

Bibliothek der Psychomotorik : Theorie

Kinderspiele, Weltspiele, Lernspiele, Bewegungsspiele,  
Darstellende Spiele, Fußspiele, Körperspiele, Bauspiele, Tischspiele,  
Automatenspiele, Wasserspiele, Abenteuerspiele...

Irmischer / Hammer / Wendler / Hoffmann

# Spielen in der Psychomotorik

Herausgeber Aktionskreis Psychomotorik e.V.



akL

Band 4

Verlag Aktionskreis Literatur und Medien

Irmischer/Hammer/  
Wendler/Hoffmann

# Spiele in der Psychomotorik

Bestellnummer 0004

©2004 by Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, 32657 Lemgo

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlags ist es nicht gestattet, die Schrift oder Teile daraus auf fototechnischem Wege zu vervielfältigen. Dieses Verbot – ausgenommen die in §§ 53, 54 URG genannten Sonderfälle – erstreckt sich auch auf die Vervielfältigungen für Zwecke der Unterrichtsgestaltung. Dies gilt insbesondere für Übersetzungen, Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zeichnungen und Fotos: Von den Verfassern

Druck und Verarbeitung: Druckerei Karl Hofmann, 73614 Schorndorf

ISBN 3-7780-7914-X

## Prolog

Dr. Tilo Irmischer hat zu einem wesentlichen Teil am Zustandekommen dieses Buches beigetragen. Sein plötzlicher Tod hat eine schwere Lücke in die Bewegung der Psychomotorik in Deutschland und darüber hinaus gerissen.  
Wir können sie nur füllen, wenn wir seine Ideen weitertragen.

Richard Hammer  
Michael Wendler  
Sabine Wessel

## Inhalt

Einführung.....	7
ZAMMER, R.: Das Spiel in der psychomotorischen Therapie.....	9
IRMISCHER, T.: Bedeutung der Bewegung und die Aufgaben der Bewegungserziehung.....	21
REITER, H.: Die Bedeutung des Spiels in einer sich verändernden Kinderwelt.....	29
HAMMER, R.: "Der Mensch ist nur da ganz Mensch, wo er spielt".....	41
PASSOLT, M.: Spiele aus aller Welt.....	51
SCHMIDTCHEN, S.: Das Spiel als psychotherapeutische Interventionsform.....	63
TIEDT, W.: Bewegung und Darstellen - Möglichkeiten aus dem Bewegungstheater.....	77
FISCHER, K.: "Fuß im Spiel" - expressive und kommunikative Aspekte der Sozialerfahrung am Beispiel des Fußball-Theaters.....	87
GRUBER, C.L.; BIERMANN, A.: Jeux Dramatiques mit geistig behinderten Menschen.....	95
BRANDT, U.: Abenteuerorientierte Bewegungserfahrung.....	105
MEYERDIERCKS, K.: Spiele mit Körpern - Akrobatik als Interventionsform in der Motopädagogik.....	113
JOANS, V.: Das Spiel mit Bällen - Jonglagen.....	133
MIEDZINSKI, K.: Gestaltung von Spiel- und Bewegungsräumen mit einfachen Bauteilen.....	145
SCHMIDT-KOTYBRA, B.: Tischspiele großräumig gespielt.....	151
SCHILLING, F.: Spiele an Automaten - bloßer Zeitvertreib oder pädagogisch wirksam?.....	157

IRMSCHER, T.: Spiele erfinden.....	167
CHEREK, R.: Spiele im Wasser.....	173
EISENBURGER, M.: "Wir sind doch nicht nur Zuschauer" - Spiele mit Senioren - Spiel mit Masken.....	183
Autorenverzeichnis: .....	191

## Einführung

**„Halten Sie viel von der kindlichen Fähigkeit zu spielen! Wenn ein Kind spielt, machen ein oder zwei Symptome nichts aus, und wenn ein Kind sein Spiel genießt, sowohl allein als auch mit anderen Kindern, ist keine besondere Schwierigkeit zu befürchten“.**

Mit dieser Aussage macht WINNICOTT die besondere Bedeutung des Spiels für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes deutlich. Spielen zu können heißt, gesund zu sein. Wenn Kinder nicht spielen können, dann ist die Situation ernst und es ist unsere Aufgabe als „professionelle Erwachsene“, den Kindern das Spielen beizubringen. Und er fügt hinzu: wenn Erzieher oder Therapeuten nicht spielen können, dann müssen sie sich einen anderen Beruf suchen.

Spielen ist existentiell für Kinder. Es bedeutet, Spielräume zu haben, in denen sich die innere Welt der Phantasie, der Wünsche und Bedürfnisse treffen kann mit der äußeren Welt, der materialen und sozialen, die viel zu oft durch Sachzwänge, durch die Tücke des Objekts und durch die Interessen des Anderen geprägt wird. WINNICOTT nennt diesen Ort, in dem sich Innen- und Außenwelt treffen „intermediären Bereich“, der sich für das Kind im Spiel entfaltet, der aber nicht mit der Kindheit stirbt. Der Erwachsene findet diese Möglichkeiten in der schöpferischen Tätigkeit, in allen Prozessen, in denen er seine Kreativität entfalten kann, die sich nährt aus seinem Inneren und nicht domestiziert ist durch die Anforderungen der Außenwelt – eine Situation, die wir häufig in unserem Arbeitsprozess wiederfinden. KARL MARX nannte dies vor langer Zeit „entfremdete Arbeit“.

Diese Sichtweise des Spiels gewinnt in der Psychomotorik zunehmend an Bedeutung, denn die Psychomotorik als pädagogisches oder therapeutisches Angebot findet in der Regel im Spiel statt. Vorbei sind die Zeiten der psychomotorischen Übungsbehandlung, wo eine Aneinanderreihung von Übungen zur Verbesserung der Wahrnehmungs-

und Bewegungsfertigkeiten helfen sollten. Egal, aus welchem Blickwinkel die Theorie und Praxis der Psychomotorik betrachtet wird, die Kinder spielen – und dies in allen nur vorstellbaren Facetten, die sich in diesem vorgelegten Buch widerspiegeln.

Spielen ist ein unersetzbarer Teil der kindlichen Entwicklung (ZIMMER). Kinder spielen, wenn sie in ihrer Lebenswelt die natürlichen Anregungen bekommen. Ist ihnen dies verwehrt, werden sie krank, wie WINNICOTT sehr deutlich formuliert. Es ist dann die Aufgabe der Erwachsenen, den Kindern erneut die Möglichkeit zu geben, spielen zu lernen.

Dazu kann die Psychomotorik einen wesentlichen Beitrag leisten, denn eine zentrale Voraussetzung für die Fähigkeit zu spielen liegt in einer guten Beziehung zum eigenen Körper – als Grundlage der Persönlichkeitsentwicklung (IRMSCHER). Diese positive Beziehung herzustellen und dem Kind die Möglichkeit zu geben, die Funktionsfähigkeit des Körpers in der Bewegung zu erfahren und zu entdecken, ist ein wesentlicher Schwerpunkt in den psychomotorischen Förderstunden.

Hier werden gezielt Angebote gemacht, um kindliches Spiel herauszufordern und zu ermöglichen. Diese Angebote müssen jedoch so strukturiert sein, dass den Kindern genügend Freiraum bleibt, eigene Kreativität und Fantasie zu entfalten (REITER).

Spiel ist also im Kern ein Medium der kreativen Entfaltung kindlicher Entwicklung und der Ausdrucksmöglichkeiten, die dem Kind zur Verfügung stehen. Es darf deshalb nicht für pädagogische Zwecke missbraucht werden. Nichts spricht gegen eine „Ludifizierung“ der Pädagogik – allerdings darf die spielerische Verpackung von Lerninhalten ein Ersatz für das freie Spiel der Kinder darstellen (HAMMER).

Dieses freie Spiel der Kinder ist für deren Entwicklung existentiell – nicht nur bei uns in Deutschland, sondern in allen Kulturkreisen auf unserem Globus (PASSOLT).

Was darüber hinaus angeleitetem, vom Erwachsenen initiiertes Spiel noch möglich ist, zeigt die bunte Palette dieses Buches.

Wir machen einen Spaziergang vom Spiel als Therapie (SCHMIDTCHEN), über das Bewegungstheater (TIEDT) zum Fußtheater (FISCHER) und zu den Jeux Dramatiques (GRUBER/BIERMANN).

Wir werden eingeführt in die spielerische Welt der Erlebnispädagogik (BRANDT), sowie in die Möglichkeiten, Akrobatik (MEYERDIERKS) oder die Jonglage (JOANS) als spielerische Form den Kindern und Jugendlichen nahe zu bringen.

Erweitert wird die bunte Vielfalt der spielerischen Betätigung durch MIEDZINSKI, der die Möglichkeiten aufzeigt, die in seinem Konzept der Bewegungsbaustelle für die kindliche Entwicklung stecken, sowie von SCHMIDT-KOTYRBA, die uns vor Augen führt, wie Tischspiele in der Psychomotorik genutzt und eingesetzt werden können.

Dass auch das Spielen mit Automaten für die Psychomotorik nicht abwegig ist, zeigt SCHILLING in seinem Forschungsbericht, in dem er deutlich machen kann, dass auch hier Einsatzmöglichkeiten zum Wohle des Kindes vorhanden sind.

Wem dies zu automatenhaft ist, der muss sich selbst Spiele erfinden. Anleitungen dazu findet er in dem Beitrag von ILMISCHER.

Spiele sind grenzenlos. Es kann überall, also auch im Wasser gespielt werden, wie uns CHEREK bildhaft deutlich macht. Es kann aber auch über alle Altersgrenzen hinweg gespielt werden, wie wir in dem spannenden Beitrag von EISENBURGER nachempfinden können.

Die Psychomotorik entfaltet sich in der Welt des Spiels. Ob wir mit Kindern oder mit alten Menschen beschäftigt sind: machen wir Psychomotorik, dann spielen wir. Was liegt also näher als sich mit dem Phänomen des Spiels auseinanderzusetzen.

Eine Einladung dazu wird in den folgenden Texten ausgesprochen.

Viel Vergnügen.

Richard Hammer, Michael Wendler  
und Sabine Wessel

## Das Spiel als psychotherapeutische Interventionsform

Stefan Schmidtchen

### Einleitung

Mir scheint, daß wir Erwachsene Probleme haben, ein kindliches Spielverhalten zu verstehen. Insofern dürfte es für uns auch schwierig sein zu definieren, was der Unterschied zwischen einem kindlichen Spielverhalten und einem Nicht-Spielverhalten ist und es dürfte noch viel schwieriger sein anzugeben, wann ein Spiel eine therapeutische Wirkung hat. Diese Wirkung soll nach SCHMIDTCHEN (1989) darin bestehen, daß das Kind durch das Spiel Erfahrungen macht, die sein seelisch-geistiges Wachstum fördern und zum Abbau vorhandener Verhaltensstörungen führen.

Ich glaube, wir Erwachsene haben deshalb Schwierigkeiten mit dem Verständnis eines kindlichen Spielverhaltens, weil wir uns wegen unserer jahrelangen Bewußtseins-erfahrungen unserer verflochtenen und distanzierenden Erwachsenenwelt nicht mehr vorstellen können, wie wir als Kinder der Umwelt begegnet sind und wie wir uns diese Umwelt durch unser Spielverhalten "verständlicher" gemacht haben. Unser Abstand zur Vorstellungswelt eines Kindes ist außerdem auch deshalb so groß, weil wir als Erwachsene anders spielen als Kinder. Unser Tennis-, Volleyball-, Fußball-, Musizier- oder Tanzspiel ist anders als das kindliche Spiel. Es ist weniger frei, stärker auf die Einhaltung von Regeln ausgerichtet und viel zu ergebnisorientiert. Als Erwachsene versuchen wir so zu spielen, daß wir möglichst perfekte Spieler werden und der Perfektionsgrad drückt sich nicht primär in der gestalterischen Freiheit der Spieltätigkeit aus, sondern im Ergebnis des Spieles. Wir sehen uns dann als gute Spieler im Tennis, Volleyball oder Fußball an, wenn wir erfolgreich spielen.

Diese Art des Erwachsenen-spieles hat nicht die gleiche Bedeutung und Wirkung wie die kindliche Spieltätigkeit. Der Grund liegt darin, daß Erwachsene

das Spiel nicht primär als eine sinn-suchende und schöpferische Tätigkeit der Bewußtseins- und Erfahrungserweiterung benutzen, sondern als eine Freizeitbeschäftigung ohne geistigem Wert. Kinder hingegen spielen, um geistige Erfahrungen zu machen, um Zusammenhänge zwischen ihrem bisherigen Weltbild und neuen Erfahrungen und Sichtweisen herzustellen. Sie probieren in ihrer Spieltätigkeit, wie in einer geistigen Werkstatt Verhaltensprogramme, Sinnesindrücke, Gefühlsmuster, motorische Tätigkeiten, Ideen und so weiter aus, mit denen sie neue Erfahrungen gewinnen und alte anders abbilden und ausdrücken können. Des weiteren vergleichen sie neue Verhaltensprogramme mit alten und versuchen sie so miteinander zu verbinden, daß sie ihre Interessen besser verwirklichen können.

Die kindliche Spieltätigkeit ist also eine Form der Informationsgewinnung und -verarbeitung und der sozio-emotionalen und motorischen Übung. Im Spiel werden die Erfahrungen des Kindes in szenischer Weise so gestaltet, daß sie als markante Eindrücke und Verhaltens-Drehbücher fortan vom Kind erinnert werden können. Dabei ist es ein Charakteristikum der Spieltätigkeit, daß in ihr nicht nur abstrakte Verhaltensprogramme entwickelt werden können, sondern auch lebendige, emotionale, soziale und motorische Ausgestaltungen dieser Programme. Im Spiel ist ein Kind alles: ein Produzent, ein Regisseur, ein Schauspieler, ein Zuschauer und auch ein Kulissenhersteller. Das Spiel fordert das Kind total. Es ist ganzheitlich in seinem Anspruch und Ausdruck. Einem Spiel kann man sich nicht entziehen. Es zieht alle unsere Kräfte und Fertigkeiten in seinen Bann. Es lebt von der Ich-Bezogenheit des Spielers und von seinem Streben nach Bedeutungssuche und Bedeutungsausdruck.



In den folgenden Kapiteln möchte ich die einzelnen Merkmale einer therapeutisch wirksamen, kindlichen Spieltätigkeiten näher darstellen und die Strategien einer therapeutischen Spielbegleitung schildern. Zum Schluß möchte ich dann noch auf die Bedeutsamkeit der Familienarbeit hinweisen. Da die Spieltherapie nie isoliert von einer Familientherapie durchgeführt werden sollte, ist die Beschreibung der Familientherapie wichtig.

## 2. Merkmale eines therapeutisch wirksamen Kinderspieles

Nicht jede kindliche Spieltätigkeit ist heilungsfördernd, das heißt entwicklungsorientiert und/oder auf den Abbau von gestörten Verhaltensprogrammen ausgerichtet. Zum Beispiel können Kinder einfach nur deshalb spielen, weil sie Lust an Bewegungen haben, Freude am Erinnern von Bildsymbolen (zum Beispiel im Memory-Spiel); Spaß am Sich-ärgern und Gewinnen (zum Beispiel im Spiel "Mensch-ärgere-Dich-nicht") oder am Lesen eines Buches. Therapeutisch wirksam sind nur die Spieltätigkeiten, in denen das Kind bestrebt ist, Innenwelt und Außenwelterfahrungen im Spiel auszudrücken und zu verarbeiten. Die Spieltätigkeit muß also einen geistigen Bezug zu inneren Erfahrungsmustern beziehungsweise Schemata herstellen und das Kind muß bestrebt sein, diese Muster im Spiel zu erproben, zu erweitern oder zu verändern. Der Psychologe PIAGET (1969) nennt diese geistige Beschäftigung Assimilation oder Akkommodation; es sind geistige Prozesse, in denen ein Lernen stattfindet, das aus einer Erweiterung oder Veränderung innerer Handlungsschemata besteht (siehe SCHMIDTCHEN 1991).

Versucht man die Merkmale aufzuzählen, die eine derartige heilungswirksame Spieltätigkeit charakterisieren, so kann man vier Aspekte nennen (siehe SCHMIDTCHEN 1991, 9 ff.):

1. Freiheit und Eigenverantwortlichkeit der Spielwahl, der Spielgestaltung, der Spieldauer, des Spieltempos und der Spannungsregulation.
2. Spontaneität und intrinsische Motiviertheit der Spielhandlung. Die Handlung muß im Zusam-

menhang mit Verhaltensprogrammen stehen, die sich im wesentlichen auf die Verbesserung der Selbstkompetenz, der Bedürfnisbefriedigung, der Beziehung zu den Eltern, des sozio-emotionalen Verhaltens und der Problemlösungsfähigkeit beziehen.

3. Anregende und angstakzeptierende Stimmung. Die Spiel-Stimmung sollte durch Neugier, Interesse an Gefühlen, erhöhte Angstakzeptanz und Spaß an spontanem Handeln gekennzeichnet sein. Außerdem sollte eine Lust zur geistigen Tätigkeit vorliegen und damit ein Wachheitszustand, der frei von Erschöpfung und Langeweile ist.

4. Benutzung der Phantasie zur Reproduktion von Verhaltensprogrammen und Wunschvorstellungen. Durch die Phantasie können Verhaltensprogramme und Wunschvorstellungen szenisch so gestaltet werden, daß sie einen hohen Erlebniswert mit großer geistiger Beteiligung gewinnen. Dadurch können die Phantasie-beziehungsweise Spielinhalte intensiviert, reproduziert und möglichst ganzheitlich bearbeitet werden. Auch die Symbolisierung von Erfahrungen in bildliche, begriffliche, bewegungsmäßige oder akustische Signale wird erleichtert. Deshalb lassen sich auch wichtige Spielszenen gut erinnern. Insgesamt wird die interne Informationsverarbeitung durch Phantasietätigkeiten besser genutzt.

Aufgabe des Spieltherapeuten ist es, die Kinder anzuregen, ihre Spieltätigkeit im Sinne dieser Merkmale auszuführen. Damit dies den Kindern gelingt, ist es vor allem erforderlich, daß der Therapeut eine neugierige, entspannte und Angst akzeptierende Haltung einnimmt und auf den Bezug der kindlichen Spieltätigkeit zur inneren Erfahrungswelt des Kindes hinweist. Man kann dies z. B. in folgenden Spielempfehlungen zum Ausdruck bringen. Sie sollten zu Beginn der Spieltherapie gegeben werden:

*"Hier in der Spieltherapie kannst Du mit allen Spielspielen, die dich interessieren. Du darfst selbst bestimmen, womit Du wie lange spielen willst. Wenn Du mit mir spielen möchtest, solltest Du es sagen. Ich werde dann gerne mitspielen. Wenn Du alleine spielen willst, ist es auch*

*gut. Dann setze ich mich zu Dir hin und versuche zu verstehen, was das Ziel deines Spieles ist und welche Erlebnis Du im Spiel hast. Besonders interessieren mich Spiele, in denen Du Deine Erfahrungen mit den Eltern, Klassenkameraden oder anderen Kindern ausdrückst. Interessant finde ich auch Spiele, in denen Du versucht etwas Neues auszuprobieren. Manchmal haben Kinder auch Lust, Erfahrungen aus der Schule, aus der Verwandtschaft oder dem täglichen Leben nachzuspielen. Dann interessieren mich auch diese Inhalte. Kurz-ich bin ein neugieriger Mensch, der Deine innere Welt kennenlernen will und der Dir helfen will, Dich selber besser zu verstehen und Deine Probleme besser lösen zu können."*

Damit Spieltätigkeiten auftreten können, die einen Bezug zur äußeren und inneren Erfahrungswelt des Kindes haben, sollten im Spielzimmer Spielsachen vorhanden sein, mit denen die verschiedenen kindlichen Bedürfnisse und Erfahrungen aktiviert und reproduziert werden können. Es sollte das Ziel einer Spieltherapie sein, Spielsachen anzubieten, mit denen seine Innen- und Außenweltergebnisse spielend repräsentieren kann.

Von großer Wichtigkeit sind dabei folgende Spielsachen: Sandkasten, Wasser, Kochecke, Kissen, Matten zum Bauen von Höhlen, ein Dreirad oder Gocard, Verkleidungskiste, Bauklötze, Lego, Puppenhaus, Puppen, Tiere, Bälle, kleine Menschen, Autos, Bücher zum Vorlesen, Malmaterial, einfache Rhythmusinstrumente, Spielzeugpistolen, Regel- und Gesellschaftsspiele, Kasperpuppen und so weiter (siehe SCHMIDTCHEN 1991).

Die Länge der Spieltherapie beträgt im allgemeinen für die Einzeltherapie 45 Minuten; für die Gruppentherapie (mit bis zu drei Kindern) 60 Minuten. Die Therapie findet einmal pro Woche statt und erstreckt sich im Durchschnitt auf ein Jahr, das heißt auf 25 bis 35 Kontakte. Sie findet in einem speziellen Spielzimmer statt, in dem das Kind ungestört vor Telefonanrufen oder anderem Unterbrechungen spielen kann. Das Spielzimmer sollte nur zum Spielen und nicht zu anderen, nicht spielerischen Tätigkeiten, wie zum Beispiel einer Bürotätigkeit, benutzt werden. Es sollte kein Arbeitszimmer sein! Um den therapeutischen

Charakter der Spieltätigkeit deutlich zu machen, sollte das Kind vor Beginn der Spieltherapie von den Eltern und vom Therapeuten erfahren, warum eine Spielbehandlung stattfindet. Es sollte im Verlauf von 3-5 Probekontakten auch entscheiden können, ob es eine psychologische Behandlung dieser Art akzeptieren oder ablehnen will.

Da vor jeder Spieltherapie eine ausführliche Diagnose des gestörten kindlichen Verhaltens in der Familie, in der Schule oder in anderen Sozialbereichen stattfinden sollte, ist der Bezug der Therapie zum Abbau der Störungsproblematik von Anfang an gegeben. Durch die Einbeziehung aller Familienmitglieder wie Eltern und Geschwister in die Klärung ihrer Anteile an der Verursachung des gestörten Verhaltens, wird deutlich gemacht, daß nicht das Kind allein für das gestörte Verhalten verantwortlich gemacht wird, sondern auch die anderen Sozialpartner. Zuweilen zeigt es sich bei der Störungsanalyse auch, daß primär die Eltern, Lehrer oder andere Personen das gestörte Verhalten ausgelöst haben und nicht das Kind.

Generell gilt, daß es sehr selten auftritt, daß kindliche Verhaltensstörungen allein vom Kind verursacht worden sind. Meistens ist es so, daß sich gestörte Kommunikationsstile beim schwächsten Glied in der Familie, meistens dem Kind, ausdrücken. Dann ist das Kind das "Opfer" von Verhaltensstörungen anderer Personen und nicht der Verursacher. Aus diesen Gründen ist die Durchführung einer Spieltherapie ohne eine familiäre Störungsdiagnostik nicht möglich.

## 3. Strategien einer therapeutischen Spielbegleitung

Der Spieltherapeut spielt mit dem Kind nicht in der Rolle eines erwachsenen oder kindlichen Mitspielers, sondern vorwiegend in der Rolle eines Psychotherapeuten. Die Merkmale dieser Rolle bestehen darin, daß er Kompetenz für das Erkennen, Verstehen, Erklären und Verändern von psychischen Störungen bei Kindern und Erwachsenen besitzt und daß er Verhaltensstörungen nicht nur im natürlichen Umfeld ihres Auftretens, sondern auch

in der Als-ob-Situation des Spieles und Spielers erkennen und behandeln kann.

Der Arbeitsplatz des Spieltherapeuten ist also das Spielzimmer. Die Instrumente und Veränderungsmedien seiner Heiltätigkeit sind die Spielzeuge, Spielthemen und Spielaktivitäten. Im Gegensatz zur Bewirker- oder Macher-Rolle in vielen Berufen, die mit leblosen Objekten, wie zum Beispiel einem Auto, zu tun haben, nimmt der Spieltherapeut eine Helfer-Rolle ein. Er ist ein Vermittler, Stimulator oder Katalysator von Selbstheilungshandlungen des Kindes und der anderen Familienmitglieder. Er gibt Hilfe zur Selbsthilfe, verdeutlicht den Vorteil von störungsfreien Verhaltensweisen und tritt für ein verständnisvolles partnerschaftliches Zusammenleben inner- und außerhalb der Familie ein.

Zu dieser Form des Zusammenlebens gehören bestimmte Merkmale der Kommunikation, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

- Bemühen um eine eindeutige Informationsvermittlung;
- gegenseitige Wertschätzung und Empathie;
- Übernahme von Verantwortung für sein eigenes Handeln und
- Fürsorge für Menschen in Abhängigkeits- und Notsituationen.

Wichtig ist des Weiteren, daß der Kommunikationsstil zwischen den Familienmitgliedern nicht anklagend, beleidigend, rationalisierend, verleugnend oder beschwichtigend ist (s. SAETR 1975), sondern respektierend, gefühlvoll und sachlich eindeutig. Gewaltanwendung, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch sollten kein Mittel zur Lösung von Konflikten sein, sondern alle Familienmitglieder sollten sich bemühen, Probleme lösungsbewußt zu bewältigen und sich auch Ängste, Unvollkommenheiten und Inkompetenzen einzugestehen.

Von besonderer Wichtigkeit für ein gesundes und heilungsförderndes Zusammenleben ist des Weiteren die gegenseitige Befriedigung von Grund-

bedürfnissen. Zu diesen Grundbedürfnissen gehören die Bedürfnisse nach Bindung und Zusammengehörigkeit; nach Achtung und Wertschätzung; nach Verständnis und Interesse füreinander; nach Hilfe beim Lernen von Autonomie und nach Achtung der persönlichen Selbständigkeit (s. ERIKSON 1966; MASLOW 1981, 1985; SCHMIDTCHEN 1989, 1991).

Beider Erziehung und Lebensförderung von Kindern ist besonders die Autonomieförderung von großer Bedeutung. Viele Verhaltensstörungen werden von Kindern nur deshalb gezeigt, weil die Kinder vor ihrer Familie in ihrem Selbstständigkeitsstreben von Vater und/oder Mutter nicht angemessen unterstützt werden und weil es den Eltern schwerfällt, Kinder Verantwortung für ihr Verhalten angemessen tragen zu lassen. Da jedes Kind in seiner Kleinkindzeit in hohem Ausmaß von der Lenkung und Fürsorge seiner Eltern abhängig ist, ist eine starke elterliche Lenkung immer der Ursprung einer Kindererziehung. Die "Kunst" der weiteren Erziehung besteht jedoch darin, dem Kind mit zunehmendem Alter so viele Möglichkeiten zur Eigenlenkung zu geben, wie es sie nutzen kann.

Dies ist auch das globale Ziel einer Familien- und Spielbehandlung: das Kind bekommt Anregungen und Möglichkeiten zur Autonomieverwirklichung und der Familie wird geholfen, Fehler in der Autonomieerziehung zu korrigieren. Dabei wird häufig sichtbar, daß die Eltern deshalb Fehler machen, weil sie die Kunst der Autonomieerziehung von ihren eigenen Eltern nicht gelernt haben.

Die Spieltherapie verfolgt also die primäre Aufgabe, das Selbstständigkeitsverhalten des Kindes so zu fördern daß das Kind immer stärker seine Handlungskompetenzen zur Eigenständigkeit verwirklichen kann. Konkret sieht die Förderung so aus, daß folgende Handlungskompetenzen gefördert und unterstützt werden:

- Sich selbst als Verursacher erleben;
- Suche nach sozialer Bindung;
- Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt;
- Ausdrücken seiner Kreativität;

- Suche nach sensorischer und motorischer Erfahrung;
- Suche nach oraler Befriedigung;
- Differenzierender Vergleich mit anderen Personen;
- Versuch, die die Sachumwelt geistig zu erfassen;
- Streben nach Wertschätzung;
- Vertreten der eigenen Interessen usw.

Diese Motive haben sich in einer empirischen Analyse des Spielverhaltens von 8 bis 9 Jahre alten Kindern ergeben, die eine Spieltherapie absolvierten (s. BOCK u. a. 1989, 353).

Die Strategien der therapeutischen Spielbegleitung orientieren sich in der Spieltherapie im wesentlichen an den gleichen Prinzipien, die KIPHARD (1983, 38) für die Mototherapie empfiehlt. Danach soll der Therapeut die therapeutische Situation nur in soweit organisieren, "als eraktionsanregende sensorische, motorische und soziale Lernprozesse in Gang setzt und die dazu benötigten Geräte und Materialien bereitstellt. Da die Eigenaktivität und Kreativität der Kinder im Vordergrund des therapeutischen Bemühens steht, sollte jede Idee zur Veränderung oder Erweiterung der (...) Situation aufgegriffen und der Realisierung zugeführt werden. Hier wird vom Therapeuten neben den von ihm ins Auge gefaßten Lernzielen ein großes Maß an Flexibilität verlangt."

Des Weiteren sollte der Therapeut ein Animator, das heißt ein Ermutiger des Kindes sein. Er sollte davon überzeugt sein, daß Kinder die Fähigkeiten besitzen, selbständig Verhaltensweisen zu erarbeiten, um ihr Selbst zu verwirklichen und ihre Handlungskompetenz zu verbessern. Außerdem sollte der Therapeut bemüht sein, seine "Antenne auf Empfang" zu schalten, so daß er spüren kann, "... was ein behindertes Kind in seinem Inneren an Konflikten erlebt." Der Therapeut "solltes sich ganz in das Kind hinein fühlen, hineinprojizieren, um es auch wirklich verstehen zu können. Intensive Zuwendung beruhigt und schafft eine instinktive

Vertrauensbasis zwischen dem Kind und Erwachsenen. Dazu muß man sich aber innerlich von allem anderen frei machen, und voll und ganz für das Kind da zu sein, wenn es Hilfe, Verständnis und echte emotionale Zuwendung braucht. Es dürfte klar sein, daß Zurechtweisungen und Tadel für ein behindertes Kind, das hart um sein bißchen Selbstbewußtsein ringt, unangebracht sind. Sierufen oft eine Assoziation an eine Plutähnlicher Vorwürfe, zum Beispiel aus dem familiären oder schulischen Bereich, hervor. Deshalb reagiert das Kind unter Umständen übersensibel. Seine Reaktion bezieht sich dann im Grunde auf die Summe ähnlich frustrierender Erlebnisse aus seiner Vergangenheit (s. Kiphard 1983, 38).

Im folgenden sollen die wichtigsten Strategien der therapeutischen Spielbegleitung kurz vorgestellt werden: Es sind Strategien zur Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient und Strategien zur Stimulation von (a) entwicklungsfördernden und (b) störungsabbauenden Selbstheilungsprozessen.

### 3.1 Strategien zur Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient

Die Art der Therapeut-Klient-Beziehung stellt das Fundament für die Ermöglichung heilsamer Veränderungen beim Klienten dar. Ohne ein sicheres und breites Beziehungsfundament sind Veränderungen beim Klienten nicht möglich. Da das Fundament aber nicht vom Therapeuten allein, sondern gemeinsam mit dem Klienten zu bauen ist, liegt die Verantwortung für die Sicherheit und Breite der Beziehung bei beiden Personen. Jede Person muß bestimmen, in welcher Weise sie das Beziehungsband zur anderen knüpfen und wie sicher sie die Beziehung erleben will. Insofern muß auch das Kind entscheiden, wie stark es sich mit welchen Anteilen in die Therapie einbringen will.

Aus der Bindungsforschung ist bekannt, daß die Bindung von Kindern zu ihren Eltern hinsichtlich der Qualitäten ("sichere", "ambivalente" oder "vermeidende" Bindung) variieren kann. Jedes Kind kommt auf Grund seiner Vorerfahrungen mit dieser Art von Bindungserlebnissen in die Therapie und wird letztlich auf dem Hintergrund dieser Muster seine Beziehung zum Therapeuten

gestalten; und da nicht alle Kinder eine 'sichere' Bindungserfahrung haben, wird der Therapeut in Krisen-situationen Bindungsängste, Bindungsverweigerungen, wechselnde Bindungsphantasien und so weiter beim Klienten erleben können. Der Therapeut sollte diese Bindungserwartungen verstehen können und sie zu handhaben wissen.

Da jedes Kind aber eine Sehnsucht nach einer sicheren Bindungs-Beziehung hat, kann der Therapeut erwarten, daß sein Angebot einer zuverlässigen, wertschätzenden und empathischen Beziehung vom Kind aufgenommen und im Rahmen seiner Möglichkeiten beantwortet wird.

Um dem Kind zu helfen, relativ schnell eine sichere Bindung zum Therapeuten aufzubauen, sollte sich der Therapeut besonders in den ersten Kontakten bemühen, eine verständnis- und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, in der Wachstumsphantasien angeregt und Ängste akzeptiert werden und in der der Klient viel Wertschätzung erlebt. Die einzelnen Merkmale einer heilungsfördernden Therapeut-Klient-Beziehung sind von SCHMIDTCHEN (1991, 92 ff.) wie folgt charakterisiert worden:

- Engagierte therapeutische Fürsorge für den Klienten;
- Schaffung eines anregenden, freundlichen, gefühlsoffenen und angstakzeptierenden psychologischen Klimas;
- Achtung und Wertschätzung für den Klienten;
- Bemühen um ein selbstkongruentes, widerspruchsfreies Therapeutenverhalten;
- Bemühen um eine dialogische Kommunikation mit dem Klienten.

Die genannten Merkmale kennzeichnen die Art der Bindungsbemühungen aus der Sicht des Therapeuten. Auf Seiten des Klienten ist es wichtig, daß sich für die einzelnen Beziehungsbemühungen des Therapeuten öffnet und von sich aus Wege findet, auf den Therapeuten zuzugehen. Dabei ist es für bindungsunsichere und bindungsvermeidende Kinder häufig sehr schwierig, ein mögliches Mißtrauen gegen die verständnisvolle und gefühlsoffene Art des Therapeuten abzubauen und

dessen Wertschätzung anzunehmen.

Für einige Kinder ist es des weiteren schwierig zu lernen, sich einer dialogischen Kommunikation zu stellen, in der jeder Partner möglichst intrinsisch motiviert, das heißt aus dem Zentrum seiner existentiellen Lebensbedürfnisse heraus, handelt.

Diese Kommunikationsform fordert vom Klienten sehr viel Mut und Vertrauen, weil er sich durch ein offenes Mitteilen privater Inhalte stärker verletzlich macht. Durch sein Mitteilen ist er stärker "gefährdet" als durch ein kontrolliertes und zurückhaltendes Verhalten.

### 3.2 Strategien zur Stimulation von 'entwicklungsfördernden' Selbstheilungsprozessen

In den folgenden zwei Kapiteln sollen Strategien zur Unterstützung der Selbstheilungsbemühungen des Klienten vorgestellt werden. Im Gegensatz zu anderen Therapierichtungen, wie zum Beispiel der Verhaltenstherapie, die stärker fremdsteuerungsorientiert ist, wird im hier vorgestellten Konzept der klientenzentrierten Spiel- und Familientherapie davon ausgegangen, daß die primäre Verantwortung für den Erwerb von Selbstheilungstätigkeiten beim Klienten liegt. Diese Erwartung gilt sowohl für den Eltern- als auch für den Kinderklienten.

Sicherlich ist es so, daß jüngere Kinder (zum Beispiel Kinder im Vorschulalter), in höherem Ausmaß von unterstützenden und heilungsfördernden Maßnahmen durch die Umwelt abhängig sind, als ältere Kinder; also eine umfassendere Fremdsteuerung benötigen. Generell kann man jedoch feststellen, daß auch bei jüngeren Kindern das Bestreben besteht, ihre Verhaltensweisen möglichst autonom auszuwählen. Damit sie dies tun können, sollten Eltern und Erzieher immer bestrebt sein, kindliche, das heißt einfache Formen der Umwelt- und Problembewältigung, zu akzeptieren, Fehler zu tolerieren und Hilfe so zu geben, daß das zum Teil lückenhafte kindliche Problembewältigungsverhalten diskret unterstützt wird. Das Kind sollte auf diese Weise lernen, ein eigenständiger Problemlöser zu werden.

In der Therapie sollen die Kinder schwerpunktmäßig lernen, ihre psychischen Probleme selbständig zu lösen. Dazu ist es zum Beispiel notwendig, daß sie zwischen heilungsfördernden und heilungshindernden Verhaltensweisen unterscheiden können und zunehmend motivierter werden, sich heilungsfördernd zu verhalten. Die Therapie kann also als eine "Lehrwerkstatt" zur Erarbeitung von gesunden und zum Abbau von gestörten Verhaltensweisen angesehen werden. Dabei ist der Therapeut der Lehrer, der den Klienten als Lehrling oder Geselle dabei unterstützt, die verschiedensten heilungsfördernden Verhaltensprogramme auszuprobieren. Er schaut ihm bei der Arbeit zu, gibt ihm die notwendigen Hilfen oder schützt ihn vor schweren Fehlern und seelischen Verletzungen. Außerdem macht er ihm Mut, wenn der Klient wegen der Schwere der Aufgaben zu resignieren droht.

Die Länge der Lehrzeit hängt von der Lernmotivation und Lerngeschwindigkeit des Klienten, sowie von der Schwere seiner zu bewältigenden Aufgaben ab. Je mehr Verhaltensweisen des Klienten gestört sind und je weniger Lust er zur Lösungsbewältigung aufbringt, um so länger wird die Therapie dauern.

Im folgenden sollen Therapeutenstrategien zur Unterstützung von Selbstheilungsprozessen mit der Zielsetzung einer generellen Entwicklungsförderung aufgezählt werden. Die Strategien sollen dazu dienen, dem Klienten Impulse zur Selbstfindung und Selbstgestaltung zu geben. Sie sind im Gegensatz zu den Strategien mit Störungsabbauder Zielsetzung (siehe Kapitel 3.3) non-direktiv und stehen unter dem Motto, den Klienten selbst Form und Ziel der Therapie bestimmen zu lassen, weil er am ehesten weiß, was für ihn gut ist und wo er mit der Behandlung ansetzen kann (s. AXLINE 1972).

Die einzelnen Strategien zur Entwicklungsförderung lauten nach SCHMIDTCHEN (1991, 99 ff.) wie folgt:

1. Markierung von heilungsfördernden und hindernden Prozessen;
2. Bemühen um ein Bedeutungs-Verstehen heilungswichtiger Klientenerfahrungen (Empathie 1);

3. Bewußtmachende Reflexion heilungswichtiger Klientenerfahrungen (Empathie 2);
4. Regulierung der räumlichen Nähe.

Die Strategien sollen im folgenden kurz vorgestellt werden:

ad 1: Die Markierung von heilungsfördernden und hindernden Prozessen bedeutet, daß der Therapeut in vielfältiger Weise nicht verbal oder verbal dem Klienten signalisiert, welche seiner Verhaltensweisen auf der Spiel- oder Realitätsebene heilungshindernd und welche heilungsfördernd sind. Die Signale zur Markierung von heilungshindernden Verhaltensweisen sollten möglichst vorsichtig gegeben werden, um Empfindlichkeiten gegen Tadel und Kritik zu berücksichtigen.

Bei häufig kritisierten Kindern ist es zuweilen hilfreich, Markierungshinweise sehr zurückhaltend zu geben, um dem Kind die Möglichkeit zur unbeeinflussten Selbstkorrektur zu eröffnen; denn meist ist es so, daß häufig kritisierte Kinder die problematisierenden Außenbewertungen ihres Verhaltens so verinnerlicht haben, daß sie sich gegen jegliche Bewertung, ob negative oder positive, wehren. Für diese Kinder ist es wichtig, daß sie in der Therapie Freiräume für ein ungestörtes Experimentierverhalten bekommen, in denen sie ausprobieren und bewerten können, welche Verhaltensweisen für sie angemessen sind.

ad 2: Das Bemühen um ein Bedeutungs-Verstehen heilungswichtiger Klientenerfahrungen wird als Empathie 1 bezeichnet. Es besagt, daß sich der Therapeut bemühen soll, die Verhaltensweisen des Kindes aus dessen Interessenslage zu verstehen. Die Güte seines Verständnisses kann der Therapeut daran überprüfen, ob er in der Lage ist, die Handlungsweisen und Bewertungen des Klienten so in Worte zu fassen, daß ein Außenstehender einen lebendigen Eindruck von den Motiven und der Persönlichkeit des Klienten erlangt.

Das erlebte Verständnis des Klientenverhaltens ist eine zentrale Voraussetzung in einer

partnerzentrierten, dialogischen Kommunikation. Es vermittelt dem Klienten die heilungswichtige Erfahrung, daß er vom Therapeuten in allen seinen Handlungen, Gedanken und Gefühlen als eine autonom handelnde Person gesehen wird, deren Handlungen einen bestimmenden Einfluß auf das Therapeutenverhalten haben. Der Klient kann also mittelbar aus dem Therapeutenverhalten feststellen, wie intensiv ihm der Therapeut zugesehen und zugehört hat. Er merkt dies daran, wie der Therapeut auf seine Handlungen und Gefühle reagiert. Der Therapeut sollte also responsiv handeln, indem er jedes Verhalten des Klienten ernst nimmt und es in seiner Handlungsantwort angemessen erwidert. Er sollte dem Klienten in seinem Responsivverhalten kundtun, daß dieser durch seine Handlungen, Gedanken und Gefühle eine kommunikative Macht besitzt. Dies ist ein Gefühl, das verhaltensgestörte Kinder nicht allzu oft in der Gegenwart von Erwachsenen haben, welches meist so ist, daß die Kinder Verständnis für die Interessen der Erwachsenen aufbringen müssen und ihre "Macht" höchstens durch das Zeigen eines "gestörten" Verhaltens kundtun können.

ad 3: Die bewußtmachende Reflexion heilungswichtiger Klientenerfahrungen wird als Empathie 2 bezeichnet. Sie besteht in einer Verbalisierung von Handlungsintentionen und Gefühlen des Klienten und dient dazu, dem Klienten auch verbal zu zeigen, ob und wie man ihn verstanden hat. Die Strategie kann auch dazu dienen, eine verbale Kommunikation über psychische Prozesse einzuleiten. Läßt sich der Klient darauf ein, was bei älteren Kindern häufiger geschieht, dann kann durch die verbale Kommunikation die Fähigkeit zur Selbstkommunikation verbessert werden und zur sprachlich korrigierten Rückmeldung und Selbstkontrolle. Beide Prozesse fördern die Bewußtmachung und können interne Planungs- und Entscheidungsprozesse erheblich effektiver gestalten.

ad 4: Die Regulierung der räumlichen Nähe zum Klienten symbolisiert den Umgang des Therapeuten mit der privaten Sphäre des Klienten.

Durch die Wahrnehmung einer angemessenen räumlichen Distanz demonstriert er dem Klienten die Akzeptanz seines privaten Raumes und seiner privaten Handlungen. Diese Respektierung ist besonders wichtig, da Kindern von Erwachsenen häufig nicht gestattet wird, private seelische Bereiche zu haben. In der Spieltherapie sollte deshalb von Anfang an deutlich gemacht werden, daß auch Kinder das Recht auf geschützte, private Gefühle, Gedanken und Wandlungen haben.

Da jede Form der körperbezogenen Begegnung zwischen Therapeut und Klient das Eindringen in den privaten Raum des Kindes beinhaltet, sollte man die Kinder nur mit ihrer Zustimmung berühren. Diese Zustimmung muß jedoch nicht immer in Form einer verbalen Erlaubnis erteilt werden, sondern kann auch durch feine körperliche Hinweise gegeben werden, wie:

- ein ruhiges Akzeptieren der Berührungen des Therapeuten;
- eine selbständige körperliche Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten;
- ein diskretes körperliches Hinwenden zum Therapeuten als bejahendes Signal auf dessen Kontaktwunsch.

Wichtig für eine körperbezogene Kommunikation ist, daß der Körper des Klienten nicht als Objekt oder Arbeitsgegenstand des Therapeuten gesehen wird (wie zum Beispiel bei einer Massage), sondern als beseelter Leib eines Menschen, den man nur berühren darf, wenn dieser es gestattet.

Die Erlaubnis zum Aufnehmen einer engen körperlichen Nähe bedeutet im allgemeinen die Akzeptanz einer großen geistig-seelischen Intimität. Diese Intimität von Seele und Körper kann Ausdruck einer zwischenmenschlichen Stimmigkeit beziehungsweise Ganzheit sein, die insbesondere für die Menschen befreiend und erlösend wirken kann, die aufgrund vieler unangenehmer Erfahrungen ihre körperliche und seelische Integrität verloren haben. Dies ist im allgemeinen durch körperliche Mißhandlungen und die Trennung von Körper und Gefühlen geschehen. Da der beseelte Körper dann nicht mehr kundtun kann, wie er auf andere Menschen

oder Umweltreize reagieren will, ist seiner legitimen Sprache beraubt worden und kann sich nicht mehr durch die Äußerung von Gefühlen schützen.

### 3.3 Strategien zur Stimulation von 'störungsabbauenden' Selbstheilungsprozessen

Während die im Kapitel 3.2 genannten Therapeutenstrategien primär zur Förderung von Selbstverwirklichungskompetenzen eingesetzt werden, sind die folgenden Strategien primär auf die Verhinderung eines gestörten Verhaltens und den Erwerb von Störungs-Bewältigungsverhaltensweisen ausgerichtet. Sie sind, um es pointiert zu sagen, störungszentriert.

Im klientenzentrierten Störungskonzept (s. SCHMIDTCHEN 1991) wird davon ausgegangen, daß in der Spieltherapie nur die Störungen erfolgreich behandelt werden können, die als verfestigte Handlungsprogramme vorliegen. Ihr Verfestigungsgrad ist unter anderem daran zu erkennen, daß der Klient in verschiedenen sozialen Situationen immer wieder dasselbe gestörte Verhalten zeigt; das heißt, daß das Zeigen des gestörten Verhaltens relativ umweltunabhängig ist.

Lerntheoretisch sind diese Verhaltensmuster stärker an interne Reize und Verhaltensketten gebunden, als an externe. Diese internen Reize können Gefühle, Gedanken, Pläne, Bewertungen, Zielprojektionen und so weiter sein. Sie werden vom Klienten in den differenzierten Abläufen der Informationsverarbeitung und Handlungsgestaltung (s. SCHMIDTCHEN 1991) mehr oder weniger unbewußt eingebaut und werden durch Identifikations-beziehungsweise Modelllernenprozesse (s. SCHMIDTCHEN 1989) erworben.

Einen großen Einfluß auf die Ausbildung von Verhaltensstörungen dürfte aber auch die Fähigkeit des Klienten zur eigenständigen Lösung von Problemen haben. Diese Fähigkeit ist bei verhaltensgestörten Kindern und Erwachsenen häufig sehr rigide oder lücken- und fehlerhaft ausgebildet worden, so daß es für verhaltensgestörte Kinder in der Spieltherapie hilfreich ist, zu lernen, wie sie ihre Problemlösungsfähigkeit verbessern können.

Empirische Untersuchungen von Spieltherapien haben ergeben (s. SCHMIDTCHEN 1978; HINNIES 1988), daß die Menge des Abbaus von Verhaltensstörungen signifikant mit dem Erwerb von Problemlösungsfertigkeiten korreliert. Des Weiteren wurde in einer anderen empirischen Untersuchung (s. BUCK u.a. 1989) gefunden, daß die gestörten Verhaltensmuster während der gesamten Spielbehandlung auftraten und zwar in der erfolgreichen Therapie des 9-jährigen Jan 1035 mal.

Parallel zu den gestörten Verhaltensmustern wurden in höherer Auftretenszahl jedoch auch Störungs-Bewältigungsmuster gezeigt, die 2610 mal, also zweieinhalbmal so häufig wie die gestörten Muster auftraten. Diese Störungs-Bewältigungsmuster lagen in unterschiedlicher Qualität vor, weil sich der Klient nur schrittweise an ein voll befriedigendes Störungsersatzverhalten heranwagte. Die Zahlen für ein "bedingt befriedigendes" Störungsersatzverhalten lauteten: 1226 mal und für ein "voll befriedigendes" Ersatzverhalten: 1338 mal.

Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, daß es nicht das Ziel des Therapeutenverhaltens ist, das Auftreten von gestörten Verhaltensmustern zu unterbinden, sondern daß es den Klienten im Verlauf ihrer Spiel- oder Nichtspieltätigkeit erlaubt wird, mit ihrem gestörten Verhalten zu experimentieren. Dieses Experimentieren ist Ausdruck eines selbstentdeckenden, beziehungsweise selbstbefähigenden Lernens (ROGERS 1974; SCHMIDTCHEN 1988), das in der Spieltherapie auf sehr unterschiedliche Weise stattfindet. Einerseits können die Kinder ihre gestörten Muster immer von neuem ausprobieren, um zu testen, ob und inwieweit die gewohnten Effekte eintreten. Andererseits können sie die Musterschrittweises modifizieren, um neue Wirkungen zu erproben und andere Interessen durchzusetzen.

Die Spieltherapie ist also eine besondere Form einer Lerntherapie, in der die Kinder in selbstentdeckender Weise probieren und neue Muster zur Problemlösung und Störungs-Bewältigung lernen können. Bei dieser Form der Lerntherapie steht das selbstgelenkte Lernen gegenüber dem fremdgelenkten Lernen (wie es in der Verhaltenstherapie gefördert wird) im Vordergrund. Auch wird mehr Gewicht - als in der Verhaltenstherapie - auf die Verknüpfung der Lernmuster

mit internen Handlungsreizen gelegt, als auf die Verbindung mit externen Reizen. Unter den internen Wandlungsreizen haben Werthaltungen und selbstkonzeptrelevante Verhaltensmuster einen hohen Stellenwert, in denen Einstellungen des 'Sich-Selbst-Mögens', der Toleranz für andere Menschen, der Bereitschaft zur Verhaltensflexibilität, des Verzichts auf aggressive Handlungen, der Frustrationstoleranz und des Befriedigungsaufschubes und so weiter erworben werden. Sehr wichtig ist auch der Erwerb von Handlungsmustern, in denen die Selbst-Durchsetzungsfähigkeit, Selbst-Erkenntnis, positive Selbst-Bewertung, Selbst-Zufriedenheit, Bedürfnisbefriedigung, Autonomie und so weiter gelernt wird.

Eine interessante Entdeckung aus der Spieltherapie ist, daß verhaltensgestörte Kinder durchaus ein sozial akzeptiertes Verhalten zeigen können. Sietun dies aber zum Erstaunen ihrer Eltern in den wesentlichen Problemsituationen nicht. Dies liegt wahrscheinlich daran, daß sich die Kinder durch ihre realen oder vorgestellten Interaktionspartner so gekränkt, entwertet, mißachtet, mißverstanden oder nicht beachtet fühlen, daß sie durch das Zeigen des 'gestörten' Verhaltens gegen diese Kränkungen protestieren. Dieser Protest baut sich erst dann ab, wenn die Kränkungen nicht mehr auftreten und/oder wenn sich die Kinder innerlich als souveräner erleben und sich besser gegen die Mißachtungen wehren können.

Im einzelnen lauten die Strategien zur Förderung von störungsabbauenden Selbstheilungshandlungen wie folgt (s. Schmidtchen 1991, 103 ff.):

1. Vorschläge oder Anweisungen;
2. Verhindern eines gestörten Verhaltens;
3. Zeigen eines Modellverhaltens;
4. Bedeutungs-Umformung unangenehmer Erfahrungen;
5. Hilfe durch körperbezogene Interventionen.

Die Strategien sollen im folgenden kurz geschildert werden:

ad1: Vorschläge oder Anweisungen dienen dazu, den Klienten zu bitten, das gestörte Verhalten zu unterlassen und statt dessen alternative Verhaltensprogramme zum Durchsetzen seiner Interessen anzuwenden. Fällt dies dem Klienten schwer, dann kann man ihm auch zeigen (s. Strategie 3), wie sein Störungsersatzverhalten aussehen könnte. Wird das gestörte Verhalten trotz der Bitte um Unterlassung immer wieder gezeigt, dann sollten die Anweisungen als Verbote ausgesprochen werden. Werden auch diese nicht geachtet (z.B. bei einem sehr störenden Verhalten wie körperlicher Gewaltanwendung, Zerstörung von Mobiliar oder Diebstahlverhalten und so weiter) dann sollte das gestörte Verhalten unterbunden werden (s. Strategie 2).

ad2: Die Verhinderung eines gestörten Verhaltens soll den Ablauf des problematischen Handlungsgeschehens unterbrechen. Sie ist eine Methode, um Eskalationen im Interaktionsprozeß zu vermeiden und um Besinnungspausen einzulegen. Das Verhindern wird durch Begründungen und beruhigende Gesten begleitet. Ziel des Verhinderungsverhaltens ist es, dem Klienten zu helfen, alternative Wege der Interessensdurchsetzung zu finden.

ad3: Verhaltensweisen mit Vorbildcharakter können von anderen Kindern (in einer Gruppentherapie) und vom Therapeuten gezeigt werden. Sie stellen szenische Verhaltensvorschläge dar, die vom Klienten nicht in mühsamer Versuchs- und Irrtumsarbeit selbst gefunden werden müssen. Sind die gezeigten Vorschläge für den Klienten akzeptabel, dann kann er sie relativ rasch anstelle des gestörten Verhaltens in seinen Verhaltensablauf einbauen. Möchten man die Möglichkeiten von modellhaften Verhaltensvorschlägen intensiv nutzen, dann empfiehlt es sich, statt der Einzeltherapie eine Gruppenspieltherapie zu wählen (s. Schmidtchen 1991). In der Gruppe geschehen zwischen den Kindern und zum Therapeuten so zahlreiche Interaktionen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit auch Verhaltensprogramme gezeigt werden, die das gestörte

Verhalten effektiv ersetzen können.

ad4: Viele gestörte Verhaltensweisen entstehen aus einer Fehlinterpretation von unangenehmen Erfahrungen. Kinder fühlen sich häufig durch andere Menschen und deren Verhalten mißachtet, gedemütigt, bedroht oder kritisiert und wählen als Erwiderung gegen diese Erfahrungen Verhaltensprogramme, in denen sie sich gegen die vermeintlichen Mißachtungen schützen und wehren können. Dabei merken sie aufgrund ihres empfindsamen Ichs nicht, daß die erlebten Kränkungen auf Fehlinterpretationen beruhen können und daß es sehr oft möglich ist, das Verhalten des Interaktionspartners auch anders als kränkend zu sehen. Diese Wahl einer anderen Sichtweise kann zur Bedeutungs-Umformung der ursprünglichen Interpretationen führen und damit zur Wahl von flexibleren Verhaltensprogrammen.

Es ist jedoch schwierig, Kinderklienten diese Methode der Sichtweisenänderung zu vermitteln, weil sie ihre egozentrische Position aufgeben müssen und weil sie im allgemeinen durch die vermeintliche Kränkung sehr mit der alten Interpretation verhaftet sind. Es hat sich aber in der Spieltherapie gezeigt, daß der Klient durch ein wiederholtes Nacherleben und Nachspielen der erinnerten Kränkungs-situationen einen affektiven Abstand zur ursprünglichen Sichtweise und damit eine größere Flexibilität zur Wahl einer neuen Sichtweise (Bedeutung) und Verhaltensweise gewinnen kann. Methodisch kann der Therapeut diesen Prozeß ähnlich wie in einem Psychodrama (s. L. ELIZ 1974) unterstützen. Er kann die spielerischen Inszenierungen als Dramatisierung psychischer Erlebnisse und Interpretationen sehen und kann dem Klienten dadurch helfen, daß er Empathie für die Kränkungs-gefühle und 'Rachetendenzen' des Protagonisten (der Figur, mit der sich der Klient im Spiel identifiziert) empfindet. Diese Empathie führt im allgemeinen zu einer seelischen Reinigungsreaktion (Gefühls-Katharsis), die den Klienten von der drückenden Last alter, verdrängter Affekte erleichtert und damit auch von Zwängen zur beständigen Wiederholung

alter Interpretationen und Verhaltensprogrammen.

Nachdem diese Gefühlskatharsis stattgefunden hat, ist es möglich, neue Wege für den Umgang mit der heutigen Anforderungssituation zu finden. Diese neuen Wege werden im Spiel und in der Realsituation geübt.

ad5: Körperbezogene Interventionen werden im Verlauf der Spieltherapie selten und dann auch nur andeutungsweise vorgenommen, denn ihr gezielter Einsatz erfordert eine entsprechende motopädagogische oder psychotherapeutische Ausbildung (s. KIRHARD 1983; SCHMIDTCHEN 1989).

Üblich ist es, im Rahmen der Spiel- und Familientherapie Hinweise über den Umgang mit Körperprozessen, insbesondere mit der Atmung, Muskelverspannungen, fein- und grobmotorischen Bewegungsstörungen oder Eß- und Schlafgewohnheiten und so weiter zu geben. Dabei ist es wichtig, daß der enge Zusammenhang zwischen Gefühlen, Gedanken und körperlichen Reaktionsweisen erklärt und verdeutlicht wird.

Da Gefühle immer nach einem körperlichen Ausdruck streben, ist ihre Vernachlässigung, Verleugnung oder Verdrängung meist mit körperlichen Symptomen wie Verspannungen, Atmungsproblemen, Magen- Darm-, Eß-, Kreislaufstörungen und so weiter verbunden. Eine Befreiung von Gefühlsunterdrückungen wie auch eine gefühlsöffnere Kommunikation führt aus diesem Grunde immer auch zu einem Abbau von körperlichen Symptomen. In diesem Sinne wirkt die Spieltherapie in unspezifischer Weise auch als eine Körpertherapie.

#### 4. Spieltherapie als Teil einer Familientherapie

Im Gegensatz zu früheren Spieltherapiekonzepten (z.B. A. XILINE 1972) wird die Spieltherapie heute als Teil einer Familientherapie gesehen; das heißt, sie geht von einer systemtheoretischen Betrachtungsweise aus. Ein gestörtes Kindverhalten wird nie allein auf psychische Störungsprozesse im Kinde zurückgeführt, sondern immer auch als Produkt

einer familiären Interaktion gesehen (S. SCHMIDTCHEN 1991).

Dabei wird besonders berücksichtigt, daß es gerade das Spezifikum einer Kind-Rolle ist, sich im Verhalten von beschützenden und unterstützenden Eltern und Erwachsenen führen zu lassen. Kinder werden rollenmäßig als unterentwickelt und zu Erziehende definiert. Sie werden deshalb stärker als Erwachsene vor gestörten Interaktionsprozessen ihrer sozialer Umwelt belastet. Aus diesem Grunde muß jede kindbezogene Therapie in eine Soziotherapie, das heißt eine Familientherapie oder Therapie des anderweitig gestörten Umfeldes, eingebettet werden.

Vor Beginn einer jeden Spiel- und Familientherapie findet eine Diagnose der Störungen statt, die die Interaktion aller Familienmitglieder berücksichtigen (SCHMIDTCHEN 1991). Ergibt sich aus der Diagnose, daß die Störungen auch auf der Einfluß anderer sozialer Systeme (zum Beispiel den der Schule) zurückgehen, so ist parallel zur Familien- und Spieltherapie auch eine Therapie der Schulsituation angezeigt.

Die klientenzentrierte Familientherapie ist vorrangig darauf ausgerichtet, einen partnerschaftlichen, unterdrückungsfreien und emotional offenen Kommunikationsstil herzustellen. In der Therapie soll gelernt werden, zwischen Ich-, Du- und Wir-Botschaften und Sachinformationen zu unterscheiden (SCHULZ VON THURN 1985). Anstelle von psychischen Anklage- oder Verteidigungsmechanismen soll eine ehrliche und gefühlkongruente Kommunikation hergestellt werden (s. SCHIR 1975). In der Therapie sollen die einzelnen Familienmitglieder lernen, wie sie ohne neurotische Abwehrmechanismen (EHLHART 1988) kommunizieren können.

Ein wichtiges Thema in der klientenzentrierten Familientherapie ist die Klärung der Rollenrechte und -pflichten des Kindes und der Eltern. Kinder haben andere Rechte und Pflichten als Eltern. So ist es beispielsweise eine vorrangige Aufgabe der Eltern, ihre Kinder bei ihrem Entwicklungsstreben zu unterstützen und ihnen Mut zu einem offensiven Umweltverhalten zu machen. Sie haben nicht das Recht, von ihren Kindern zu verlangen, die Probleme der Eltern zu lösen oder Enttäuschungen der Eltern aufzufangen.

Aus diesem Grund beschäftigt sich die Familientherapie nicht nur mit den Eltern-Kind-Interaktionen, sondern auch mit gegenseitigen gefühlsmäßigen Erwartungen des Mann-Frau-Paares. Dabei werden die Eltern nicht in ihrer Elternrolle, sondern in ihrer Rolle als Lebenspartner betrachtet und analysiert. Häufig zeigt es sich dabei, daß Mann und Frau ihre Liebes- und Lebensbeziehung nicht mehr befriedigend leben und daß ihr Unglücklichsein in das familiäre Klima und den Umgang mit dem Kind hineinspielt. Dann ist es durchaus denkbar, daß die Familientherapie zu einer Paartherapie wird.

In dieser Paartherapie können die Ehepartner ihre gegenseitigen und individuellen Interessen kundtun. Dabei kann es sich zeigen, daß sie außerhalb der Elternrolle ein eigenständigeres Paar- und Einzelleben aufbauen müssen und daß sie sich nicht zu sehr auf das Kind, sondern auf sich selbst konzentrieren sollten. Dies ist ein häufiges Ergebnis einer Familientherapie, die mit dem Ziel begonnen hat, ein gestörtes Kindverhalten zu therapieren und die dann zu einer Therapie der Erwachsenen wurde.

Üblicherweise werden in einer Familientherapie neben der Markierung gestörter Verhaltensweisen auch Hilfen zur Problembewältigung gegeben. Diese Hilfen sollten problem-lösungszentriert und nicht beschwichtigend oder lösungsvermeidend sein. Sie sollten sich an den Teilschritten eines Problemlösungsprozesses orientieren, die REVENSTORF (1985, 147 ff.) wie folgt charakterisiert hat:

1. Bestimmung des Problems;
2. Finden einer Motivation zur Lösung des Problems;
3. Beschreibung und Analyse der Auslösebedingungen des Problems;
4. Suche und Angabe der möglichen Lösungsziele;
5. Sammlung von Lösungsmöglichkeiten, bei der jedes Familienmitglied (also auch das Kind) beteiligt werden sollte;

6. Ausprobieren von Lösungsmöglichkeiten und Entscheidung für eine bestimmte Lösung;

7. Anwendung des gewählten Lösungsweises und gegebenenfalls Revision der Problemlösungshandlung.

Durch Gespräche, Rollenspiele und die Erteilung von Hausaufgaben kann den Familienmitgliedern geholfen werden, dieses Problemlösungsverhalten situationsgerecht anzuwenden. Beim Lernprozeß werden die Familienmitglieder immer wieder dazu aufgefordert, sich realitätsgerechte Rückmeldungen zu geben und die Probleme nicht als die Schuld eines bestimmten Individuums anzusehen, sondern als das Produkt einer fehlerhaften Familienkommunikation. Dabei ist es auch nicht sinnvoll, immer nur in die Vergangenheit zu schauen und sich zu fragen, warum man ein gestörtes Verhalten zeigt, sondern es ist effektiver, alle Energie auf eine Bewältigung der Probleme auszurichten. Die Bewältigung sollte gemeinsam vorgenommen werden (Mc. CUBBIN und FIGLEY 1983; zit. aus SCHNEEWIND 1987, 1007).

## 5. Fazit

Die Spieltherapie kann als eine sehr originelle Therapieform angesehen werden, weil sie im Gegensatz zu fast allen anderen Psychotherapiearten nicht das Wort zum Mittel der psychotherapeutischen

Veränderung benutzt, sondern das Spiel. Damit wird ein Kommunikationsmedium gewählt, das Veränderungsprozesse viel breiter flächiger stimulieren kann, als die Sprache; denn das Spiel spricht die Gefühlswelt, die Phantasie, die Gedanken und die Sensorik an und hat darüber hinaus noch den Vorteil des Quasi-Realitätscharakters, das Probehandlungen ermöglicht und beliebig oft korrigiert werden kann.

Im Rahmen dieser Probehandlungen können neue Verhaltensprogramme entwickelt und gestörte modifiziert werden. Das Probehandelnde therapeutische Spiel kann somit zu einer "Werkstatt der Handlungsplanung" definiert werden und bietet dabei mehr Möglichkeiten zur Verhaltenskorrektur an wie zum Beispiel eine Therapiemethode, die nur mit Worten arbeitet.

Durch die Einbettung der spielerischen Planungsprozesse in das reale Handeln in der Familie und mit dem Therapeuten wird zudem auch ein Realitätsstraining vorgenommen. Ohne diesen Realitätsbezug würde die Wirkung der Spieltherapie nicht vorliegen. Erst durch den Vollzug der im Spiel erworbenen Verhaltensprogramme in der Realität und durch realitätsbezogene Rückmeldungen kann ein Kind lernen, ob es sich auch wirklich angemessen verhält. Die Spielebene per se gewinnt also erst ihren psychotherapeutischen Charakter durch die Einbeziehung der Realitätsebene. Wird diese Einbeziehung in sorgfältiger Weise vorgenommen, dann kann das kindliche Spiel eine heilende Kraft für das Realitätsverhalten haben.

**Literatur**

- AXLINE, V. (1972 engl. 1947): Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt.
- BUCK, H., DINTER, G., VOGELZANG, L. (1989): Analyse des Störungsverhaltens, des Störungsbewältigungsverhaltens und des motivationalen Verhaltens anhand von Fallbeispielen erfolgreich abgeschlossener Spieltherapien. Diplomarbeit, Univ. Hamburg: Fachbereich Psychologie.
- EHLHARDT, S. (1988): Tiefenpsychologie. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- ERIKSON, E.H. (1966): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.
- HALEY, J. (1977): Direktive Familientherapie. München: Pfeiffer.
- HENNES, S. (1988): Analyse der Effekte des Therapeutenverhaltens im Rahmen der klientenzentrierten Spieltherapie. Diplomarbeit, Univ. Hamburg: Fachbereich Psychologie.
- KIPHARD, E. J. (1983): Mototherapie - Teil 1. Dortmund: Modernes Lernen.
- LEUTZ, G. (1974): Psychodrama. Berlin: Springer.
- MASLOW, A. A. (1981, engl. 1954): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt.
- MASLOW, A. A. (1985, engl. 1968): Psychologie des Seins. Frankfurt: Fischer.
- MC CUBBIN, H. J.; FIGLEY, C. R. (Hrsg.) (1983): Stress and the family. Vol. 1, coping with normal transitions. New York: Brunner/Mazel.
- MINUCHIN, S.; FISHERMAN, H. C. (1988): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- PAGET, J. (1969): Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart: Klett-Cotta.
- REVENSTORF, D. (1985): Paartherapie. In: REVENSTORF, D. (Hrsg.): Psychotherapeutische Verfahren. Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, 117 - 185.
- ROGERS, C. R. (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- ROGERS, C.R. (1974): Lernen in Freiheit. München: Kösel.
- SMIR, V. (1975): Selbstwert und Kommunikation. München: Pfeiffer.
- SCHMIDTCHEN, S. (1978): Handeln in der Kinderpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

## Gestaltung von Spiel- und Bewegungsräumen mit einfachen Bauteilen

Klaus Miedzinski

### 1. Grundidee der Bewegungsbaustelle

Das vor nunmehr 15 Jahren in ersten Schritten begonnene Konzept der Bewegungsbaustelle im Rahmen einer Projektarbeit am Institut für Sportwissenschaft der TU Braunschweig (inzwischen aufgelöst) ist vielerorts in Kindergärten, Schulen, therapeutischen Einrichtungen, Elternvereinen, Sportvereinen und Freizeiteinrichtungen in vielschichtiger Praxis umgesetzt. Selbst Plagiate haben zur Verbreitung zum Wohle vieler Kinder beigetragen, wenn auch nicht immer orientiert an der Grundidee. Diese Grundidee der Bewegungsbaustelle (LANDAU/MIEDZINSKI 1984) sei hier nochmals wiedergeben:

“Die Bewegungsbaustelle folgt in ihrer Grundidee dem Fröbelschen Holzbaukasten, der hier auf den großmotorischen Umgang mit Baumaterialien hin angelegt ist. Über die gegebene Ordnung in den Dingen und deren Aufforderungscharakter ergibt sich eine unmittelbare und bewegungsmäßige Auseinandersetzung wie sie schon Pestalozzi in seiner Naturgymnastik oder Margarete Streicher im Natürlichen Turnen jeweils beschrieben haben. Einfache Materialien wie z.B. Bretter, Balken, große Holzklötze, Autoreifen, Lkw-Schläuche, Styroporklötze, Drainagerohre, PVC-Rohre, Waschmitteltrommel, Teppichreste, Seile etc. bieten sich als Bauteile an. Im freien Umgang der Kinder mit dem Material kann man immer wieder beobachten, wie schon sehr junge Kinder in der Lage sind, im Sinne der “guten Gestalt” Strukturierungsleistungen beim Bauen zu erbringen und die von ihnen geschaffenen Situationen in eigener Bewegung zu erkunden. Formal betrachtet sehen solche Handlungsabläufe so aus: Aufforderungscharakter (Problem) - Deuten (aus dem Ding wird ein Akti-

onsding) - Bewegen (Funktionslust/Spielsinn) - Umdeuten - Bauen - Bewegen” (LANDAU/MIEDZINSKI 1984).

Die Idee der Bewegungsbaustelle geht auf die Arbeiten der Frankfurter Arbeitsgruppe (1982) zurück, die sich, mit dem Blick auf subjektnahes, erfahrungsoffenes Bewegungslernen, mit neuen Deutungsmöglichkeiten von Bewegung befaßte. Diese Arbeiten wurden zum Teil später in Braunschweig mit der “Werkstatt Sportdidaktik” (Idee: Gerd Landau) fortgesetzt. Dabei ging es vor allem um Planung und Realisierung neuer Bewegungsumwelten und praktischer Ausgestaltung von Bewegungsthemen. Daraus kamen auch Anstöße zur Entwicklung des Konzeptes der Bewegungsbaustelle, insbesondere zu deren materiellen Ausgestaltung. Dieser Entwicklungsprozeß wurde ständig weiter verfolgt (zuletzt in Seminararbeiten an der Universität Hannover), wobei immer wieder neue Bauteile entstanden und in Kindergruppen stets in der Bewegungs- und Spielpraxis erprobt wurden. Treffende Beschreibungen und positive Beurteilungen wurden jüngst von KIPPHARD (1996) und den Sportpädagogen LEIST (1993); HILDENBRANDT (1996) und LÄNGG (1997) vorgelegt.

### 2. Spiel- und Bewegungsräume gestalten

Die hier vorgestellten, praktischen Ideen greifen die anregenden und aufregenden Bewegungsthemen wie Schaukeln, Schleudern, Rotieren, Fahren und Wippen auf und bringen dafür geeignete Bauteile zur Anwendung. Anregungen für diese Entwicklungsarbeiten kommen aus den Arbeiten des Künstlers und Architekten KIRKELHAUS (1978), aus alten Turnschriften und manchen Besuchen von Baumärkten beziehungsweise



Handwerksbetrieben. Bei dem technisch anspruchsvolleren "Bauen in die Höhe" mußte zwangsläufig auf fertige Elemente aus der Arbeitswelt zurückgegriffen werden. Einfachheit und Durchschaubarkeit in der Nutzung (auch für Kinder) sollte erhalten bleiben. Ein Hamburger Sportpädagoge bezeichnete das wohl treffend als "Halbtechnologie". Kugellager und Karabiner-Wirbelhaken sind dabei die "aufwendigsten" Elemente, um Fliehkräfte, beziehungsweise Rotationen wirken zu lassen. Wenn auch mancher der Bauteile mit handwerklichem Können hergestellt wurden, läßt sich das eine oder andere Element selbst bauen. Die Grundidee der "Selbstgestaltung von Bewegungsanlässen" bleibt erhalten. Mit Fantasie können mit diesen einfachen Bauteilen und zusätzlich ausgewählten Materialien wie Autoreifen, Bretter, Walzen und ähnliches immer wieder neue "Bewegungsanlässe" erstellt werden.

Es lassen sich aber auch ganz gezielt ausgewählte Bewegungssituationen konstruieren, die ähnliche Wirkungen haben (s. Schaukelschwengel) wie "Sonderausstattungen" in therapeutischen Einrichtungen im Sinne einer vestibulären Stimulation nach J. AYRES (1984).

Die Bauteile sind einerseits in ihren Maßen und Herrichtungen für die Gegebenheiten der Standardeinrichtungen von Turnhallen ausgerichtet, um mit Hilfe von Reckanlagen, Barren, Turnringen, Turnbänken, Sprossenwänden die Turnhalle in ein "Spielparadies" umzuwandeln (s. Zeichnung), wie es schon mehrfach praktiziert wurde (MEDZINSKI 1991). Interessanter, aufregender ist jedoch, Bewegungsräume in Park und Wald, oder auf Spielaußengeländen mit Hilfe von kräftigen Bäumen und Schaukelgerüsten zu gestalten. Dabei sind

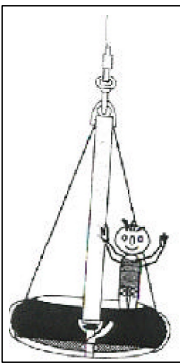


Abb. 1: Große Drehschaukel

zum Beispiel viel höhere Schaukelauflängen als in Turnhallen möglich. Auch lassen sich etwa in Kindergärten Flure, Vorräume zu Bewegungsräumen umgestalten.

### 3. Bauteile Loquito

Folgende Bauteile wurden in einem Schaukel-Karussell-Bausatzes, dem wir die Bezeichnung Loquito gegeben haben, zusammengefaßt:

Schaukelgurte,  
Endlosschlaufen,  
Befestigungsgurte,  
Karabiner-Wirbelhaken, Drehwirbel,  
Kettennotglieder,  
Drehscheibe,  
Karussell- und Schaukelplatte,  
Schaukel- Balanciergurt,  
Schaukelschwengel.

Der Gebrauch dieser Bauteile kann hier nur exemplarisch beschrieben werden:

- Ein einzelner Schaukelgurt, eingehängt in ein Paar Turnringe, ergibt einen Schaukelsitz.
- Wenn man zwei Schaukelgurte einhängt in zwei Paar Turnringe (jeweils 1. und 3. Ringe, 2. und 4. Ringe) und darauf eine Turnmatte legt, erhält man eine große Schaukelfläche, quasi einen "fliegenden Teppich".
- Die Endlosschlaufe ermöglicht Aufhängungen von Schaukeln an verschiedensten Vorrichtungen (Ringe, Reckstangen, Schaukelgerüst, Bäume).
- Mit Hilfe des Karabiner-Wirbelhakens sind Rotationen während des Schaukelns möglich.

- Die Drehscheibe mit hochwertigem Kugellager läßt schon durch leichte Veränderung der Körperhaltung (Arme beugen, Beine anziehen...), Impulsübertragung (Beschleunigung, Verlangsamung) in Erfahrung bringen. Mit zusätzlich darauf gelegtem Brett oder Turnbank, kann auf langem Hebelarm Karussell gefahren werden.

- Ein großes Karussell entsteht durch Einschieben der Drehscheibe in eine Schaukel-Karussellplatte. Die Schaukel-Karussellplatte läßt sich wiederum als Schaukel mittels vier Schlaufenaufhängen (s. Zeichnung).

- Vielfältige Schaukelsitze (Walzen, Motorradreifen, Bretter, Gurtschlaufen) lassen sich einhängen. Fedemde Aufhängungen (Gummizüge) verstärken Schaukelimpulse, beziehungsweise verleiten zu verzerrlichem Hopsen.

Die Bauteile werden unter der Bezeichnung "Loquito" -ein wenig verrückt- vertrieben. In unserem Konzept soll der Anspruch enthalten sein, Angebotsbereit zu stellen für Abenteuer und Risiko, Erlebnis und Lebensfreude durch Schaukeln, Rotieren, Schleudern, Fahren, Wippen, Balancieren einzeln oder in Gruppen. Es soll Anregungen geben für Groß und Klein, Alt und Jung, Geschickt und Ungeschickt, Mutig und Vorsichtig. Damit ist es möglich, im Sinne einer "integrativen Bewegungserziehung" Spielräume für alle zu schaffen.



Abb. 2: Fahren mit dem "Schlauchboot"

- in schneller Fahrt die schiefe Ebene hinabsausen,
- sich beim Fahren auf dem "Schlauchboot" mit dem Lkw-Schlauch gegen die Wand prallen lassen und abfedern,
- federnd balancieren auf dem "Schlappseil" (Balancier-Schaukelgurt) zwischen Reckpfosten.

- Balancieren auf dem Balanciergurt in der Barrengasse.

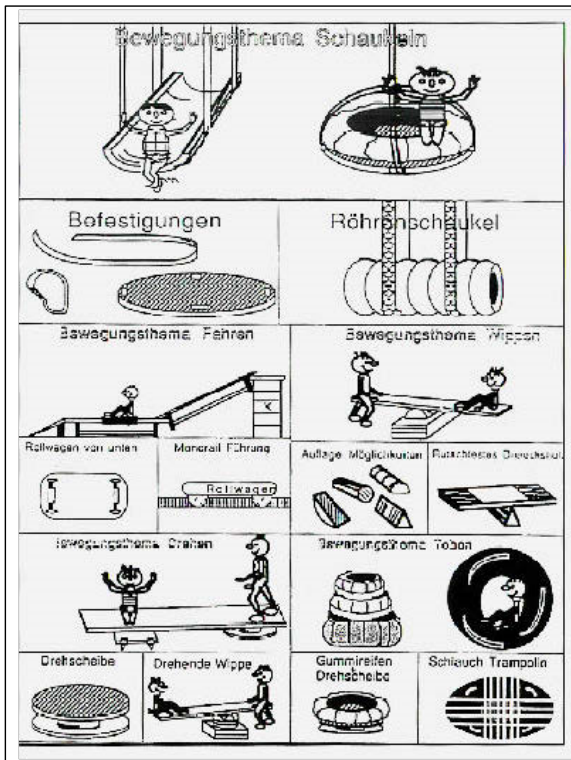
### 4. Beispiele für die Praxis

Folgendes ideenreiches Bewegungsgeschehen entwickelt sich schnell beim Ausprobieren der Materialien:

- Schaukeln und Rotieren mit Hilfe des Schaukelschwengels auf einem weichen Lkw-Schlauch sitzend,
- Wechsel von Beschleunigen und Abbremsen der Rotation auf der sich drehenden Turnbank,
- sich Schaukeln lassen mit geschlossenen Augen auf dem "fliegenden Teppich" liegend, oder ausgestreckt auf dem weichen Lkw-Schlauch,

- Für allereinfachste und schnell herzurichtende Bewegungsanlässe eignen sich besonders die Endlosschlaufen (150 cm Länge). Einmal dienen diese Schlaufen (um Reckstangen, starke Äste, Schaukelbalken geschlungen) als Aufhängepunkte für vielfältige Schaukeln. Zum anderen lassen sich darin schnell Bretter zur Aufhängung einlegen. Eine Turnbank verwandelt sich in eine schwankende Brücke, wenn sie mit den Schlaufen in die Barrengasse gehängt wird. Das sind wenige Beispiele aus zahlreichen Möglichkeiten, die fantasiebegabte Benutzer bald selbst herausfinden werden.

# Spaß am Spiel



## 5. Spielszenen von Kindern

Die hier beschriebenen Bewegungsszenen mit den entsprechenden Bauteilen gehen über die Einfachheit der ersten Materialien des Beginns der Bewegungsbaustelle weit hinaus. Bei jüngeren Kindern bedarf es im Gebrauch schon der helfenden Hand des Erwachsenen. In einigen Kindergärten in denen die Bauteile bereits im täglichen Einsatz sind, läßt sich die Wirkungsweise 'sich selbst tragender Spiel- und Bewegungsanlässe' gut beobachten. Hier gestalten sich die Kinder mit Hilfe der Bauteile ihre Bewegungsanlässe selbstständig nach ihren jeweiligen Wünschen und Bedürfnissen. Nach den ersten Spielgelegenheiten, die noch von Erwachsenen mit angeregt und hergerichtet werden, entwickeln sich schnell eigene Vorstellungen und Bewegungskünste.

So lassen sich etwa folgende Spielsituationen beobachten:

- Zwei Kinder lassen sich im Lkw-Schlauch sitzend (eingehängt in einen Schaukelschwengel) von anderen Mitspielern drehen. Bald danach wird dieser Schaukelsitz mit einer Decke behängt. Die Kinder auf dem Lkw-Schlauch wünschen noch mehr Drehung in ihrer 'schaukelnd-rotierenden' Dunkelkammer. Schwunggeben, Beobachten, Abwechseln, Lachen und Jauchsen bestimmen das Gruppengeschehen.

- In den Schaukelschwengel haben die Kinder zwei Motorradreifen als Sitze gehängt. Zwei Kinder sitzen darinnen und stoßen sich vom Bo-

den ab. Sie drehen sich wie in einem Kettenkarussell. Die eine Partnerin möchte aussteigen, es wird mit den Füßen abgebremst. Das größere Mädchen möchte ihren Sitz nicht verlassen, ihr macht das 'Dauerdrehen' scheinbar nichts aus. Bis zu drei verschiedene Kinder läßt sie nacheinander zusteigen, bis sie sich dann selbst eine Pause gönnt.



Abb. 4: Schaukeln mit dem "Schlauchboot"

Beim nächsten Mal legen die Kinder ein Brett in die beiden Motorradreifen, sie bekommen so eine drehende, wippende Sitzfläche.

Beobachtungen in unterschiedlichen Gruppen zeigen, daß der kreative Umgang mit den Materialien immer räumlich verläuft: Auslöser ist zunächst die anregende, mitreisende Bewegung, danach kommt der Wunsch nach Veränderung der Situation, was Einfachheit und Durchschaubarkeit der Materialien ermöglicht.

Diese Wandlungs- und Konstruktionsprozesse ähneln dem Freispiel der Kinder, das sie in

ihren nicht organisierten Freiräumen, in ihren Nischen und Verstecken, un beobachtet von den Blicken Erwachsener, praktizieren. Dort gestalten sie die räumlichen Gegebenheiten (Bäume, Mauern, Dächer) mit gefundenen Utensilien. Diese freigeählten Spielräume mit einem Maximum an Entscheidungs- und Handlungsfreiheit werden immer seltener. So ist es wohl unumgänglich, daß wir Erwachsene Kindern Angebote für Abenteuer und Risiko im Sinne attraktiver Spiel- und Bewegungsräume in gewisser Weise vorbereiten, ihnen quasi Spielsituationen in Rohform präsentieren, in denen Spielräume für Bauen und Umgestalten offen bleiben.

**Literatur**

- AYRES, J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- FRANKFURTER ARBEITSGRUPPE (1982): Offener Sportunterricht-analysieren und planen. Rowohlt.
- HILDEBRANDT, R. (1996): Die Bewegungsbaustelle. In: VONDER HORST, R. (1996): Handbuch Spielraum. Spielraum, 50-53.
- KIPHARD, E.J. (1996): Die Bewegungsbaustelle geht neue Wege. Dortmund: Praxis der Psychomotorik 4, 231 - 233.
- KÜKELHAUS, H.; Z. LIPPE, R. (1984): Entfaltung der Sinne. Frankfurt.
- LANDAU, G.; MIEDZINSKI, K. (1984): Projekt Bewegungsbaustelle. ADL (Hrsg.): Schüler im Sport - Sport für Schüler. Schorndorf: Hofmann, 336-339.
- LAGING, R. (1997): Die Bewegungswerkstatt - ein bewegter Lernort. Schorndorf: sportunterricht 12, 522 - 523.
- LEIST, K.-H. (1993): Lernfeld Sport. Rowohlt, 91 - 94.
- MIEDZINSKI, K. (1996): Die Bewegungsbaustelle. Dortmund: Modernes Lernen 1983, 7., erweiterte Auflage.
- MIEDZINSKI, K. (1991): Angebote integrativer Bewegungserziehung. Praxis der Psychomotorik 1, 12 - 15.
- MIEDZINSKI, K. (1991): Erlebnispädagogik in Südamerika. Kleine Schriften für Erlebnispädagogik Heft 9. Edition Erlebnispädagogik.
- MIEDZINSKI, K.; KAUSS, A. (1995): Prickeln im Bauch - Abenteuer in der Turnhalle. Seelze: Friedrich Jahresheft Spielzeit, 76 - 77.
- WERTHEIMER, M. (1964<sup>2</sup>): Produktives Denken. Frankfurt.