

Franke, Ulrike

Theraplay - eine direktive kommunikative Spieltherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 1, S. 12-17

urn:nbn:de:bsz-psydok-33846

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

Erziehungsberatung

GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988)	55
--	----

Familientherapie

HEEKERENS, H. P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research)	2
---	---

Forschungsergebnisse

GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population)	87
GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students)	306
HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment)	38
JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems)	244
KLAUER, K. J.: Denks training für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development)	150
KÜSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment)	114
LEMPF, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles)	80
LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy])	157

LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses)	18
STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood)	74

Identität

DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence)	214
LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien)	210
OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity)	203
REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View)	222

Praxisberichte

HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients)	180
KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach)	300
DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?)	172
LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents)	293
MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit)	94

Psychotherapie

SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation)	6
---	---

Übersichten

BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence)	126
FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-	

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz)	132	SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview	330
FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy)	12	SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives)	364
HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology)	120	SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems)	347
REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests)	283	ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis)	358
REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment)	162	Tagungsberichte	
SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family)	167	Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.-29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	61
SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father)	261	Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989	62
STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation)	255	Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.-9. 2. 1990	229
SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy)	278	Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.-3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers	230
ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?)	249	Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR	231
VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence)	52	Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg	232
WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry)	45	2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft	310
Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung		Buchbesprechungen	
LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities)	325	ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie	313
MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry)	353	ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus	104
REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles)	338	BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen	379
ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective)	361	BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth	100
		BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung	371
		BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation	28
		CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie	314
		CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony	238
		DOLD, P.: Szeno-Familientherapie	101

EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosynndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	381
FRIESE, H. J./TROT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit	142
GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl.	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter - Psychologische Hilfen	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit - Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste - Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung	33	STAATSWINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl.	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan	372	Editorial: 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	370	Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung	141	Diskussion/Leserbriefe: 233, 267	
		Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368	
		Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

Theraplay – eine direktive kommunikative Spieltherapie

Von Ulrike Franke

Zusammenfassung

Anhand der Kasuistik eines entwicklungsverzögerten, kontaktverweigernden siebenjährigen Zwillingmädchens wird die neue, aus den USA stammende, Kurz-Spieltherapie Theraplay vorgestellt. Die auf der natürlichen Eltern-Kind-Interaktion basierende direktive Therapie versucht sowohl das Selbstbild als auch das Fremdbild des Kindes zu beeinflussen, indem sie sich nur auf das Positive konzentriert und Situationen herbeiführt, in denen das frühere Verhalten nicht mehr praktiziert werden kann.

1 Die Geschichte von Theraplay und von Evelyn

Theraplay ist eine direktive, kommunikative Kinder-spieltherapie, die davon ausgeht, daß es die menschlichen Begegnungen sind und weniger unsere dingliche Umwelt und der Umgang damit, die heilend wirken können. Daher ist die wichtigste Variable nicht der Umgang mit Spielzeug, sondern der mit der Therapeutin.

Theraplay wurde von der deutschstämmigen Amerikanerin ANN JERNBERG entwickelt, deren zu behandelnde sozial benachteiligte Kinder (Headstart Children) auf nondirektive Spieltherapieverfahren (z.B. AXLINE 1972) nicht ansprachen. Daher bemühte sie sich um ein anderes Verfahren. Den Ansatz dafür suchte sie im natürlichen Verhalten von Eltern gut entwickelter Kinder. Sie studierte es und lernte bei ihren Forschungen AUSTIN DES LAURIERS kennen, der mit psychotischen Kindern ungewöhnlich eindringlich umging, um einen Zugang zu ihnen zu finden. Aus JERNBERGS Forschungsergebnissen und den Ideen des Psychologen entstand das Gerüst von Theraplay. JERNBERG gründete in Chicago ein Institut, wo sie bis heute Kindern und Erwachsenen mit emotionalen Problemen hilft und Ausbildungskurse anbietet.

Die Grundlagen, das Setting und die Therapie wird anhand der Geschichte der 7jährigen Evelyn beschrieben. Folgendes haben wir über sie und ihre Geschichte erfahren können:

Die Zwillinge Evelyn und Nicole sind die ersten Kinder eines jungen Paares, Evelyn ist die jüngere. Die Kinder waren durch Kaiserschnitt 2 Monate zu früh zur Welt gekommen, lagen im Brutkasten, brauchten Sauerstoff, hatten Ernährungsstörungen und Lungenentzündungen, befanden sich also lange in der wichtigen Säuglingszeit im Krankenhaus. Die gesamte Entwicklung, die stato-motorische, die Sprachentwicklung und auch das kör-

perliche Wachstum verliefen verzögert. Organische Ursachen dafür waren keine festgestellt worden. Auch im sozialen Bereich gab es große Schwierigkeiten. Beispielsweise hatten sich die Mädchen ungefähr ein halbes Jahr lang gegen den Kindergarten gewehrt, niemand hatte sie dazu bringen können, Spiele mitzumachen. Bis jetzt verweigern sie alle sozialen Kontakte sofort, sie senken die Köpfe, schweigen, weinen oder verstecken sich. Fast grundsätzlich weigern sie sich, das zu tun, was ihnen andere sagen. Untereinander haben sie einen sehr guten Kontakt, so daß die Mutter den Eindruck hat, daß sie eigentlich keine anderen Menschen brauchen. (Dieses Zwillingphänomen hat beispielsweise auch WALLACE 1987 beschrieben.)

Das Wesen der beiden unterscheidet sich allerdings etwas. Nicole, die Ältere, scheint den Eltern etwas stabiler, sie ist ein bißchen mutiger, verweigert aber noch nach wie vor das Essen. Evelyn ist die Zurückhaltende und Ängstliche und hat ganz offensichtlich kaum Selbstvertrauen. Beide Kinder fragen die Eltern ständig „dürfen wir das?“, wirken beklemmt und sind überhaupt nicht neugierig. Eine Ärzte- und Krankenhausphobie der beiden resultiert vermutlich aus den einschneidenden Erfahrungen im Krankenhaus.

Die Sprachtherapie wird verhindert durch Protest, Verweigerung, Schreien; Kontakte lassen sie nur zu, wenn sich die Therapeuten unterordnen und nach den Wünschen der Kinder agieren. Nach diesen Beschreibungen können wir die Zwillinge als sozial auffällig und entwicklungsverzögert bezeichnen. Sie sind unfähig, auf Kontaktangebote einzugehen und selektiv mutistisch. Hypothesen über die Störungsursache befriedigen kaum, da lineare Ursache-Wirkungsbezüge der Komplexität der Störung nicht gerecht werden. Ob beispielsweise die frühen Verletzungen und Traumen im Krankenhaus die Kontaktangst ausgelöst haben oder das von WALLACE (1987) beschriebene Zwillingphänomen ist zwar vorstellbar, doch erscheinen solche Erklärungen zu einfach. Vielleicht gab es auch noch andere Ereignisse oder unglückliche Kombinationen.

Dies erklären wir auch den Eltern, die es gewöhnt sind, daß ihre Lebens- und Ehegeschichte und die ihrer Beziehung zum Kind einer genauen Überprüfung unterzogen wird. Solch eine detaillierte Befragung hat oft zur Folge, daß sich die Eltern schuldig fühlen und damit immer unfähiger werden, Veränderungen an ihrer Einstellung oder ihrem Verhalten zuzulassen bzw. vorzunehmen. Der Verzicht auf eine ausführliche Anamnese hat also vor allem das Ziel, die Eltern zu entlasten.

Zum Zeitpunkt, als die Eltern von unserer Institution erfahren und uns aufsuchen, sind die Mädchen 7½ Jahre alt und sollen in einem halben Jahr eingeschult werden. Man befürchtet daß sie vielleicht nicht einmal so sehr wegen ihres Entwicklungs rückstandes, sondern vor allem aufgrund ihrer Verweigerung eine Sonderschule werden besuchen müssen, was die Eltern gern vermeiden würden. Sie sind verzweifelt, haben fast schon resi-

gniert, und ich spüre, wie schwierig es für sie ist, mit der Kontaktabwehr und der fehlenden Kooperation umzugehen, doch sie mögen ihre Kinder gern und wollen alles tun, um die sozialen und emotionalen Schwierigkeiten der Zwillinge zu verringern.

2 Veränderungen und Bedürfnisse

2.1 Wie kommen Veränderungen zustande?

In einer Therapie sollen Veränderungen geschehen. Wir sollten uns überlegen, welche Grundbedingungen Kinder brauchen, um sich weiterzuentwickeln. Merkwürdig ist, daß sich die Forschung bislang wesentlich mehr der Diagnostik und der Ätiologie zugewendet hat, als der Frage, wie Veränderungen zustande kommen. Das liegt vielleicht daran, daß die Entwicklungsprozesse wesentlich schlechter zu beobachten sind. Entwicklungspsychologen beschäftigen sich naturgemäß wenig mit dieser Frage, denn normalerweise lernen Kinder gerne und von sich aus: das Bedürfnis nach Entwicklung ist angelegt.

Kindertherapeuten allerdings stehen häufig vor dem Problem, daß Kinder nicht richtig lernen und sich entwickeln und ihren Platz in der sozialen Gemeinschaft nicht einnehmen können.

2.2 Was braucht ein Kind für eine gesunde Entwicklung?

Beobachtet man verhaltens- und entwicklungsauffällige Kinder, ist die an sich schwierige Antwort leichter zu finden. Aufmerksame und einfühlsame Beobachter stellen fest, daß ihnen Selbstwertgefühl fehlt. Man könnte es definieren als das Wissen darum, was und wie man ist, wie man aussieht, wirkt, was man kann und weiß und wo die Grenzen sind. Neben dem fehlenden Vertrauen in sich selbst haben sie auch kein Vertrauen in die Umwelt. Sie meinen, sie selbst und meist auch die anderen seien böse, nicht liebenswert, unfähig, dumm usw. Im folgenden skizziere ich kurz einige meiner Vorstellungen, was Kinder brauchen, um sich gut entwickeln zu können:

- Ein stabiles, an der Realität orientiertes Selbstwertgefühl und ein positiv getöntes Selbstbild/Selbstkonzept (ASENDORPF 1988).
- Vertrauen in sich und in einen oder mehrere andere Menschen.
- Ein Empfinden für den eigenen Körper, das Wissen um sein Aussehen und seine Funktionen (u. a. FROSTIG 1973).
- Eine eindeutige, ihnen gemäße soziale Ordnung und Rolle (z. B. ohne gekreuzte Generationenproblematik) (vgl. MINUCHIN/FISHMAN 1983).
- Ein Wir-Gefühl und die Fähigkeit sozial zu handeln (vgl. DREIKURS 1981)

2.3 Was braucht Evelyn?

Welche Erfahrungen sollte ihr Theraplay anbieten, um ihr die Möglichkeit zur Veränderung zu geben? Grund-

sätzlich halten wir eine Veränderung des Selbstbildes für eine entscheidende Voraussetzung (RITTERFELD 1989). Evelyn soll erfahren, daß sie liebenswert ist und eine Menge Fähigkeiten, Besonderheiten und Stärken hat. Sie soll sich dessen so sicher werden, daß sie auch mit anderen Menschen kommunizieren kann und will und ihren Platz in einer Gruppe findet (der Schulbesuch steht an). Damit sie ihre neue Rolle finden kann, muß sie Menschen begegnen, die ihr die Erfahrung positiver Begegnung mit sich und fremden Menschen geben können. Sie sollten sich nicht von ihrer Abwehr beeindruckt lassen und ihr durch entsprechende Erfahrungen *beweisen*, nicht nur verbal mitteilen, daß sie auch anders kann, daß sie ein liebenswertes, geschicktes und starkes Mädchen ist. Als wichtige Grundvoraussetzung muß das momentane So-Sein des Kindes akzeptiert werden. Das bedeutet für uns aber nicht, da stehen zu bleiben, oder zu warten, bis das Kind selbst Veränderungen initiiert, sondern nur, das Kind von dort abzuholen und ihm dann erfreuliche und attraktive Alternativen zu bieten, so daß es gern das offene, mutige Verhalten gegen das bisherige wechselt. Es ist eine Art „Verführung“: schau so attraktiv, liebenswert und kooperativ bist du, so viel Spaß macht der Umgang miteinander.

2.4 Was kann Theraplay verändern?

Kann man diese Ziele mit Hilfe von Theraplay erreichen? Welche Wirkung hat diese Spieltherapie? Aus etwa 50 Berichten von Theraplay-Patienten wählte ich willkürlich 100 Aussagen von Eltern aus, die die Veränderungen des Kindes in der Zeit der Therapie beschrieben. Ich ordnete sie 4 Grobkategorien zu:

- a) das *Selbstbild* betreffend, z. B. kann das Kind besser verlieren; hat mehr Mut; spielt neue Spiele;
- b) das *Sozialverhalten* betreffend; z. B. macht das Kind im Kindergarten jetzt im Stuhlkreis mit; hat neue Freunde; ist verständiger;
- c) die *Kommunikation* betreffend; z. B. erzählt es mehr; spricht jetzt auch mit Fremden; sein Sprechen ist deutlicher;
- d) allg. *Fähigkeiten* betreffend; z. B. ist es konzentrierter; kann sich jetzt anziehen; näßt nicht mehr ein.

Von den 100 Aussagen betrafen 42% den Bereich des Selbstbildes, 30% sprachen von einem veränderten Sozialverhalten; 19% gaben ein verändertes Kommunikationsverhalten an und 9% betrafen den Leistungsbereich.

3 Grundprinzipien von Theraplay

Wie schon erwähnt, geht Theraplay davon aus, daß eine Veränderung des Kindes am leichtesten und besten über eine positive Interaktion geschehen kann. Es sind Eltern, die täglich Beispiele positiver Interaktion mit ihren kleinen Kindern geben. Normalerweise sind die Eltern begeistert von dem kleinen Wesen, das sie bekommen haben und entdecken täglich neue Dinge an ihm.

Intuitiv und sehr geschickt fördern und provozieren sie die Entwicklung des Babys, indem sie z. B. seine Lautmalereien imitieren, Handlungs- und Sprachmuster als Kommunikationsform anbieten (BRUNER 1978, ZOLLINGER 1978), es zu Bewegungen, Geräuschen und Lachen herausfordern, es schützen und pflegen, ihm Dinge der Umwelt nahebringen, ihm seine und ihre Grenzen und die Strukturen der Umwelt zeigen und auch in schwierigen Zeiten präsent und verlässlich sind. Die sich positiv auswirkenden Verhaltensmuster von Eltern hat JERNBERG eingeteilt in 4 Bereiche: *Fürsorge, Herausforderung, Eindringlichkeit, Strukturierung*. An diesen elterlichen Interaktionsmustern orientieren sich Theraplay-Therapeutinnen und gehen, wie gute Eltern intuitiv auch, auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes ein, dabei rückt das kalendarische Alter erst einmal in den Hintergrund. Bei den Interaktionen sind alle Bereiche berücksichtigt, die Wahrnehmung, die Grob- und Feinmotorik, die Sprache, das Sprechen, Rhythmik. Alle Bereiche sind eingefügt in eine emotional erfreuliche, kindgerechte, klare und optimistische Atmosphäre. Der Bereich, auf den Theraplay am wenigsten direkt eingeht, ist das intellektuelle Denken, obgleich Untersuchungen gezeigt haben (JERNBERG 1987), daß sich der Intelligenzquotient im Laufe von Theraplay-Behandlungen nach oben verschieben kann.

Theraplay gibt den Erwachsenen die Rolle des verantwortlichen Erwachsenen und dem Kind die Rolle des Kindes, dem der Schutz, die Hilfe und die Ermutigung des Erwachsenen zusteht. Damit ist nicht gesagt, daß es keine eigenen Entwicklungskräfte hat. Beides muß zusammenwirken, und manchmal müssen Erwachsene korrigierend eingreifen, wenn sich das Kind auf einer ungünstigen Bahn befindet. Theraplay bedient sich der positiven und wirksamen Möglichkeiten, die Erwachsene haben, um auf ihre Kinder einzuwirken. Beispielsweise hält der Erwachsene ein tobendes Kind fest, damit es weder ihn noch sich selbst verletzt und seine Grenzen erfährt. Oder der Erwachsene führt mit dem Kind etwas durch, vor dem es bisher Angst hatte.

4 Das Setting

4.1 Die Klienten

Klienten von Theraplay sind Kinder, die ihren Eltern oder anderen Therapeuten Sorgen wegen ihres auffälligen Verhaltens oder ihrer Einstellungen machen. Andere Therapeuten schicken Kinder, weil sie einen psychischen Hintergrund der von ihnen behandelten Störung vermuten.

Beschreibt man die Theraplay-Kinder anhand von Diagnosen, so finden sich beispielsweise Hyperaktivität, Lernstörungen und -behinderungen, geistige Behinderung, Konzentrationsstörungen, Verhaltensstörungen, Wahrnehmungsstörungen (JERNBERG 1988 b), Autismus, Passivität, Aggression (JERNBERG 1988 a) und Regression. Es sind Kinder, die sich wenig oder nichts zutrauen, die

kein Selbstwertgefühl, kein Körpergefühl und kaum Frustrationstoleranz haben und sich in ihrer sozialen Rolle unwohl fühlen. Manche suchen Grenzen und Festigkeit, sie fühlen sich unfähig, schlecht, nicht liebenswert und/oder haben wenig Vertrauen in sich und die Umwelt.

4.2 Das Erstgespräch

Erstgespräche finden in der Regel mit Kind und Eltern statt. So kann ich die Familie zusammen und in der Interaktion miteinander sehen und erste Hypothesen aufstellen. Damit dieses Treffen auch ermöglicht, daß die Eltern mich als Person und im Umgang mit ihrem Kind kennenlernen, erhebe ich hier keine ausführliche Anamnese, sondern beschäftige mich mit dem Kind. Würde ich vorwiegend Fragen stellen, wäre das Kennenlernen nur einseitig. Die Eltern sollen mich erleben, denn sie stehen vor der Frage, ob sie mir ihr Kind zur Therapie anvertrauen.

Als ich beim Treffen mit Familie M. den Eindruck gewinne, daß Theraplay die Therapie der Wahl sein könnte, erkläre ich den Eltern, daß ich eine Spieltherapie anbieten könne. Wenn sie interessiert seien, würde ich sie zu einem neuen Termin ohne das Kind herbitten, damit wir uns ausführlicher und ungestörter unterhalten können, und ich ihnen in Ruhe meine Vorschläge erläutern kann. Herr und Frau M. nehmen mein Angebot gern an: der Schulbeginn steht drohend vor der Tür, und das kommunikative und soziale Verhalten der Mädchen läßt viele Schwierigkeiten erwarten.

Nachdem sie mir die Geschichte und die gegenwärtige Lage der Zwillinge ausführlicher geschildert haben, erkläre ich ihnen die Prinzipien und Ziele von Theraplay. Zur besseren Anschauung zeige ich noch das Videoband von der Therapie eines anderen Kindes, so daß sie auch einen Eindruck von der Atmosphäre bekommen können. Danach frage ich noch einmal, ob sie sich diese Art Therapie für Evelyn und Nicole vorstellen können. Die Eltern, als Experten für ihre Kinder, können das am besten beurteilen. Sie seien dafür, meinten sie übereinstimmend, aber für uns Therapeuten würde es schwierig werden. Ich erkläre ihnen die sogenannte MIM, die Marschak-Interaktionsmethode (JERNBERG 1987).

4.3 Die Marschak-Interaktionsmethode (MIM)

Die Marschak-Interaktionsmethode (Marschak 1960) ist eine Methode zur Hypothesengenerierung der Eltern-Kind-Interaktion und dient als Hilfe für die Therapieplanung. Inzwischen gibt es die MIM für die verschiedensten Lebensalter und Beziehungskonstellationen (vgl. JERNBERG 1988 a).

Zur Vorgehensweise: Das Kind geht jeweils mit einem Elternteil in einen Raum. Die Eltern werden angewiesen, ausgesuchte, vorbereitete Spiele mit ihm durchzuführen, was ich hinter der Einwegscheibe beobachte und auf Video aufnehme. Ich beachte folgende Aspekte:

- a) Wie machen die Eltern die Umgebung interessant, und wie sehr interessiert sich das Kind für die Umgebung?
- b) Wer von beiden macht Bindungsangebote welcher Art, und wie reagiert der andere darauf?

- c) Wie und wann geben die Eltern Anweisungen, und wie und wann reagiert das Kind darauf?
- d) Wie verringern die Eltern für das Kind Streß, wie geht das Kind mit Streß um; wie gehen sie gemeinsam mit einer belastenden Situation um?
- e) Wie ist die Atmosphäre? Haben die Partner Spaß miteinander? Stehen eher leistungs- oder lustorientierte Interaktionen im Vordergrund?
- f) Wer übernimmt in der Regel die Initiative?

Die Eltern von Evelyn bemühen sich sehr, die Aufgaben durchzuführen. Der Vater und Evelyn sollen sich gegenseitig kämmen. Lange Zeit versucht er, Evelyn dazu zu überreden. Nachdem keines seiner Argumente gezogen hat, gibt er schließlich auf. Auch bei der schwierigen Geschicklichkeitsaufgabe versucht er Evelyn verbal zum Mitmachen zu bewegen. Sie lehnt ab, auch beim gegenseitigen Füttern. Obgleich Evelyn Smarties für ihr Leben gern mag, bemerkt sie offensichtlich, daß ihr Vater sich durchsetzen will und sagt „schmeckt mir net“. Als die Mutter eine Minute den Raum verlassen soll, tut sie das ohne Kommentar. Evelyn schaut ihr kurz nach und sitzt dann lange Zeit wie erstarrt auf ihrem Stuhl.

Die Aufnahme zeigt mir, daß die Eltern fast immer versuchen, Evelyn durch Reden zu beeinflussen, d.h. zu verhandeln und sie um Zustimmung zu bitten. Zeichen für Bindung sind spärlich: es gibt keinen Körperkontakt, der Blickkontakt ist ärgert, zweifelnd, die Atmosphäre ernst und belastet. Eltern und Kind scheinen in einem Interaktionsmuster ohne Ausweg gefangen zu sein. Neben resignierenden und frustrierten Eltern erlebe ich ein isoliertes, sich isolierendes Kind mit großen Ängsten, die sich in einem stark kontrollierenden Verhalten äußern.

4.4 Das Feedback-Gespräch

Das Feedback-Gespräch dient dazu, den Eltern die Videoaufnahme zu zeigen und darüber zu sprechen. Ich erlebe die Eheleute M. dabei als sehr liebe- und verständnisvoll miteinander. Sie distanzieren sich von der frustrierenden Erfahrung bei der MIM durch Lachen. Als ich anspreche, wie nervenaufreibend und frustrierend ein täglicher Umgang mit dem verweigernden Mädchen sein muß, zeigt Frau M. ihre Betroffenheit. Ich beschreibe auch Evelyns Seite: meine Annahme ist, daß das Mädchen die Welt als sehr gefährlich empfindet und daher alles kontrollieren muß.

Auf die Frage, was passiert wäre, wenn Frau M. ihre Tochter einfach auf den Schoß genommen hätte, ohne sich um die Ablehnung zu kümmern, meinte sie, Evelyn hätte sich wohl gewehrt. Wenn die Mutter sie trotzdem auf den Schoß genommen hätte? Darauf wußte Frau M. keine Antwort, das hatten die Eltern nie ausprobiert. D.h. das Mädchen ist noch nie an ihre Grenzen gekommen, hat ihre Eltern noch nie als stärker erlebt. So kann und muß sie selbst ihre Grenzen definieren. Das tut sie möglichst früh, damit auf keinen Fall etwas für sie Schlimmes passieren kann.

Die Eltern prophezeien mir viel und lauten Protest. Sie meinen, Evelyn wird über mehrere Sitzungen schreien und kämpfen. Da sie ihr Schreien gewohnt sind und Vertrauen zu mir haben, können sie es ertragen.

4.5 Das Therapiesetting

Wir haben vorgesehen, drei Therapeuten bei Evelyns Therapie zu beteiligen. Zwei werden sich direkt mit ihr beschäftigen. Unser Platz ist eine Art Turnmatte, wir brauchen lediglich ein paar Utensilien (keine Spielsachen). Die Sitzungen werden immer auf Video aufgezeichnet. Die dritte Therapeutin sitzt mit der Mutter/den Eltern hinter der Einwegscheibe. Sie hat die Aufgabe, zu begleiten, zu trösten, zu beruhigen, zu fragen und Fragen zu beantworten. Sie erklärt, was im Therapieraum gerade vor sich geht, und warum die Therapeutinnen dieses oder jenes tun. Sie erfährt, welche Veränderungen sich in der vergangenen Woche gezeigt haben und rät, wie die Eltern in schwierigen Situationen handeln können.

Wir behandeln Evelyn einmal wöchentlich eine halbe Stunde lang. Im allgemeinen reicht dieser Zeitaufwand aus, um Veränderungen zu bewirken. Die Behandelnden halten dabei folgende Strukturen und Prinzipien ein:

- a) Die Therapeutinnen führen und haben die Verantwortung.
- b) Die Atmosphäre ist fröhlich, positiv, optimistisch.
- c) Die liebenswerten Seiten des Kindes, seine guten Fähigkeiten, seine Besonderheiten stehen im Vordergrund.
- d) Ausgangspunkt ist das emotional/psychische Alter des Kindes.
- e) Die interaktiven Spielangebote berücksichtigen die Bedürfnisse des Kindes aus den Bereichen Herausforderung, Strukturierung, Fürsorge und Eindringlichkeit.
- f) Das Kind soll das bekommen, was es nach Beobachtungen der Therapeuten braucht (nicht unbedingt will), unabhängig davon, ob es das zunächst ablehnt oder freudig annimmt.

5 Theraplay mit Evelyn

Im folgenden werde ich die ersten Stunden der Behandlung von Evelyn ausführlicher beschreiben, die nachfolgenden lediglich skizzieren und wichtige Ereignisse aufzeigen:

1. Stunde:

Wie erwartet schreit und weint Evelyn. Sie, die zurückhaltende der beiden Schwestern, hält dabei die Arme vor das Gesicht. Kurzzeitig wehrt sie sich sogar körperlich, dann aber versucht sie es verbal, was die Mutter überrascht zur Kenntnis nimmt: „Laß mich los, Hände weg, hör auf, Mama.“

Wir wiegen sie auf unseren Armen, sicher haltend, singen ihr etwas vor, woraufhin sie leiser schreit. Als ich ihre Stimmfrequenz übernehme, scheint sie verblüfft und wird noch leiser und hört dann auf. Dann reagiert sie. Ich berühre ihre Ellbogen, die sie daraufhin abwehrend hebt: „Immer wenn ich auf den Ellbogen drücke, geht er hoch. Das muß ich nochmals probieren.“ An verschiedenen Stellen kann ich unterschiedliche Bewegungen provozieren. Wir sind so miteinander ins Spielen gekommen.

Das Weinen ist nur ein Wimmern, die Hände bleiben aber vor dem Gesicht. Sie scheint jedoch sehr aufmerksam zu registrieren, was wir tun.

2. Stunde:

Schon draußen beginnt Evelyn zu weinen und gibt sich zu erkennen, denn ich kann sie noch nicht von ihrer Schwester unterscheiden. Auch nachdem wir sie fröhlich ins Zimmer getragen haben (sie hat wieder die Hände vor dem Gesicht), schreit sie lange und ausdauernd: „Ich hab Durst“. Das Schreien wird leiser, die Hände bleiben vor dem Gesicht. Ganz offenbar registriert sie aber trotz des Jammerns, was wir machen. Sie bekommt eine Aufgabe: Kann sie das Haarband am Fuß mit dem anderen Fuß abstreifen? Sie kann es! Beim Wegdrücken zeigt sie passiven Widerstand. Wir unterstützen sie (machen die Bewegung für sie/mit ihr). Unsere Aktivitäten kündigen wir vorher eindeutig an, so daß sie sich darauf einstellen kann, was passieren wird. Sie soll sich aufgehoben und sicher fühlen. Unsere Kommentare geben ihr ständig Rückmeldung darüber, was sie gerade tut. Gegen unsere Zärtlichkeit und Umarmungen wehrt sie sich nicht, sie scheint sich im Gegenteil dabei wohl zu fühlen. Als wir ein Smartie an ihr verstecken, kann sie noch nicht darauf reagieren, denn sie müßte ja eine Hand vom Gesicht nehmen, um die Süßigkeit herauszuholen.

Frau M. berichtet schon von Rückmeldungen der Umgebung, die Evelyn anders und offener erlebt. Sie tut häufiger, was man ihr sagt; diesmal sei sie mit erhobenem Kopf zur Schuluntersuchung gegangen, beim letzten Mal hatte sie das Gesicht noch versteckt. Aber auch Nicole zeigt ein kooperativeres Verhalten.

3. Stunde:

Frau M. erzählt, daß Evelyn die Spiele aus der Therapie aufnimmt und zu Hause nachspielt. Sie drängt ihre Eltern in unsere Rollen, sagt ihnen, sie sollen sie festhalten und wehrt sich dann sehr. Die Eltern machen amüsiert mit. Evelyn sagt, sie hätte keine Angst vor uns, erzählt jetzt dem Vater freiwillig Neuigkeiten, nimmt allgemein mehr an.

Wir hüpfen heute immer wieder mit Vorankündigungen von Kissen herunter (noch mit verdecktem Gesicht). Dann lasse ich sie kurz los, und wir loben, daß sie oben ganz frei und ohne Angst stehen kann. Die Luftschlangen, die wir ihr hinten im Pullover versteckt haben, holt sie heraus, ihre Augen bleiben geschlossen. Wir raten, wohin der Sandfrosch auf ihrem Kopf hüpfen wird und sind überrascht und erfreut, was er „gemacht“ hat.

4. Stunde:

Wir suchen immer wieder Spiele, bei denen eine Kooperationsverweigerung nicht möglich ist, um ihr den Weg zu zeigen, wie man gemeinsam etwas unternimmt. Reaktionen von Evelyn werden als kooperative Handlungen verstanden und ins Spiel eingebaut, wie beispielsweise ihre eingecremten Hände aus unseren festhaltenden Händen herauszuziehen.

5. Stunde:

Wieder scheint sie zu merken, daß neue Bereiche ungefährlich sind. „Nicht Strümpfe ausziehen“ schreit sie, und kann sich dann kurze Zeit später beruhigen und merkt, daß nichts Schlimmes passiert, wenn die Füße nackt sind. Mit unserer Führung schlägt sie mit den Beinen Zeitungen durch. Als wir die Schuhe und Strümpfe wieder anziehen wollen, ist sie nicht bemüht, die Stunde so schnell wie möglich zu beenden.

6. Stunde:

Die Großmutter ist dabei und ruft mir schon entgegen, daß der kleine Bruder geboren worden ist, und Evelyn nicht kommen wollte. Evelyn schreit dann auch aus vollem Halse: „Oma! Oma!“. Wie eine Mutter halte ich sie in meinen Armen, spreche leise und tröstend auf sie ein, wiege sie, streichle, schmuse, halte sie liebevoll an mich gedrückt. Nun wird das Weinen weniger, es bleibt nur noch ein Wimmern, das nicht unglücklich oder protestierend klingt. Langsam lasse ich mich mit ihr auf der Matte nieder und beginne kleinere Spiele, um sie aus ihrer Stimmung herauszuführen. Wir reiben die kalten Finger und Zehen warm. Sie bekommt viel Fürsorge. Beim Strümpfeausziehen wehrt sie sich nicht mehr, nur noch gegen das Eincremen der Füße. Draußen bei der Großmutter sagt sie mit klarer Stimme, die Schuhe seien nicht richtig angezogen.

7. Stunde:

Der Vater ist mit dabei. Anfangs weint sie laut, aber nicht bewegt und hört bald damit auf. Sie manipuliert mit dem Schaumgummiball, nimmt ihn mit dem Ellbogen auf, um ihn wegzuschmeißen. Natürlich sind die Hände weiterhin vor dem Gesicht. Wir messen die Länge der Haare rund um den Ellenbogen. Beim Wegdrücken mit den Füßen kommen kleine Impulse, wir helfen sehr nach. Sie beginnt, zwischen ihren Fingern herauszuspitzeln.

Mit Evelyn laufe nun alles hervorragend, sagt der Vater, aber Nicole macht ihnen Sorgen. Sie ist möglicherweise verunsichert, denn das soziale Gleichgewicht zwischen den Mädchen ist durcheinandergekommen. Wir setzen den Zeitpunkt für die Therapie mit Nicole fest.

8. Stunde:

Der Vater strahlt, er ist sehr glücklich über Evelyns Entwicklung seit Therapieanfang. E. schaut immer hinter der Hand hervor. Sie weint noch, als sie hochgehoben wird. Sie fühlt sich wohl noch zu unsicher. Wir planen, die Grobmotorik mehr zu betonen.

9. Stunde:

E. kommt mit der Großmutter und dem kleinen Bruder. Wieder hat E. die ganze Zeit ihre Hände vor dem Gesicht. Sie weint mehr. Wir geben ihr viel Fürsorge und bieten Herausforderung an. In 2 Wochen wollen wir mit Nicoles Therapie beginnen. Diese sagt, sie wolle nicht kommen, Evelyn habe hier so geweint.

10. Stunde:

Die Mutter fragt Evelyn: Warum heulst du denn da immer?
E: Ich heul ja gar nicht mehr so viel.
M: Ja, das stimmt, tun die dir denn weh?
E: Nein.
M: Aber warum heulst du dann, du könntest es ja ganz bleiben lassen.
E: Nein, das gehört dazu.
Heute haben wir unsere Abschiedsstunde. Evelyn war knapp 3 Monate bei uns. Wir haben uns sehr gut aneinander gewöhnt.

4 Wochen später:

Frau M. berichtet, daß Evelyn zur Zeit ihrer Schwester sagt: „Stell dich doch nicht so an, wenn du zu Frau Franke gehst! Die machen sicher auch mal mit dir das Seifenblasenfangen mit den

Füßen, das ist nicht schlimm, dort“. Evelyn ist selbstbewußt und selbstsicher geworden, sie widerspricht sogar der Mutter, ist frech und sagt zu einem größeren Jungen aus der Nachbarschaft: Hau ab, sonst verhaue ich dich (E. ist sehr klein und zierlich). Sie spricht nun ohne Scheu, die Sprachentwicklungsverzögerung und die Dyslalie sind verschwunden. Im Kindergarten verhält sie sich wie jedes andere Kind („Hat sich um 180 Grad gewandelt“, sagt die Erzieherin). Der etwas furchterregend aussehende Schwager, vor dem die Kinder vor einem halben Jahr noch schreiend davonliefen, wurde ein Spielpartner. Die Eltern stellen keine Beeinträchtigungen mehr fest.

6 Wochen später:

Die Mutter ruft verzweifelt an, die Mädchen verhielten sich wieder so „bockig“ wie früher. Die Umstände könnten das erklären: Der Kindergarten hatte geschlossen, die Nachbarskinder waren in den Ferien und die Schule hatte noch nicht begonnen. So waren die Geschwister wieder auf sich angewiesen und schlüpfen unsicher in ihre alten Rollen. Wir vereinbaren weitere Sitzungen für Evelyn.

8 Wochen später:

Nachdem wir weitere 2 Stunden durchgeführt hatten und die Schule begann, verschwand das abwehrende Verhalten wieder. Die Lehrerin war anfangs unsicher, aber dann beschloß sie, den Mädchen die Schulregeln zu geben und wies sie an, was sie machen sollten. „Das macht man so in der Schule!“ Nach 2 Wochen Eingewöhnungszeit äußern sich alle Lehrer zufrieden über das Verhalten der Zwillinge.

Nachgedanken zur Therapie

Leider sind nicht nur die Erklärungshypothesen für die Störung, sondern auch die Veränderungsursachen nicht faktisch zu belegen, so daß wir wiederum auf Vermutungen angewiesen sind. Möglicherweise hat Evelyn tatsächlich ihr Selbstbild und vielleicht auch ihr Weltbild so verändert, daß sie sich außerhalb des Elternhauses in einer anderen Weise als bisher verhalten konnte. In der Therapie versuchten wir sie beharrlich und freundlich dorthin zu führen, wo sie sich anders fühlen und verhalten konnte. Vielleicht half ihr auch die fröhliche, „ver-

fühlerische“ und liebevolle Atmosphäre in der Therapie, ihr bisheriges regressives Verhaltensmuster aufzugeben.

Summary

“Theraplay” – A Directive Communicative Play Therapy

This paper introduces the basic concepts and the application of the directive short-term play therapy called Theraplay. Goals and methods are illustrated by examples from the assessment (Marschak Interaction Method) and by sessions with a 6 year old regressive noncompliant mutistic twin.

Literatur

- ASENDORPF, U. (1988): Keiner wie der Andere. München: Piper. – AXLINE, V. (1972): Kinderspieltherapie im nichtdirektiven Verfahren. München: Reinhardt. – BRUNER, J. (1987): Wie das Kind sprechen lernt. Bern: Huber. – DREIKURS, R. (1981): Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart: Klett Cotta. – FROSTIG, M. (1973): Bewegungserziehung. München: Reinhardt. – JERNBERG, A. (1987): Theraplay, eine direktive Spieltherapie. Stuttgart: G. Fischer. – JERNBERG, A. (1988): Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 37, 161-167. – JERNBERG, A. (1988a): Theraplay für das aggressive Kind. In: FRANKE, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Heidelberg: Springer. – JERNBERG, A. (1988b): Theraplay als eine Ergänzung der sensomotorischen Integrationstherapie. In: Praxis Ergotherapie 6, 292-303. – MARSCHAK, M. (1960): A method of evaluating child-parent interaction under controlled conditions. J. Genet. Psychol., 97, 3-22. – MINUCHIN, S., FISHMAN, H. C. (1983): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus. – RITTERFELD, U. (1989): Evaluation einer psychotherapeutischen Interventionsmethode (Theraplay) am Beispiel sprachauffälliger Vorschulkinder. Heidelberg: Diplomarbeit am psychologischen Institut. – WALLACE, M. (1987): Die schweigsamen Zwillinge. Berlin: Orlando Frauenverlag. – ZOLLINGER, B. (1987): Spracherwerbsstörungen. Bern: Haupt.

Anschr. d. Verf.: Ulrike Franke, Mozartstr. 1, 6839 Oftersheim.