der auch anfangs immer der gleiche sein sollte (ausgestaltet mit einer weichen Decke oder Matte), in seiner Haltung (es soll sich nicht anstrengen müssen), in seinen elementaren biologischen Bedürfnissen (es soll nicht übermüdet, allzu hungrig oder übermäßig satt sein; Blase und Darm sollen entleert sein) und natürlich in seinen emotionalen Bedürfnissen: es soll seinen Therapeuten mögen und Spaß mit ihm haben während der Übungen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Bei der Integrativen Körpertherapie handelt es sich um einen Ansatz mit Innovationscharakter, der sich – sowohl was seine spezifischen Zielsetzungen als auch was die

hier verwandten Arbeitsformen betrifft – klar von der bisher praktizierten allgemeinen Kindergartenpädagogik abgrenzen läßt. Der Ansatz trägt der zunehmenden Umorientierung in Psychologie und Pädagogik hin zu ganzheitlichen, körper- und erlebnisorientierten Interventionsformen Rechnung. Diese wird mittlerweile auch in einer traditionell eher restriktiven Therapieform wie der Verhaltenstherapie zunehmend zur Kenntnis genommen und unter Bezug auf alternative theoretische Erklärungsformen auch in der therapeutischen Praxis berücksichtigt (vgl. Lazarus, 1978) – tatsächlich ließe sich ein Großteil der Übungen der Integrativen Körpertherapie durchaus auch im Rahmen der Theorien des Sozialen Lernens zutreffend beschreiben und erklären.

Die Integrative Körpertherapie zielt auf die Entwicklung und Förderung elementarer sozialer und personaler Dimensionen wie Vertrauen, Mut, Empathie und Offenheit. Die intendierten Ziele können für eine Förderung von Prozessen der sozialen Integration insofern ganz allgemein von Bedeutung sein, als man sich von deren Erreichen wesentliche Hilfen und Anregungen auch für die Lösung charakteristischer Probleme in der Interaktion zwischen Behinderten und Nichtbehinderten (einseitige Rollenverteilung, Stereotypisierung, Stigmatisierung usw.) erhoffen kann. Sie könnte gerade wegen ihrer primär nonverbalen, am unmittelbaren Erleben und Empfinden orientierten konkreten Arbeits- und Kommunikationsformen, der spielerischen und kindgemäßen Arbeitsmodi und der vielfältigen Möglichkeiten einer Individualisierung eine Ebene bieten, die geeignet ist, Probleme der sozialen Interaktion zu thematisieren, sich in altersgemäßer Weise damit auseinanderzusetzen und sie in der einen oder anderen Form einer Lösung näherzubringen.

Als Methode der Einzeltherapie ist die Integrative Körpertherapie in der Praxis erprobt; sie wird in verschiedenen pädagogischen und klinischen Institutionen systematisch eingesetzt. Inwieweit und unter welchen Voraussetzungen die Arbeit mit solchen Übungen – gerade auch unter veränderten Einsatzbedingungen als Interventionsform in der Kindergruppe – tatsächlich die erhofften Effekte zeitigt und zur Verbesserung der sozialen Integration behinderter und nichtbehinderter Kinder beitragen kann, ist aber noch zu erkunden. Im einzelnen stehen dabei die folgenden Aufgaben an:

- eine Aufbereitung für den Einsatz speziell im Setting ‚Kindergarten‘;
- die Umgestaltung von einer Methode der Einzeltherapie zum Mittel der Gruppenpädagogik;
- der Einsatz als Methode zur Förderung sozialer Integrationsprozesse;
- die wissenschaftliche Evaluation eines solchen Ansatzes.

Summary

Integrative Body Therapy – Can it Support Social Integration in Joint Furthering of Handicapped And Non-Handicapped Children in Kindergarten?

Integrative Body Therapy is a Gestalt Therapy method which was originally developed for work with mentally handicapped children and which is implemented particularly in institutions for special education.

Integrative Body Therapy aims to develop and support elementary social and individual dimensions such as trust, courage, self-assurance, empathy, openness. These goals can be of significance for furthering processes of social integration in children's groups, since one can expect to achieve considerable aid and guidance in the solving of characteristic problems of interaction between handicapped and non-handicapped children (e.g. role-taking, stereotyping or stigmatizing).

To what extent an individual therapy method can successfully be adopted to an educational setting and can really contribute to the improvement of social-integrative processes in the children's group remains an open question which requires further investigation.

Literatur

- Asher, S. R. und Gottman, J. M. (Hg.) (1981): Development of Children's friendships. Cambrigde. – *Berufsverband Deutscher Psychologen* (Hg.) (1983): Psychologische Hilfen für Behinderte. Beiträge vom 11. BDP-Kongreß für Angewandte Psychologie, Heidelberg 1981. Weinsberg. – Besems, Th. (1977a): Integrative Therapie als Ansatz zu einer kritischen Gestalttherapie. *Integrative Therapie*, 3/4, 187–194. – Besems, Th. (1977b): Philosophisch-anthropologische Bemerkungen zur Integrativen Therapie/Gestalttherapie. *Integrative Therapie*, 3/4, 176–187. – Besems, Th. (1980): Gesellschaft und Arbeit als Schwerpunkte der Therapie. *Integrative Therapie*, 1, 3–20. – Besems, Th. (1983): Bewegungstherapie mit autoaggressiven, psychomotorisch gestörten Kindern – eine gestalttherapeutische Methode. In: *Berufsverband Deutscher Psychologen* (Hg.), 33–48. – Besems, Th. und van Vugt, G. (1983): Integrative Körpertherapie bei geistigbehinderten Kindern und Jugendlichen. In: *Färber, H.* (Hg.), 23–47. – Bruininks, V. L. (1978): Actual and perceived peer status of learning-disabled students in mainstream programs. *Journal of Special Education*, 12, 51–58. – Bryan, T. S. (1978): Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 11, 107–115. – Cavallaro, S. A. und Porter, R. H. (1980): Peer preferences of at-risk and normally developing children in a preschool mainstream classroom. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 357–366. – Färber, H. (Hg.) (1983): Integrative Therapie mit geistig und psychisch behinderten Kindern und Jugendlichen. Dortmund. – Feitelson, D., Weintraub, S. und Michaeli, O. (1972): Social interaction in heterogeneous preschools. *Child Development*, 43, 1249–1259. – Gottlieb, J. und Leyser, Y. (1981): Friendship between mentally retarded and non-retarded children. In: *Asher, S. R. und Gottman, J. M.* (Hg.), 150–181. – Guralnick, M. J. (1980): Social interaction among preschool children. *Exceptional Children*, 46, 248–253. – Guralnick, M. J. (1981): The social behavior of preschool children at different developmental levels. Effects of group composition. *Journal of Experimental Child Psychology*, 31, 115–130. – Lazarus, A. A. (1978): Multimodale Verhaltenstherapie: die Behandlung des BASIC ID. In: *Lazarus, A. A.* (Hg.), 1978, 27–42. – Lazarus, A. A. (Hg.) (1978): Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt/M. – Levine, M. H. und McCollum, A. (1983): Peer play and toys: key factors in mainstreaming infants. *Young Children*, 38, 5. – Perls, F. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn. – Petzold, H. (1977): Die neuen Körpertherapien. Paderborn. – Staemmler, F. M. (1982): Körper-Therapie II. Bitte berühren! *Psychologie heute*, 6, 34–37. – Vandell, D. L., Wilson, K. S. und Buchanan, N. R. (1980): Peer interaction in the first year of life: an examination of its structure, content and sensitivity to toys. *Child Development*, 51, 481–488.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Ute Hüffner, Staatsinstitut für Frühpädagogik und Familienforschung, Arabellastr. 1/III, 8000 München 81.