

Gruppenpsychotherapie mit Kindern

Gestalttherapeutische Perspektiven

Graduierungsarbeit

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Fachsektion für Integrative Gestalttherapie

Mag. Elisabeth Lass

Linz, Juli 2013

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Grundlagen zur Kindergruppentherapie	3
1.1 Literaturüberblick	4
1.2. Relevante entwicklungspsychologische Grundlagen	6
1.3 Rahmenbedingungen	11
1.4 Begleitende Arbeit mit Bezugspersonen	22
2 Wirkfaktoren der Kindergruppentherapie	25
3 Gruppenprozess	29
4 Methoden, Interventionen, inhaltliche Schwerpunkte	32
4.1 Vorhandene Konzepte in der IG mit Kindergruppen	33
4.1.1 Oaklander	33
4.1.2 Baulig & Baulig.....	35
4.1.3 Franck	37
4.2 Schulenspezifische Besonderheiten verwandter Therapierichtungen	44
4.2.1 Rahm - Integrative Therapie.....	44
4.2.2 Aichinger & Holl - Psychodrama	49
5 Reflexion des Gruppengeschehens und der einzelnen Kinder	52
6 Spezielle therapeutische Herausforderungen	54
7 Schlussfolgerungen	56
Literaturverzeichnis	59

Einleitung

Als Musiktherapeutin an der LNK Wagner-Jauregg Linz, Abteilung Jugendpsychiatrie, leite ich seit mehreren Jahren unter dem Fokus des kreativen Ausdrucks therapeutische Gruppen für Kinder und Jugendliche von 11-18 Jahren. Durch meine Ausbildung zur Integrativen Gestalttherapeutin, sowie einer Weiterbildung und Supervisionsgruppe bei Dr. Nitza Katz-Bernstein hat sich nun mein theoretisches Interesse am Thema „Gruppenpsychotherapie mit Kindern“ entwickelt. Eine weitere Inspirationsquelle habe ich in Rahms Buch „Integrative Gruppentherapie mit Kindern“ gefunden. Dieser inneren Energie gefolgt sind die Gründung einer Kindertherapeuten-Intervisions-Gruppe in Linz und schließlich die Planung, Organisation und Durchführung einer therapeutischen Mädchengruppe – einem Gruppentherapieprojekt für 11-13jährige Mädchen, gemeinsam mit meiner Kollegin Christine Lienhardt (Psychotherapeutin/ Integrative Therapie) im Kinderschutzzentrum Linz.

Meine Ausgangsfragen für die vorliegende Arbeit waren folgende:

- welchen spezifischen Beitrag bietet der Gestaltansatz für therapeutische Kindergruppen
- welche Ergänzungen, Differenzierungen oder korrigierenden Sichtweisen aus nahe liegenden Therapieschulen könnten darüber hinaus im Sinne einer schulenspezifischen Sichtweise hilfreich sein.

Um diese Fragen zu erörtern, stelle ich im ersten Teil der Arbeit allgemeine psychotherapeutische Überlegungen zum Thema Kindergruppe an: vorhandene Literatur, entwicklungspsychologischer Hintergrund, Rahmenbedingungen. Im zweiten und dritten Teil geht es inhaltlich um Wirkfaktoren und Gruppenprozesse, im vierten Teil um schulenspezifische Methoden und Interventionen. Bestehende gestalttherapeutische Konzepte für Kindertherapiegruppen werden dargestellt. Unter dem Aspekt – was davon hilfreich und ergänzend für die Integrative Gestalttherapie mit Kindergruppen sein kann, habe ich im folgenden Teil Literatur aus naheliegenden Therapieschulen – aus der Integrativen Therapie und dem Psychodrama herangezogen. Der Reflexionsprozess als wichtiger eigener Teil, sowie spezielle therapeutische Herausforderungen werden in Kapitel 5 und 6 behandelt. Ein

Resümee der Erkenntnisse mit dem Blickwinkel auf bereits vorhandene Ressourcen findet sich im abschließenden Teil.

Im Zuge meiner Recherchen habe ich mich auf das Thema „Kinder“ begrenzt, weil mit Jugendlichentherapie wiederum ein völlig anderes Themenspektrum (Liebe, Sexualität, Erwachsenwerden, Arbeit,...) verbunden ist und dieses über den Rahmen der Arbeit hinausgehen würde. Interessierte finden gestalttherapeutische Literatur bei Vogt und Winizki (1995) in „Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen. Ein integratives Modell“.

Noch zwei Hinweise für den Leser: Aufgrund der Lesefreundlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Kindergruppentherapie synonym mit Kindergruppenpsychotherapie verwendet. Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche oder weibliche Form steht.

1 Grundlagen zur Kindergruppentherapie

In meiner Arbeitsstelle, der LNK Wagner Jauregg, wurde immer wieder bekräftelt, dass es an Möglichkeiten zur ambulanten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche fehlt. Tatsächlich ist in allen therapeutischen Richtungen der Kindertherapie die Verbreitung von Gruppe im Vergleich zur Einzeltherapie viel geringer. Dies mag einerseits organisatorische Hintergründe haben – ambulante Gruppen sind aufwendiger als Einzeltherapien, Kindertherapien durch die zusätzliche Arbeit mit den Bezugspersonen komplexer als Erwachsenentherapien. Andererseits gibt es in Kindergruppen viele inhaltliche und gruppendynamische Herausforderungen, denen man sich als Therapeut gewachsen fühlen muss.

Gruppentherapie mit Kindern unterscheidet sich klar von der Gruppentherapie Erwachsener - hinsichtlich Materialien, Rahmenbedingungen, Bezugspersonenarbeit, Gruppengröße und – dynamik, zentralen therapeutischen Themen und Übertragungsmustern, sowie vom konkreten therapeutischen Angebot, den verwendeten Methoden und der Reflexionsebenen.

Zu den Besonderheiten von Kindern gehören: Bewegungsorientierung; hohes Entwicklungstempo; flexibles Glaubenssystem und Selbstkonzept; wenig (Anm. d. Verf. Lebens-) Erfahrung; Orientierung im Hier und Jetzt; kontextbezogenes, einfaches und konkretes Denken; hohe Imaginationsfähigkeit; großer Einfluss körperlicher Entwicklung; große Abhängigkeit von Umweltbedingungen; große Akkomodationsfähigkeit (vgl. Burr, 2013, S. 82).

Weiters beschränken sich Kinder nicht wie Erwachsene darauf, Phantasien, Gedanken und Wünsche zu verbalisieren – das Innenleben wird im Spielen und Handeln ausgedrückt.

Die Beachtung der Entwicklungsdynamik der Kinder, sowie oben genannter Besonderheiten führen notwendigerweise zu wesentlichen Veränderungen des Therapieangebotes in Form, Stil und Technik (vgl. Aichinger et. al., 2010, S. 12).

Neben der Abgrenzung von Kinder- und Erwachsenentherapie müssen auch die Unterschiede der Gruppen- zur Einzeltherapie mit Kindern benannt werden: Raumbedarf, Spielangebote,

Gruppendynamik, Übertragungsdynamik, sowie eine besondere Stunden-Struktur und Rahmenbedingungen

Zur Grundlage der vorliegenden Arbeit ist die schulenübergreifende Sichtweise von Katz-Bernstein und Zaepfel (2004) geworden. Diese postulieren, dass Integrative Gestalttherapie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schulenübergreifend stattfinden muss und nennen dafür vier konkrete Gründe:

- 1) Notwendigkeit von kontextbezogenem Arbeiten und dadurch erforderliche systemische Zugänge durch die spezielle Lebenswelt der Kinder und ihren Abhängigkeiten (psychisch, physisch, materiell)
- 2) Notwendigkeit der Methodenintegration, Verbindung zwischen tiefenpsychologischen (das kindliche Spiel an sich ist heilsam) und behaviouralen Ansätzen (Kinder brauchen Übung und Anleitung)
- 3) Notwendigkeit, auf aktuelles theoretisch-empirisches Wissen aus Säuglingsforschung, sowie Emotions-, Kognitions- und Sozialisationstheorien Bezug zu nehmen und schulenübergreifend Theorien zu entwickeln
- 4) Notwendigkeit zur Mehrperspektivität.

(vgl. Katz-Bernstein, Zaepfel, 2004, S. 369f)

1.1 Literaturüberblick

Spezifisch **gestalttherapeutische Fachliteratur** zum Thema „**Kindertherapie**“ bieten Oaklander (2011), Mortola (2011), Baulig & Baulig (2002), Katz-Bernstein et al. (2004), sowie zahlreiche Autoren des aktuellen Buches der Herausgeber Anger und Schön (2012). Ebenso finden Kindertherapie-Themen Beachtung in Graduierungsarbeiten der letzten Jahre aus der Fachsektion IG bei Brunner (2009) und Mair-Fellner (2013).

Im aktuellen Buch „Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (Anger, Schön, 2012) zeigt sich die Bemühung um eine Aktualisierung von Konzepten der Gestalttherapie für die

Kinder- und Jugendlichentherapie: Entwickeln einer konsistenten Entwicklungstheorie, spezielle Therapietechniken, sowie Auseinandersetzung mit hochaktuellen Themen wie PC-Sucht und die Arbeit mit „extremen“ Jugendlichen. Gruppentherapie als Settingsvariante wird allerdings nicht näher behandelt. Hervorzuheben ist allerdings ein Artikel von Fak (2012) zur Bedeutung des Spielens und der dialogischen Haltung in der Kindertherapie, der auch Relevanz für die Gruppe hat.

Zur **Gruppentherapie mit Kindern** sind im deutschsprachigen Bereich folgende Werke zu finden:

Aus dem Bereich der **Integrativen Gestalttherapie** ist „Gestalt-Gruppentherapie mit Kindern“ (Franck, 1997) zu nennen, sowie jeweils ein Kapitel aus „Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (Oaklander, 2011) und aus „Kindergestalttherapie“ (Baulig et al., 2002).

Rahm (2004) stellt einen ausführlichen Beitrag aus der Sicht der **Integrativen Therapie** dar: „Integrative Gruppentherapie mit Kindern“.

Aus dem **Psychodrama** gibt es eine umfassende Arbeit von Aichinger et. al. (2010) „Gruppentherapie mit Kindern. Kinderpsychodrama: Band 1“.

Heinemann und Vor der Horst (2009) stellen das Konzept einer „**Allgemeinen Psychotherapie**“ für den Bereich Kindergruppen dar: „Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Ein Praxisbuch“.

In meiner Arbeit werde ich mich hauptsächlich auf die oben genannten Standardwerke beziehen. Des Weiteren sind, ohne auf einzelne verfügbare Artikel in Fachzeitschriften oder Sammelbänden einzugehen, folgende Beiträge relevant:

„Einführung in die Gruppenpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen“ - ein Standardwerk von Slavson (1971) aus **psychoanalytischer** Sicht.

Im Bereich der **Lösungsorientierten Kurzzeithherapie** kann Furmann (2007) genannt werden: „Ich schaff`s! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritte-

Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten“ – ein Konzept, sowohl für das Einzel- als auch das Gruppensetting.

Unter dem Titel „Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen“ von Vogt und Caby (2010) finden sich schließlich zahlreiche exemplarische Darstellungen von methoden-, themen-, sowie störungsspezifischen Gruppen: Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie, psychoanalytisch interaktionelle Gruppen, Gruppen für Kinder in Trennungs- und Scheidungssituationen, sowie Mutmachgruppen für Kinder mit Ängsten.

Aus dem Bereich der **Verhaltenstherapie** gibt es eine Vielzahl von übungszentrierten therapeutischen Gruppen, die in dieser Arbeit aufgrund eines beziehungs- und prozessorientierten Schwerpunktes keine Berücksichtigung finden.

1.2. Relevante entwicklungspsychologische Grundlagen

Um therapeutische Prozesse, Wirkweisen und individuelle Entwicklungszusammenhänge verstehen zu können, ist es hilfreich, sich Erkenntnisse aus Entwicklungspsychologie, Hirnforschung, sowie Psychotherapieforschung zunutze zu machen.

Rahm bezieht sich auf

- Erkenntnisse der Bindungsforschung (Bohleber, Klitzing, Spangler, Zimmermann, Stern, Suess et al.),
- Erkenntnisse der Schutz- und Risikofaktorenforschung, beziehungsweise der Resilienzforschung (Dornes, Fonagy, Hoffmann, Eggle, Opp et al., Rahm, Kirsch),
- das Konzept der sozialen Sinnfindung (Zaepfel, Metzmacher), sowie
- ressourcenorientierte Konzepte (Klemenz, Metzmacher, Zaepfel, Petzold)

(vgl. Rahm, 2004, S. 157)

Ich möchte das Konzept der „Schutzfaktoren“ herausgreifen, sowie die „Bindungstheorie“ und das „Selbstkonzept“ als wichtige Entwicklungsthemen. Diese

scheinen für die Gruppe und das daraus folgende therapeutische Angebot von besonderer Bedeutung.

Die Bindungstheorie von Bowlby (1975) zeigt, dass sich **Bindungssicherheit** in den ersten Lebensjahren im interaktionalen Austausch zwischen Kind und zentral versorgender Bezugsperson entwickelt. Durch die Nähe der Mutter und ihr feinfühliges Verhalten erlebt der Säugling Sicherheit, Schutz und Versorgung. Der Säugling signalisiert aktiv seine Bedürfnisse – die Aufgabe der Mutter ist es, „*dass sie die Bedürfnisse und Affekte des Kindes angemessen wahrnimmt und angemessen und prompt darauf reagiert.*“ (Papoušek, 1998, zit. n. Rahm, 2004, S. 157)

Wenn dies immer wieder geschehen kann, entsteht eine sichere Bindung. Diese positive Wirkung wird auch aus der neurophysiologischen Forschung durch Bauer (2002) bestätigt.

„Sicher gebundene“ Kinder sind zuverlässig in ihren Bedürfnissen beantwortet worden und haben eine stabile Bindungsrepräsentation der Mutter oder des Vaters in sich entwickelt – sie haben lt. Zimbardo und Gerrig (1999) eine deutlich bessere Prognose für ihre Entwicklung von kognitiven und sozialen Fähigkeiten, als „ablehnend-unsicher“ gebundene, „ambivalent-unsicher“ gebundene und „desorganisiert-unsicher“ gebundene Kinder (vgl. Rahm, 2004, S. 157f).

Ist das Bindungsbedürfnis des Säuglings befriedigt, kann er seine Umwelt erkunden, die Mutter steht für die Rückversicherung zur Verfügung. Bei sicherer Bindung kann sich das Kind von der Mutter entfernen, bei zu großer Entfernung oder Auftauchen von Angst sucht das Kind wieder die Nähe der Mutter (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 52).

Die aus der Bindungstheorie hervorgehenden Themen für die Gruppentherapie können sein: Kontakt, Beziehung, Bindung, Trennung, Kommunikation, Wahrnehmen von Bedürfnissen, Nähe-Distanz-Regulierung.

Auch für die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes (Stern, 1992) sind die primären Bezugspersonen bedeutsam. Als Teilaspekt möchte ich daraus die „**Selbstwirksamkeit**“ herausgreifen.

Das Kind erlebt in seiner Umwelt, dass es durch seine Handlungen Wirkung auslöst und dass es dies selbst willentlich steuern kann. Daraus entsteht das Gefühl, die Kontrolle über eine Situation zu haben. Bemerkenswert ist die Erkenntnis, dass *„die Selbstwirksamkeitsüberzeugung häufig für den Erfolg in Anforderungssituationen entscheidender ist als die objektive Leistungsfähigkeit“* (Heinemann et al., 2009, S. 50).

Das bedeutet, dass ein Kind mit positiver Selbsteinschätzung seiner Handlungskompetenz, also mit gut ausgeprägter Überzeugung von Selbstwirksamkeit, sich eine Aufgabe eher zutraut als ein Kind, das gelernt hat, dass seine Handlungen nicht die gewünschten Erfolge erzielen. Bei objektiv gleicher Begabung gibt ein Kind eventuell bereits im Vorhinein auf, bzw. vermeidet diese, während das andere Kind dranbleibt und nach Lösungen sucht (vgl. ebd., S. 50).

Weiterführend bedeutet jede bewältigte Entwicklungsaufgabe auch eine Stabilisierung im Selbstwert, alle nachfolgenden Entwicklungsaufgaben sind jeweils durch die zuvor geschafften Herausforderungen leichter zu handhaben.

Heinemann et al. (2009) konnten durch langjährige Beobachtungen in ihren Gruppen bestätigen, dass Kinder in den Gruppentherapien hauptsächlich aus diesem Themenkreis von „Selbst“ und „Bindung“ Inhalte aktivieren (vgl. ebd., S. 67).

Rahm führt zudem aus: *„Für unsere gruppentherapeutische Arbeit gehen wir von der Hypothese aus, dass sich auch bei Kindern, die unter hochbelastenden Bedingungen aufwachsen, Beziehungsfähigkeit (weiter-)entwickeln kann, als Basis späterer emotionaler und sozialer Grundsicherheit, möglicherweise mit ähnlicher Wirksamkeit wie eine früh angelegte Bindungssicherheit. Gestützt wird diese These ... durch Studien, die belegen, dass positive Beziehungserfahrungen in der Psychotherapie langfristig wirken (zum Beispiel nachweisbar als neurophysiologische Veränderungen) und den Auswirkungen von positiver mütterlicher Zuwendung vergleichbar sind ...“* (Rahm, 2004, S. 158)

In der Resilienzforschung werden verschiedene Arten von **protektiven Faktoren** beschrieben:

- angeborene Schutzfaktoren wie Intelligenz, Aktivität, Robustheit, Beruhigbarkeit

- aus der Umwelt bereitgestellte Faktoren wie positive Beziehung zur zentral versorgenden Bezugsperson, gute Reflexionsfähigkeit der Bezugspersonen bezüglich der eigenen Lebensgeschichte, sowie deren Fähigkeiten, mit Belastungen umzugehen
- Schutzfaktoren, die selbst entwickelt werden können.

Für die Therapie besonders bedeutsam sind diejenigen **Schutzfaktoren, die von den Kindern selbst entwickelt werden können:**

- Realistische Überzeugung von Selbstwirksamkeit
- Reflexionsfähigkeit
- Solidarität
- Androgynität

(vgl. Rahm, 2004, S. 158f)

Realistische Überzeugung von Selbstwirksamkeit: Werden Aufgaben und Herausforderungen erfolgreich bewältigt, entsteht daraus die Sicherheit einer Selbstwirksamkeit. Diese kann auch später erinnert werden. Voraussetzungen dafür sind eine realistische Selbst- und Situationswahrnehmung, sowie Strategien zur Problembewältigung.

Reflexionsfähigkeit: Unter dem Begriff wird die Fertigkeit verstanden, *„sich selbst, den anderen, die Beziehung und die gegenwärtige und vergangene Situation reflektieren, verstehen oder als verstehbar vorstellen zu können, und zwar sowohl als kognitive als auch als emotionale, empathische Einsicht.“* (Rahm, 2004, S. 159) Voraussetzung dafür ist die sogenannte „Exzentrizität“ – gemeint ist die Möglichkeit zur inneren Distanzierung aus gefühlsmäßig überflutenden Zuständen, sich *„Überblick, Zeit und Handlungsfreiheiten zu erschaffen“* (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1999, zit. n. Rahm, 2004, S. 159).

Solidarität: Gemeint ist die Fähigkeit, gute, verlässliche und belastbare Beziehungen zu Peers knüpfen und auch halten zu können - Die Peer Group erfüllt von der kindlichen Entwicklung bis zur Adoleszenz wichtige Funktionen wie aktives Ausleben von Konflikten im Spiel, Ausprobieren und Einüben neuer Rollen, Überwindung des Egozentrismus und Stärkung von

Gemeinschaft (vgl. Aichinger et al. 2010, S. 9). Voraussetzung für Solidarität ist Empathie für sich selbst und andere.

Androgynität: Dies meint das Aneignen von Fähigkeiten, die eher dem anderen Geschlecht zugeordnet werden und ist für diejenigen Kinder bedeutsam, die unter Risikobedingungen aufwachsen. Das sind bei Mädchen verbales und körperliches Durchsetzungsvermögen bis hin zu aggressiven Verhaltensweisen, bei Jungen hingegen Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdfürsorge.

Diese Schutzfaktoren sind in der Praxis natürlich nicht deutlich voneinander abgrenzbar und gehen ineinander über, können aber als Anregung für den Therapeuten dienen, in welchen Bereichen konkret Angebote zu setzen sind (vgl. Rahm, 2004, S. 158f). Diese werden in Kapitel 4.2.1 näher beschrieben.

Rahm (2010) plädiert weiters dafür, der Förderung dieser Schutzfaktoren und Bindungssicherheit in allen therapeutischen Ausrichtungen einen größeren Stellenwert einzuräumen und entwickelt auch aus diesem Fokus ihr gruppentherapeutisches Konzept. Die Entwicklung dieser Schutzfaktoren sieht Rahm als übergeordnetes Ziel der therapeutischen Arbeit (vgl. ebd., S.23).

„Eine wesentliche Voraussetzung für eine ‘gute’ Entwicklung, die an bereits vorhandene Grunderfahrungen des Versorgt- und Getragen-Werdens im Mutterleib anknüpft, besteht in einer grundsätzlichen Bestätigung meines Daseins in dieser Welt. So wie ich in diese Welt geboren wurde...so darf ich sein. Und dieses Sein-Dürfen bekomme ich – nicht immer, aber doch grundsätzlich – bestätigt, indem ich meinen jeweiligen Bedürfnissen entsprechend angeregt, gesehen, genährt, gehalten, und in Ruhe gelassen werde...Gemeinsam mit diesen Mitmenschen entwickle ich mich und entwickeln wir uns. Das beinhaltet: sich aufeinander einlassen und sich voneinander abgrenzen; s ich selbst und die anderen im Ähnlich-Sein und im Unterschiedlich-Sein kennen und verstehen lernen. Das ist gleichzeitig einfach und sehr schwer. Zum Glück verfügen Menschen über ungeheuer vielfältige Fähigkeiten, mit Schwerem umzugehen.“ (Rahm, 2004, S. 66)

Aus diesem Wissen folgen **therapeutischen Grundbedingungen**, welche für die Kinder in einem passenden Maß an Anregung, Herausforderung und Ermutigung geschaffen werden

sollen: Die Kinder sollen die Möglichkeit bekommen, sich sowohl mit ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten, ihren Kontaktfähigkeiten, als auch mit ihren Defiziten und Schwierigkeiten, sowie belastenden Gefühlen auszudrücken und zu zeigen. Sie sollen vielseitige Gelegenheiten haben, in diesem Ausdruck von den Therapeuten oder Kindern wahrgenommen und verstanden zu werden, um sich selbst wahrnehmen, verstehen und annehmen zu lernen (vgl. Rahm, 2004, S. 79f).

Neben dieser atmosphärischen Basis gilt es auch, sich mit verschiedenen, nachfolgend dargestellten organisatorischen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen.

1.3 Rahmenbedingungen

Ein übergreifendes Modifikationskonzept der Gruppenpsychotherapie mit Kindern findet sich in Heinemann et al. (2009) und ist aus den Integrationsannahmen einer „Allgemeinen Psychotherapie“ entwickelt worden. Es werden, noch schulenunabhängig, wichtige Rahmenbedingungen benannt, die vor Beginn einer Gruppe geklärt werden müssen:

- *Lebensalter und Entwicklungsalter* (der teilnehmenden Kinder, Anm. des Verf.),
- *Gruppengröße*,
- *Geschlecht*,
- *Indikation vs. Kontraindikation*,
- *störungsheterogen vs. störungshomogen*,
- *geschlossene vs. offene Gruppe* (bzw. halboffen, Anm. des Verf.),
- *pragmatische Bedingungen* (Raum, Zeit),
- *Zusammensetzung des therapeutischen Teams*,
- *Aufbau einer Sitzung*.

(Heinemann et al., 2009, S. 81)

Das **Alter** der Kinder für eine Gruppentherapie sollte sich nicht mehr als zwei bis maximal drei Schulstufen voneinander unterscheiden. „*Kinder und Jugendliche erleben*

Identitätsveränderungen in dieser Zeit oft so, als lägen Welten zwischen zeitlich dicht aufeinander folgenden Entwicklungsschritten. Zwischen diesen 'Welten' gibt es – trotz bestehender Neugier – starke Abgrenzungsbestrebungen.“ (Rahm, 2004, S. 14)

Zu beachten ist vor allem das **Entwicklungsalter** des Kindes im Vergleich zum **realen Lebensalter**.

„Der 14 ½ jährige Peter ist in seiner Entwicklung eher retardiert und wirkt in vieler Hinsicht noch sehr kindlich. Die 13-jährige Ute ist zwar in Bezug auf Vernunft und Übernahme von Verantwortung eher progrediert, war aber häufig überfordert (in einer früheren Gruppe, Anm. des Verf.). ... Für sie sehen wir in dieser Zusammensetzung eine Chance zum Nachholen, zum Füllen von Löchern. ... Die beiden 11-jährigen Jungen Adrian und René sind überdurchschnittlich intelligent und schulisch eher unter- als überfordert. Wir gehen davon aus, dass sie den Größeren in vielerlei Hinsicht „gewachsen“ sein werden.“

(Rahm, 2004, S. 15)

Unter einem Alter von 4 Jahren findet Spiel hauptsächlich in der Dyade statt, erst danach lassen sich Gruppenprozesse mit der Fähigkeit zum Konstruieren eines „dramatischen Rahmens“ beobachten (vgl. Fried, 2004, zit. n. Aichinger et al., S. 17).

Zur **Gruppengröße** findet man je nach Klientel und geplanten Therapieinhalten variierende Angaben. Heinemann et al. (2009) gehen bei einem Therapeutenpaar von 5-8 Kindern aus, bei einem einzeln arbeitenden Therapeuten von 3-5 Kindern (vgl. ebd., S. 82); Rahm schreibt aus dem stationären Bereich von 3 Erwachsenen und 5 Kindern (vgl. Rahm, 2004, S.11f), bzw. bei einem Leitungsteam von 3-4 Personen 4-6 Kinder. Aichinger et al. nehmen im Kindergartenalter maximal 4 Kinder, bei Schulkindern maximal 6 Kinder in die Gruppe bei 2 Therapeuten (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 19f). Franck schreibt ebenso von 6 teilnehmenden Grundschulkindern bei 2 Therapeuten (vgl. Franck, S. 81). Oaklander hat ihre Vorliebe für Gruppengröße bei 3-6 Kindern bis zum Alter von 8 Jahren, bei älteren Kindern können es 6-10 Teilnehmer sein, bei 2 Therapeuten (vgl. Oaklander, 2011, S. 354).

Zusammenfassend könnte man sagen, dass sowohl Alter (je jünger, desto kleiner) und Grad der Störung (je stärker, desto kleiner) eine Rolle spielen, als auch pragmatisch das „Angebot“ an Kindern, die auf die Gruppe warten, eventuell auch, wie sehr das therapeutische

Setting strukturiert ist (je weniger, desto kleiner). Weiters hängt die Gruppengröße von der Option für mehrere Gruppenleiter ab (je weniger, desto kleiner) und nicht zuletzt von der Größe des Therapieraumes.

Bezüglich **Geschlecht** kann man festhalten, was auch unter dem Begriff „Arche Noah-Prinzip“ bekannt ist – *„wenn sich Teilnehmer in Bezug auf ein Merkmal krass von der Mehrheit der anderen TN unterscheiden, sollten sie mindestens zu zweit sein, um zu ‘überleben’“* (Mattke, Reddemann, Strauß, 2009, S. 121), andernfalls sei die Gefahr der Isolation hoch. Dies gilt sowohl für Geschlecht, als auch für Alter oder Diagnose (vgl. ebd., S. 207). Mit dem Hinweis auf die Alltagsrealität wird hauptsächlich in gemischtgeschlechtlichen Gruppen gearbeitet, bei spezifischen Themen der Geschlechtsabgrenzung oder der Identifikation mit dem eigenen Geschlecht jedoch zu Gesprächen/ Übungen/Vorbereitung auch in geschlechtshomogenen Kleingruppen (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 82). Ein schönes Beispiel für eine solche gelungene Intervention findet sich auch unter dem Titel „Die Tampon-Frage“ bei Rahm (2004): Zwei Mädchen finden unmittelbar vor der beginnenden Gruppenstunde ein benutztes Tampon und bringen es kichernd und grinsend in die (gemischte) Gruppe mit. Die Therapeutin fragt die Kinder, ob sie eine Erklärung wollen, was das sei und wozu man es benutzt. Schließlich macht sie deutlich, dass sie dafür einen persönlichen und geschützten Raum braucht, wenn sie über ein so intimes Thema sprechen soll und zieht sich mit den beiden Mädchen für diesen Zweck in ein Dreiergespräch zurück, in dem es auch um weibliche Entwicklung und Sexualität geht. Diese schützenswerten Themen können in der geschlechtshomogenen Kleingruppe am besten besprochen werden (vgl. Rahm, 2004, S. 162).

Ein interessanter Querverweis taucht noch bei Brem (2008) auf – er spricht sich mit Bezug auf die Gender-Forschung für geschlechtshomogene Gruppen (auf Psychodrama bezogen) aus, weil diese den Jungen und Mädchen eine tiefergehende Bearbeitung ihrer Konflikte ermöglichen (Brem, 2008, zit. n. Aichinger et al., 2010, S. 20).

Aus eigener Erfahrung mit einer Gruppe von Mädchen im Alter von 11-12 Jahren, die Missbrauchs- oder Gewalterfahrung haben, hat sich die geschlechtshomogene Gruppe sehr bewährt: Allgemeinen Themen von Beziehungsgestaltung bieten bereits genügend Herausforderung – sie können in der Mädchengruppe sachte ausprobiert werden, ohne von auftauchenden sexuellen Themen überlagert zu werden. Die entstehende Mädchen-Solidarität wirkt darüber hinaus stärkend.

Das Beispiel einer therapeutischen „Jungengruppe“ unter der Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben wird bei Spierling (2010) dargestellt.

Als **Indikationen** für eine Kindergruppentherapie werden aus dem Bereich der ICD-10-Diagnosen benannt: internalisierende Störungen wie Ängste, soziale Hemmungen, depressive Störungen und verringertes Selbstwertgefühl, aber auch externalisierende Störungen wie oppositionelle, aggressive oder dissoziale Störungen. Auch Kinder mit Frühstörungen können von der Gruppe profitieren. Unabhängig von der Symptomebene wird als „allgemeine klinische Regel“ genannt, dass Kinder, für die eine Gruppe bessere Möglichkeiten bietet, sich und ihre Probleme darzustellen, gruppentherapeutisch statt im Einzelsetting behandelt werden sollen (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 17f).

Nicht zu vernachlässigen ist die „intersubjektive Indikation“, auch „Passung“ genannt – *„Kann ich als Therapeut mit meiner Persönlichkeit und Erfahrung mit diesem speziellen Kind in dieser Gruppenzusammensetzung arbeiten?“* (ebd., S. 18). Daneben existiert noch die „zielorientierte Indikation“ – Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen können am besten in der Gruppe verändert werden (vgl. ebd., S.18).

Als **Kontraindikation** beschreibt Rahm Kinder, die so verhaltensgestört sind, dass es in der Gruppe nur noch um Schadensbegrenzung geht – oft stelle sich das aber erst während des Gruppenprozesses heraus.

Als allgemeiner klinischer Konsens gilt, keine psychotischen Patienten in eine Gruppe zu nehmen.

Wenn bereits vor der Gruppe massive Antipathien zwischen einzelnen Kindern bestehen, wäre dies ebenfalls eine ungünstige Voraussetzung.

Als Besonderheit im Setting möchte ich noch die kombinierte, gleichzeitige Einzel- und Gruppentherapie benennen. Mattke et al. bezeichnen die meiner Erfahrung nach weit verbreitete Angst, dass gleichzeitige Einzel- und Gruppentherapie (im zitierten Zusammenhang Einzel- und Gruppenanalyse) ungünstig oder kontraproduktiv sei, schlichtweg als „Mythos“ (vgl. Mattke et al., 2009, S. 115). Offen bleibt die Frage, ob hier

gemeint ist, dass derselbe Therapeut Einzel- und Gruppentherapie für den Patienten anbietet (und welchen Einfluss dies auf die therapeutische Beziehung hat), oder ob es dann parallel zwei Therapeuten gibt.

Auch meiner Erfahrung nach können Einzel- und Gruppentherapie gewinnbringend ineinander verzahnt werden. Eine parallele, stützende Einzeltherapie kann für ein Kind die Teilnahme an einer Gruppe manchmal überhaupt erst ermöglichen und einen eigenen Raum bieten, wichtige Gruppenerfahrungen reflektieren und einordnen zu können.

Manchmal ist Gruppentherapie für ein Kind die einzige Möglichkeit, Therapie zu bekommen, weil sie leichter finanzierbar ist oder der Zugang zu bereits ausgeschriebenen Gruppenangeboten niedrigschwelliger sein kann. Nicht zu unterschätzen ist weiters, in welchem Setting sich das Kind selbst sieht, falls die Möglichkeit sowohl für Einzel- als auch Gruppentherapie besteht (vgl. Rahm, 2004, S. 109).

Auf die Frage, wie erfahrene Therapeuten ihre Patienten für Gruppen auswählen, gibt Yalom die Antwort: *„Die allermeisten Kliniker wählen nicht aus, sie schließen aus.“* (Yalom und Leszcz, 2006, zitiert nach Mattke, 2009, S.97)

Mattke et al. (2009) gehen empirisch der Frage nach, wer geeigneter Kandidat für eine Gruppentherapie ist und welche Patientenmerkmale möglicherweise für eine Kontraindikation sprechen (vgl. ebd., 2009, S.102). Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass die „Passung“ zwischen Behandlungskonzept des Therapeuten und Behandlungserwartung des Patienten gegeben sein muss (vgl. ebd., S.107). Gleichzeitig finden sich auch differenziert dargestellte settingsspezifische, patientenspezifische, sowie therapeutenspezifische Risiken gruppentherapeutischer Behandlung (vgl. ebd., S. 108ff), die selten so explizit benannt werden.

In der bisher zitierten Literatur geht der Trend der Kindergruppen eindeutig in Richtung **störungsheterogene Gruppen**, d.h. die Kinder kommen mit unterschiedlichen Problemstellungen und können sich in ihren Lernprozessen wechselseitig unterstützen und von anderen Kindern lernen, was sie selbst wenig entwickelt haben. (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 83). Aichinger et al. (2010) achten ebenso auf eine ausgewogene Mischung aus gehemmten und aggressiven Kindern, um möglichst unterschiedliche interpersonelle

Lernmöglichkeiten zu bieten, wie sie auch in der Alltagsrealität zu finden sind. Die Autoren führen allerdings auch aus, dass sich homogene Gruppen bei spezifischen Themen nachgewiesenermaßen bewährt haben:

- Kinder in Trennungs- oder Scheidungssituationen
- Kinder von suchtmittelabhängigen oder psychisch kranken Eltern
- In der Prävention von sexueller Gewalt an Kindern (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 20)

Bezüglich der **Zusammensetzung** der Kindertherapiegruppe möchte ich noch Rahm (2004) zitieren, die ausspricht, dass nicht auszuschließen sei *„dass sich eine Gruppenzusammensetzung als so ungünstig erweist, dass eine Neuentscheidung getroffen werden muss, zum Beispiel wenn ein Kind für eine Gruppe – und umgekehrt- nicht tragbar ist. Eine solche Entscheidung kann für alle Beteiligten schwere Arbeit bedeuten; sie über längere Zeit zu vermeiden, ist dennoch keine empfehlenswerte Alternative.“* (Rahm, 2004, S. 105)

Die Diskussion **geschlossene vs. offene/ halboffene** Gruppe hängt sehr vom institutionellen Rahmen ab – im stationären Bereich einer Kinder- und Jugendpsychiatrie sind offene Gruppen eher die Regel, wohingegen die Beiträge aus den ambulanten Einrichtungen, sowie freien Praxen fast ausschließlich von geschlossenen Gruppen handeln.

Offene Gruppen haben den Nachteil, dass durch ständige Abschiede und Neueinstiege viel Unruhe entsteht, sowie dass Kinder die Motivation für die Gruppe verlieren, wenn andere aufgrund von Verbesserungen ihrer Schwierigkeiten die Gruppe beenden. In Gruppen, bei denen die Kinder gleichzeitig beginnen und aufhören, sitzen alle „im gleichen Boot“ – es bestehen zu Beginn ähnliche Unsicherheiten, der Kennenlernprozess erfolgt zeitgleich. Zur Orientierung erweist es sich als wichtig und entlastend für die Kinder, den Zeitpunkt des Gruppenabschlusses von Anfang an zu kennen (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 84).

„Sie wissen, dass sie nicht endlos lange in Therapie sein werden, sondern diese nach einem bestimmten Zeitraum wieder beenden können, auch wenn dann noch nicht alle Probleme und Schwierigkeiten bewältigt sind.“ (ebd., S. 84)

Halboffene Gruppen werden bei Rahm (2004) beschrieben - ab und zu schließen Kinder ab, dann kommen neue hinzu. Rahm gibt den „alten“ Kindern die besondere Rolle der „Experten-Kinder“ und lässt diese auch den „Neuen“ erzählen, was bisher in der Gruppe erlebt wurde

und was wichtig war. Der Umgang mit dem Thema Abschied ist während des gesamten Gruppenverlaufes präsent (vgl. Rahm, 2004, S. 106).

Zeit

Die meisten zitierten Therapeuten arbeiten in Kindergruppen in 60-min-Einheiten wöchentlich, bei Rahm findet man „60 min Therapie und 30 min Essen“. Oaklander arbeitet in 90-min-Einheiten und Franck hat eine Gruppendauer von 120 min.

Aichinger et al. (2010) argumentieren, dass 60 min völlig ausreichend seien und sich die Kinder darauf einstellen würden, der Prozess gewinne dadurch an Dichte. *„Enttäuschung und Wut über das Ende der Stunde erwachsen nicht aus ihrer Dauer, sondern aus der nicht zu umgehenden Beendigung der Regression während des symbolischen Spiels. Die dadurch erzwungene Zurücknahme ihrer Größenphantasien kränkt die Kinder, ...“* (Aichinger et al., 2010, S. 27)

Ausschlaggebend für die gewählte Dauer der Einheiten sind die geplante Gruppenstruktur und somit, ineinanderwirkend auch Gruppeninhalte, sowie institutionelle Vorgaben und persönliche Vorlieben des Therapeuten im Umgang mit der Zeit.

Der Gesamtverlauf einer Gruppe (ambulanter Bereich) läuft bei Franck, sowie bei Aichinger et al. über ein knappes Jahr, jahreszeitlich orientiert an Schul- und Ferienzeiten. Rahm berichtet aus geschlossenen Gruppen einen Gesamtverlauf von 7-12 Monaten, bzw. in einem zitierten Schulprojekt 20 Sitzungen mit einer bewährten mehrwöchigen Pause in der Mitte durch die Sommerferien (vgl. Rahm, 2004, S. 106).

Ergänzend zu den bereits genannten Rahmenbedingungen möchte ich noch die Dimensionen **Raum** und **Materialien** hinzufügen.

Die beschriebenen Gruppenräume sind ca 30-45m² groß. Zur Raumgröße beschreibt Widlöcher (1974) *„...ist er zu weitläufig, begünstigt er die Flucht in Spielereien und Verhaltensweisen, die auf reine Motorik reduziert sind und ihren expressiven Gehalt verlieren; ist er zu klein, behindert er die Spontaneität und kann vor allem unerträgliche Spannungen hervorrufen, wenn das Spiel zu heftigen Emotionen führt.“* (Widlöcher 1974, zit. n. Aichinger et al., 2010, S. 25f)

Einen anderen Umgang mit Raum pflegt Franck (1997). Zusätzlich zum Gruppenraum befindet sich die Möglichkeit eines „Werkraumes“ für Handwerksarbeiten, ein eigener Küchenraum für die Kinder, sowie die Nutzung eines im Außenbereich naheliegenden Grundstücks.

Als Materialien in der Kinder-Psychodrama-Gruppe werden beschrieben: Schaumstoffpolster-Elemente, Kissen, Kleider, Tücher in verschiedensten Farben, Hüte, Seile, Baufix aus stabilem Buchenholz, Stofftiere. Aichinger et al. sprechen sich deutlich für eine überschaubare und nicht zu reichliche Ausstattung aus – es geht darum, mit dem Gegebenen zurechtzukommen, dies fördert die Fähigkeit zu verhandeln. Eigene Spielsachen dürfen nicht von zuhause mitgebracht werden (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 26).

Demgegenüber findet sich eine Fülle an genannten Materialien bei Franck: Kissen, Matratzen, Tücher, Decken, Seile, Spielhaus, Schminke- und Verkleidungsmaterialien, Instrumente, Bälle, Spielzeugwaffen, nach Themen sortiertes Playmobil, Kartons, Zeitungen, Fingerfarben, Ton, Holz in verschiedensten Ausführungen, Werkzeuge, sowie Nahrungsmittel für die Schlussrunde (vgl. Franck, 1997, S. 117).

Oaklander erwähnt in der Gruppenarbeit auch den Einsatz von Gesellschafts-, Brett- und Kartenspielen (vgl. Oaklander, 2011, S. 357).

Bei Rahm werden genannt: Decken, Kissen, Bettlaken, weicher Ball, Seil, Batakas, Steine, Halbedelsteine, Trommeln, Orff- und Percussioninstrumente, Kreide, Malstifte, größere Anzahl an Stoff- und Kuscheltieren, sowie thematisch unterschiedliche Handpuppen (vgl. Rahm, 2004, S. 11f).

Rahm beschreibt eine eher minimale Ausstattung des Raumes, dafür wird dieser konkret für jede Gruppe vorbereitet (siehe Zitat unten), weiteres Material wird in einem Vorraum oder in einer Ecke des Gruppenraumes bereitgestellt.

„Der Raum wird vorher für die Gruppe eingerichtet, zum Beispiel mit Wohlfühlecke, Nicht-Mitmach-Ecke, Sitzkreis für die Anfangsrunde, Pin-Wand mit den Regeln für diese Gruppe

und den Namen der Gruppenkinder mit Kreide, Trommeln, Wolldecken, Stofftieren und anderem“ (Rahm, 2004, S. 105)

Hier zeigt die einführende Vorbereitung des Raumes für die Kinder, wie eng „Rahmenbedingung“ bereits mit Inhalt verknüpft ist und bereits die Beziehungs-Haltung der Therapeuten den Kindern gegenüber zum Ausdruck bringt. Ebenso spiegelt sich bereits in den angebotenen Materialien die Einladung zu jeweils verschiedenen Ausdrucksformen - diese müssen daher bewusst verwendet werden.

Für die **Zusammensetzung der Gruppenleitung** wird durchgehend das Modell eines Therapeutenpaares, bzw. von Therapeut und ein bis zwei im Kinderbereich erfahrenen Erwachsenen empfohlen. Als optimal wird ein gemischtgeschlechtliches Team beschrieben.

Die Unterschiedlichkeit zweier Therapeuten bietet mehr Identifikationsmöglichkeiten für die Kinder, die Aufteilung der Gruppenleitung in verschiedenen Aspekten (Anfangs-/Endrunde, Spielanleitungen) kann ein Modell für „Gleichberechtigung“ sein (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 85).

Aus Sicht des Psychodramas erachten Aichinger et al. (2010) ein „gegengeschlechtliches Therapeutenpaar“ als Gruppenleitung für *notwendig*, um Übertragungen internalisierter Objektbeziehungen zu erleichtern und frühkindliche Konflikte und Phantasien zu reinszenieren. Die Beziehung Therapeutenpaar und Kind stellt zudem eine familienähnliche Situation her und kann somit für das Bearbeiten offener Themen zugänglich gemacht werden (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 20f).

Für eine Co-Therapie an sich spricht, dass sowohl die Gruppendynamik, als auch die Prozesse der einzelnen Kinder besser erfasst werden können. Zudem können auftretende Ambivalenzen, Spaltungen und Übertragungsprozesse leichter eingeordnet und bearbeitet werden, Gefühle von Ohnmacht und Entwertung werden zu zweit besser ausgehalten (vgl. ebd., S. 213).

Rahm plädiert für „mindestens zwei“ für Kindertherapie kompetente Personen als Leitung. Der Vorteil bei Gruppen, die zu dritt geführt werden, liegt dabei in der Möglichkeit, auf Einzelbedürfnisse von Kindern mehr und differenzierter einzugehen

- als reflektierendes Team (nach Andersen, 1990) – siehe Kapitel 4.2.1, sowie 6

- im Sinne von einzeltherapieähnlichen Situationen, mit dem Vorteil, dass sich das Kind leicht wieder aus der intimen Zweier-Situation distanzieren und ins Gruppengeschehen zurückkehren kann.
- als „Aufpasser“ für ein konkretes Kind, das sonst zerstörerisch agieren würde

Einen weiteren Bonus für ein drei- oder vierköpfiges therapeutisches Team sieht Rahm in der dadurch gewährleisteten Kontinuität – die Gruppe kann stattfinden, auch wenn einer der Therapeuten ausfällt. Rahm betont ebenso wie die bereits zitierten Autoren, wie wichtig eine männliche Person im Leitungsteam ist und berichtet, dass sie das Fehlen eines „mitverantwortlichen Mannes“ manchmal auch mit der Gruppe thematisiert, wenn sie mit einem Frauenteam eine Gruppe leitet (vgl. Rahm, 2004, S. 102f) - *„Das nehmen die Kinder meist als wichtige Information auf. Sie denken darüber nach und sprechen darüber.“* (ebd., S. 103)

Ebenso sorgfältig ist der Umgang mit dem „Fehlen“ eines Therapeuten zu behandeln – wenn möglich, sollte es vorher angekündigt sein, auf jeden Fall muss der Therapeut die Reaktionen der Kinder genau registrieren und thematisch die Möglichkeit bieten, biografische Bezüge herzustellen (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 123).

Für den **Aufbau einer Sitzung** lässt sich als Konsens aller therapeutischen Kindergruppen, die in der Literatur zu finden waren, ein **Anfangsritual**, eine **Spielphase** als Hauptteil, sowie ein klares **Abschlussritual** pro Stunde festhalten.

Rahm beschreibt, dass Rituale und klare Strukturen das Gegengewicht zur Verunsicherung durch die Therapiegruppe sind und Zuverlässigkeit ausdrücken, sowie Orientierung und Stütze bieten. (vgl. Rahm, 2004, S. 105)

„Die Gruppe findet an einem festen Ort, mit fester Anfangs- und Schlusszeit, mit immer den gleichen Personen statt. Auf Veränderungen (Verlegung von Raum oder Zeit, Fehlen eines Erwachsenen, Abschied eines Kindes, Urlaub, Ausfall der Gruppe) reagieren die Kinder meist heftig. Deshalb versuchen wir, Veränderungen zu vermeiden oder sie frühzeitig vorzubereiten.“ (Rahm, 2004, S. 105)

Der „Klassiker“ unter den Ritualen zu Stundenbeginn ist die „**Anfangsrunde**“ auf Sitzpölkstern oder Sesseln im Kreis– teils methodisch variiert, beispielsweise mit Mimikwürfel oder Gefühlsmilieu - Themen und Atmosphären werden für die Therapeuten bereits sichtbar und können in die Arbeit miteinbezogen werden.

Je nach therapeutischer Ausrichtung gestaltet sich die nachfolgende Themenfindung bzw. Wahl des **Spielgeschehens** mehr von den Therapeuten vorgegeben (Heinemann et al.), in Wechselbeziehung mit den Kindern entwickelt (Rahm, Oaklander), vorwiegend den einzelnen Kindern überlassen (Franck) oder der Gruppe, mit Strukturierungshilfen unterstützt überlassen (Aichinger et al.).

Im vorliegenden Buch zur Integrativen Therapie werden aus den aktuellen Themen der Kinder und den Vorüberlegungen der Therapeuten zur jeweiligen Stunde Übungen und Spiele als Vorschläge von den Therapeuten eingebracht und im gruppensdynamischen Prozess mit den Kindern umgesetzt oder abgewandelt bzw. verworfen. Dabei wird auf einen Wechsel von Ruhe- und Bewegungsphasen geachtet (vgl. Rahm, 2004, S. 106).

Im Psychodrama handeln die Kinder gemeinsam aus, was sie in der jeweiligen Sitzung spielen möchten, unterstützt durch Strukturierungshilfen der Therapeuten – Ziel ist es, einen Konsens zu finden, das Mehrheitsprinzip hat keine Gültigkeit (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 31).

Nach der Spielphase gibt es in allen beschriebenen Gruppentherapien ein klares **Abschlussritual** der jeweiligen Stunde: Beschrieben werden verschiedene „Massagen“ (Rahm, Heinemann et al.) aus der Tradition psychomotorischer Übungen oder Vorlesegeschichten zu einem entwicklungspsychologisch bedeutsamen Thema (vgl. Rahm 2004, S. 17ff), bzw. eine „Schlussrunde“ (Franck, Aichinger et al., Heinemann et al., Oaklander) mit Reflexions- und Feedback- bzw. Wunschköglichkeiten für die darauffolgende Stunde.

Eine besondere Bedeutung kommt den „**Gruppenregeln**“ zu – diese schaffen ebenso Sicherheit wie Rituale und bieten den einzelnen Kindern Schutz. Je nach therapeutischer Ausrichtung werden diese nicht explizit benannt (spieltherapeutisch und tiefenpsychologisch orientierte Gruppen), werden vom Therapeuten vorgegeben (Verhaltenstherapie) oder sind

bereits Teil des Prozesses und werden mit den Kindern gemeinsam erarbeitet (allgemeine Psychotherapie, Integrative Gestalttherapie bei Oaklander) – z.B.: Welches Kind benennt welche Regel? Für welches Kind ist welche Regel besonders wichtig? Welche Regeln werden für die jeweilige Gruppe im Verlauf bedeutsam?

Zu viele Regeln können allerdings die Spiellust beeinträchtigen und den Druck erhöhen (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 87). Bei Franck gilt als Minimalregel von Seiten der Therapeuten, dem anderen nicht ernstlich wehzutun (vgl. Franck, 1997, S. 81).

Auf die unterschiedlichen Zugänge zur diagnostischen Abklärung vor der Aufnahme in die Gruppe wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen. Interessierte finden ein Diagnostikschema für die Gruppentherapie bei Heinemann et al. (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 72ff). In der Psychodrama-Therapie, der Integrativen Therapie, sowie der Integrativen Gestalttherapie wird Diagnostik als prozessual verstanden und ist daher Teil des Therapieprozesses im Spiel und in der Beziehung und somit nicht mit einer Eingangsdiagnostik abgeschlossen.

1.4 Begleitende Arbeit mit Bezugspersonen

Die Bedeutung der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen bei Kindertherapien ist unumstritten und erhöht die Effektivität der Therapie – ein Kind ist immer Teil seines familiären Bezugssystem und abhängig von dessen Regeln, Erwartungen, Atmosphäre. Entwicklung und Veränderung gelingen leichter, wenn eine Kooperation mit den Eltern besteht. Für das ambulante gruppentherapeutische Setting werden folgende Vorgehensweisen beschrieben:

Kirsch (2004) beschreibt aus der Arbeit in der Beratungsstelle, dass seitens der Therapeuten versucht wird, möglichst viele Familienmitglieder zum Erstgespräch zu motivieren, um einen breiten diagnostischen Eindruck zu bekommen. Das Nachfragen zur Geschichte der Therapieanmeldung, der soziale Kontext und die Therapiewünsche zeigen dann lt. Kirsch häufig, dass mindestens ein Elternteil die Schwierigkeiten des Kindes benutzt, um auf eigene Partnerprobleme aufmerksam zu machen, oder dass die Initiative zur Therapie nicht primär

aus der Familie, sondern aus dem sozialen Netzwerk kommt. Die Eltern werden breit bezüglich anderweitiger Unterstützungsmöglichkeiten beraten und in ihrer jeweiligen Entscheidung respektiert und bestärkt.

Therapeutische Arbeit - gemeint ist auf Veränderung ausgerichtete Arbeit - mit den Eltern oder Bezugspersonen ist nicht unbedingt erforderlich, könnte aber sowohl von den Gruppentherapeuten oder anderen Fachkollegen angeboten werden. Zu Beginn der Gruppentherapie soll allerdings geregelt sein, wer für welchen Teil zuständig ist und wie der Informationsfluss unter den Fachkollegen stattfindet. Auch mit den Kindern und den Eltern muss sorgfältig und plausibel abgesprochen werden, wer aus welchem Grund für die verschiedenen Bereiche von Therapie/ Beratung zuständig ist.

Ebenso muss der Informationsfluss zwischen Eltern, Bezugspersonen und Therapeuten so klar wie möglich vereinbart sein, allen Beteiligten bekannt sein und mit ihrem Einverständnis erfolgen. D.h. auch, dass im Zweifel trotz Wunsch nach Information von Institutionen (die das Kind z.B. zur Therapie geschickt haben) ein gegensätzlicher Entschluss der Eltern zu respektieren ist.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Regelung für regelmäßige und pünktliche Gruppenteilnahme gelegt – diese ist für das Gelingen der therapeutischen Arbeit essentiell. Im Aushandeln dieser Rahmenbedingungen zeigt sich nach der Erfahrung der Autorin allerdings auch oft ein bis zu diesem Zeitpunkt nicht ausgesprochener Widerstand der Eltern oder der Bezugspersonen.

Nach Abschluss der Gruppentherapie wird von den Therapeuten ein Gespräch mit den Eltern, und auf Wunsch auch mit den Bezugspersonen vereinbart, um über die Entwicklungen des Kindes zu sprechen, wenn nicht anders möglich auch telefonisch (vgl. Kirsch, 2004, S. 115f).

Eine stärkere Strukturierung der Bezugspersonenarbeit findet sich bei Heinemann et al. (2009), die sich im Wesentlichen mit den Inhalten (Diagnostik, Compliance, Reflexion über Entwicklungen) von Kirsch deckt, allerdings ein hohes Engagement aller Beteiligten erfordert:

- Eingangsgespräch: Herstellen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, Erhebung von diagnostisch relevanten Daten, Information zur Gruppe geben

- Einzelgespräch mit den Eltern/ Bezugspersonen während der laufenden Therapie alle 4-6 Wochen: Umsetzen therapeutischer Maßnahmen in den Alltag, notwendige Veränderung von Bedingungen für das Kind im Lebensumfeld besprechen
- Möglichkeit für Therapeuten und Bezugspersonen, bei Bedarf zusätzliche Einzelgespräche einzuberufen
- Abschlussgespräch nach der Gruppentherapie: Reflektieren der Entwicklungen des Kindes, Bedarf an weiterführenden Angeboten besprechen
- Elternabende zu Beginn und gegen Ende der Gruppentherapie: Bekanntwerden der Eltern untereinander, Vorstellen des Gruppenkonzeptes, Psychoedukation zur kindlichen Entwicklung
- Eltern-Kind-Abend: in der Mitte des Therapieprozesses als Verlaufsdiagnostik für den Therapeuten

(vgl. Heinemann et al., 2009, S. 130ff)

Franck (1997) schildert die Erfahrung, dass „Elternarbeit in Gruppen“ eine lange Anlaufzeit benötigt – bis genügend Vertrauen unter den Eltern da ist, um eigene Probleme und Betroffenheiten wirklich zu äußern. „Situative Elternarbeit“ nennt sich sein daraus entwickelter Ansatz für Einzelarbeit mit Eltern, bei dem aktuelle Anlässe mehr im Vordergrund stehen als routinemäßige Gespräche. Dies können sowohl Telefonate oder kurzfristig anberaumte Termine sein, als auch ein Austausch kurz vor Beginn oder kurz nach Beendigung einer Gruppensitzung. In der Arbeit mit den Bezugspersonen wird versucht, den Eltern weniger Inhaltliches, als vielmehr eine Haltung zu vermitteln, die für die Entwicklung des Kindes hilfreich sein kann (vgl. Franck, 1997, S. 71ff).

Bei Aichinger et al. (2010) finden „Probestunden“ im Ausmaß von 5 Einheiten noch eine Erwähnung, einerseits, um unmotivierte Kinder zur Mitarbeit zu gewinnen und ihnen eine Entscheidungsfreiheit zu geben, andererseits, um Kindern mit Angst vor Gruppen einen Spielraum zu lassen. Und nicht zuletzt, damit die Therapeuten nochmals überprüfen können, ob die Gruppenkonstellation für das Kind therapeutisch sinnvoll ist (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 23). Auch die Motivation der Eltern zum regelmäßigen Bringen des Kindes zur Therapie wird abgeklärt, sowie zur Mitarbeit in Form von begleitenden Gesprächen. Dann wird der Therapiekontrakt geschlossen.

Darüberhinaus plädieren die Autoren unter Berufung auf Morenos Theorie der sozialen Netzwerke für einen Einbezug der erweiterten Lebenswelt des Kindes wie Kindergarten, Schulklasse, Hort etc. um nicht Gefahr zu laufen, die Familie zu pathologisieren, und um dem bedeutenden Einfluss der Netzwerke Raum zu geben (vgl. ebd., S. 217).

Eine Erkenntnis aus der Psychotherapieforschung möchte ich in diesem Kapitel noch ergänzen: die hohe Bedeutsamkeit der sorgfältigen Vorbereitung von Klienten auf Gruppentherapie in Hinblick auf Arbeitsweise, Ziele, Ängste und auch etwaige Fehlvorstellungen: Gruppenkohäsion, Gruppenregeln und Behandlungserwartungen werden positiv beeinflusst. Die Effektivität wird deutlich gesteigert; die Gefahr eines Abbruchs reduziert sich (vgl. Mattke et al., 2009, S. 103f).

2 Wirkfaktoren der Kindergruppentherapie

Nach der Klärung von entwicklungspsychologischen Grundlagen, Rahmenbedingungen und Bezugspersonenarbeit stellt sich nun die Frage, welche Elemente für den therapeutischen Prozess einer Kindergruppentherapie wesentlich sind. Einen schulenübergreifenden, an Grawes (1994) „4 therapeutischen Wirkprinzipien“ der Psychotherapie orientierten Überblick geben Heinemann et al. (2009):

- Therapeutische Beziehung,
- Ressourcenaktivierung,
- Problemaktualisierung,
- Problembewältigung,
- gruppenspezifische Wirkfaktoren
- Klärung.

(vgl. Heinemann et al., 2009, S. 55ff)

Die **therapeutische Beziehung**, in der Gestalttherapie die Basis des therapeutischen Geschehens, aufgebaut auf einem dialogischen Verständnis, hat innerhalb der Gruppe einen anderen Stellenwert als in der Einzeltherapie – Beziehungen sind weniger exklusiv. Dadurch, dass der Therapeut für mehrere Kinder zur Verfügung steht, werden außerdem andere Themen aktiviert: Rivalität, Konkurrenz, Neid, aber ebenso „Verbünden“ gegen die Erwachsenen im Sinne von Solidarität unter den Kindern. Die Rolle und die damit einhergehenden Aufgaben des Therapeuten werden schulenspezifisch definiert und sind in Kapitel 4 zu finden, ebenso der schulenspezifische Umgang mit der Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung. Dieser Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung wurde von Heinemann et al. (2009) als eigener Punkt herausgehoben und ist bei Grawe (1994) Teil der „Ressourcenaktivierung“.

Der zweite beschriebene Wirkfaktor, **Ressourcenaktivierung**, betont die Wichtigkeit, die positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen des Klienten in der Therapie herauszuarbeiten und gezielt zu nutzen. Dem Klienten muss ermöglicht werden, sich innerhalb der Therapie in seinen Stärken und positiven Seiten zu erleben (vgl. Grawe, Donati, Bernauer, 1994). In der Gestalttherapie werden Ressourcen als Stützfunktionen bezeichnet (vgl. Votsmeier-Röhr, 1999, S. 3) und entspringen dem Kontakt-Support-Modell von Laure Perls (1989). Bei jedem neuen Entwicklungsschritt muss innerlich überprüft werden, ob ausreichend Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen.

Ebenfalls empirisch breit abgestützt ist der Wirkfaktor **Problemaktualisierung**. Probleme können am besten in einem Setting behandelt werden, in dem eben diese Schwierigkeiten konkret real erfahren werden. Das bedeutet, dass bei zwischenmenschlichen Schwierigkeiten das Setting einer Gruppentherapie besonders geeignet ist. Für eine erfolgreiche Veränderung ist es wesentlich, dass der Klient tatsächlich erlebt, worum es geht (vgl. Grawe et al., 1994). In Bezug zur Kindertherapie kann festgestellt werden, dass die Gruppe eine Aktualisierungsmöglichkeit zum inneren Thema des Kindes bieten muss - bei Bedarf bietet der Therapeut dies thematisch abgestimmt in Form von Spiel oder Bewegung an (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 57).

Der Therapeut gibt den Klienten mit geeigneten Maßnahmen **aktive Hilfe zur Problembewältigung** - d.h. er unterstützt, mit seinem problem- und situationsspezifischen Erfahrungswissen, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Wichtig ist, dass

der Klient in der Therapie diese reale Erfahrung machen kann, besser im Sinne seiner Ziele mit der entsprechenden Situation zurechtzukommen (vgl. Grawe et al., 1994). Für die Kindergruppentherapie übersetzt könnte das bedeuten, sowohl im laufenden Prozess z.B. mittels unterstützender und anleitender Interventionen in einem Konflikt, oder aber geplant in Form von Übungen und Spielen konkrete Strategien zu erarbeiten und neu auszuprobieren - z.B.: Wie kann ich meinen Ärger passend rüberbringen? Wie kann ich meinen Ärger abbauen? Wie kann ich mich aus einer Situation herausnehmen, wenn alles zuviel wird?

Eigene **gruppenspezifische Wirkfaktoren** finden bei Heinemann et al. (2009) besondere Berücksichtigung und sind angelehnt an die therapeutischen Faktoren von Yalom (2005), ausgehend von einem Konzept, dass der Gruppendynamik eine spezifische therapeutische Wirksamkeit unterstellt (wie in analytischen und humanistischen Therapierichtungen). Es sind zugleich Bedingungen, die das therapeutische Arbeiten in Gruppen erst ermöglichen.

Das Gefühl der Gruppe, zusammenzugehören, sowie das Erleben des einzelnen Kindes, auch dazuzugehören und wertgeschätzt zu werden, nennt sich *Kohäsion*. Eine Einzeltherapie kann diese Erfahrung, von Gleichaltrigen akzeptiert zu sein, nicht ersetzen. Besonders für Kinder mit Ausgrenzungs- und Mobbing Erfahrungen kann dieses Erleben wesentlich sein.

Kinder erleben in der Gruppe – als *Universalität des Leidens*, dass auch andere Kinder Schwierigkeiten haben, dass sie damit nicht alleine sind. Dies kann sehr erleichternd wirken, diesbezügliche Scham und Resignation können sich verringern – besonders bei jüngeren Kindern, die mit Freunden noch nicht über Probleme sprechen, ist dies bedeutsam.

Die Gruppe ist ein *sozialer Mikrokosmos* (vgl. Yalom, 2005, S.48f), in dem sich der gewohnte Interaktionsstil des Kindes abbildet und sich deutlich anhand der neu eingegangenen Beziehungen zu den anderen Kindern der Gruppe zeigt. Ist die Gruppe ein *geschützter Raum*, kann das Thema der Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Den *Ausdruck von Gedanken und Gefühlen* beschreiben Heinemann et al. (2009) auch unter den gruppenspezifischen Wirkfaktoren – die Wichtigkeit dessen ist unbestritten, stellt jedoch m. E. kein Spezifikum der Gruppe per se dar – außer im Sinne der Peer Group – das Erleben, von Gleichaltrigen in seinen Gefühlen und Gedanken verstanden zu werden.

Die Auseinandersetzung mit den erworbenen Beziehungsmustern, dem *Abbild von Familie*, kann in der Gruppe erfolgen – sowohl Eltern- als auch Geschwisterbeziehungen können aktualisiert und bearbeitet werden.

In der Gruppe bietet die Verschiedenheit der Kinder ein großes Pool für Lösungsmöglichkeiten und Sichtweisen. *Modelllernen/ nachahmendes Verhalten* meint in diesem Zusammenhang die Möglichkeit für das Kind, von anderen Kindern in der Gruppe zu lernen.

Zum Erleben von *Selbstwirksamkeit* bieten sich in der Gruppe viele Möglichkeiten – u.a. „Altruismus“ (vgl. Yalom, 2005, S. 32) – das Gefühl, auch anderen mit seinen Fähigkeiten helfen zu können, gebraucht zu werden und wichtig zu sein

Selbstbestimmungs- und Unabhängigkeitswünsche können mit den Peers in der Kindergruppe bewusst werden. Damit kann *Autonomie* gut den Therapeuten gegenüber ausprobiert werden, ebenso innerhalb von „Subgruppen“.

Rückmeldungen von Gleichaltrigen in der Gruppe können oft leichter angenommen werden, als von einem Erwachsenen und können der Ergänzung oder Korrektur der Selbstwahrnehmung dienen.

In der Kindergruppe kann durch gegenseitige Rückmeldung zu unbewusstem (lt Autoren bezogen auf unerwünschtes) Verhalten eine Veränderung erfolgen – der Gruppenwirkfaktor *soziale Kontrolle*.

(vgl. Heinemann et al., 2009, S. 59ff)

Beim Wirkfaktor **Klärung** geht es darum, dass der Therapeut dem Klienten dabei hilft, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden – vereinfacht formuliert, sich über sich selber klarer werden, sich besser annehmen können. Warum empfindet, warum verhält sich der Klient so und nicht anders (vgl. Grawe et al., 1994)? Für die Kindergruppentherapie kann festgehalten werden, dass auch Klärung hauptsächlich im Spiel und nur zu einem kleinen Teil über den sprachlichen Bereich erfolgt. Heinemann et al. bemerken zudem: „*Auch im Spiel*

vermeiden es die Kinder, schmerzvolle Erfahrungen direkt zu thematisieren. Sie bearbeiten ihre Themen häufig auf lustvolle (hervorgehoben!) Weise.“ (Heinemann et al, 2009, S. 61)

Der Therapeut unterstützt das Kind im Kontakt durch Spiegeln, Feedback, durch das reflektierende Team (bei Rahm, 2004), um sein Verhalten und seine Gefühle in der jeweiligen Situation besser zu verstehen und zulassen zu können. Klärung kann aber auch als Realitätsprüfung in der Beziehung zwischen Therapeut und Kind stattfinden (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 61).

3 Gruppenprozess

Die Wirkfaktoren zeigen an, mit welchen Eigenschaften und Gegebenheiten Kindergruppentherapie gelingt. Im nächsten Schritt ist interessant zu eruieren, was die bedeutungsvollen Entwicklungsthemen sind, die in Kindergruppen immer wieder aktiviert werden. Diese leiten sich, wie in Kapitel 1.2 beschrieben, hauptsächlich aus den Themen „Selbst“ und „Bindung“ ab und tauchen in allen näher beschriebenen Büchern zur Kindergruppentherapie auf. Heinemann et al. (2009) geben einen Überblick, der aus systematischer Beobachtung aus der Praxis entstanden ist: Selbstbild und Selbstwertgefühl, Umgang mit negativen Selbstanteilen, Umgang mit Gefühlen, emotionale Kompetenz, Selbstwirksamkeitserleben, Kontrolle, Autonomie, Geschlechtsidentifikation, Nähe/ Kontakt, Neugierde, Exploration, Grenzen, Schutz, Sicherheit, Empathie, Aggressionen, Soziale Kompetenz, Kooperation, Problemlösung, Macht und Ohnmacht, Selbstbehauptung, Abschied, Verlust, Trennung (vgl. ebd., S. 67ff)

Veranschaulichen möchte ich diese Auflistung durch eine exemplarische Zuordnung von möglichen Spielen, die aber nicht als manualisiert, sondern in den Prozess verwoben verstanden werden sollen.

- Selbstbild und Selbstwertgefühl: wechselseitiges Interviewen anhand eines Steckbriefs, Namens- Kreuzworträtsel mit persönlichen Ressourcen
- Umgang mit Gefühlen, emotionale Kompetenz: mit dem Mimikwürfel aktuelle Gefühle darstellen, Rollenspiel

- Selbstwirksamkeitserleben, Kontrolle, Autonomie: eine eigene Insel bauen, einen Namen dafür erfinden, einen Gefährten mitnehmen
- Nähe/ Kontakt: Anlock-Abgrenz-Übung, versch. Massagen mit unterschiedlichem Nahkommen
- Grenzen, Schutz, Sicherheit: Beschützer-Ball-Spiel, Territorium verteidigen
- Empathie: von einem Partner blind durch einen Parcours führen/ geführt werden
- Aggressionen: Kämpfen mit Batakas, Schiebe-Kämpfe, Schimpfwort-Kissenschlacht
- Soziale Kompetenz, Kooperation, Problemlösung: die Gruppe überquert gemeinsam unter bestimmten Vorgaben einen imaginierten Sumpf
- Abschied, Verlust, Trennung: Satzgeschenke auf Kärtchen, Kraftstein wählen

Für die Beschreibung eines gruppentherapeutischen Prozesses und den daraus folgenden therapeutischen Implikationen möchte ich das Phasenmodell von Aichinger et al. (2010) heranziehen, das sowohl eine gute Übersicht als auch Praxisnähe bietet. Der Gesamtverlauf gliedert sich in drei Phasen: Anfangsphase (ca 5-10 Stunden), Mittelphase, Endphase (ca 10 Stunden), bei einer optimalen Dauer von 30-50 Sitzungen.

In der **Anfangsphase** geht es um „Aufwärmen“, sowohl der Gruppe als Ganzes, als auch der einzelnen Teilnehmer und des Gruppenleiters, um das Installieren von Kohäsion und um die Reduzierung von Angst. Auf dieser Basis kann später Konfliktbearbeitung erfolgen. Bei 5-Jährigen beschreiben Aichinger et al. (2010), dass die Bezugsperson anfangs auch in der Therapie dabei sein kann, bis sich die Kinder sicher genug fühlen, alleine dazubleiben. Auch bei älteren Kindern kann Angst auftreten – die Therapeuten thematisieren, dass Unsicherheit in dieser neuen Situation normal und angemessen ist und bieten somit Entlastung. Neben der aktiven Beteiligung am Spiel hat auch die Zuschauerrolle ihre Berechtigung. Als Besonderheit in den beschriebenen Psychodrama-Gruppen wird auch der Kontrakt mit dem Kind innerhalb der Gruppe in einer achtsamen und positiven Weise nochmals thematisiert, d.h. warum jedes Kind zur Therapie kommt und was es lernen möchte. Die Autoren beschreiben, dass das auf die Kinder einerseits entlastend wirkt, andererseits sie in ihrer Rolle als Kontrakt-„Partner“ bestärkt. Neben einer diagnostischen Beobachtung, ob die Gruppenkonstellation passend ist, ist die Anfangsphase auch dazu da, gemeinsames Erleben zu schaffen, lustvolles gemeinsames Spiel.

Die **Mittelphase** kann als Kernphase des therapeutischen Arbeitens verstanden werden – „*Inszenierungen der Kinder als Mitteilung ihrer intrapsychischen und interpsychischen Konflikte zu verstehen und in der Wiederholung durchzuarbeiten, ist das Ziel...*“ (ebd., S. 122). Es kommt zu einer Intensivierung der Übertragungen, v. a. auch zwischen den Kindern wie Geschwisterbeziehungen, Rivalität in der Schulklasse mit Dominanzstreben, Konflikt oder Rückzug – diese Dynamik wirkt häufig auch außerhalb des Spielgeschehens weiter (Konkurrenz um Platz oder Pölster in der Anfangsrunde, Auseinandersetzungen oder sich verbünden im Wartebereich oder am Heimweg). In der Beziehung zu den Therapeuten kommt es in dieser Phase zu Konfrontationen durch Missachten von Regeln und Überschreiten von Grenzen. Während es in der Anfangsphase sinnvoll erscheint, den Konflikt auf eine Symbolebene umzuleiten, geht es in dieser Phase darum, den Konflikt auf der Realebene anzunehmen, sich auseinanderzusetzen und standzuhalten, ohne sich in Machtkämpfe verwickeln zu lassen. Dies entspricht der von Winnicott (1965) beschriebenen „holding function“, einer wesentlichen Komponente für Entwicklung in der Mutter-Kind-Beziehung (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 124f).

Durch die Themen der Kinder und die daraus entwickelten therapeutischen Spielangebote entsteht ein spiralförmiger therapeutischer Prozess, „*in dem das Kind aufgrund seiner realen Erfahrungen und Klärungen (in der Gruppe, Anm. d. Verf.) vor dem Hintergrund seiner individuellen Möglichkeiten an Kompetenzen dazu gewinnt.*“ (Heinemann et al., 2009, S. 64)

Ein beobachtbares Phänomen dieser Phase ist die „Wiederholung der gleichen Geschichte“ (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 124f) – hier muss durch Beobachten über einen längeren Zeitraum festgestellt werden, ob es sich um eine Wiederholung im Sinne der Abwehr handelt, oder ob die Veränderungen in Rollenwahl und Inszenierung einfach langsam und unauffällig erfolgen.

Die **Abschlussphase** stellt das vorbereitete und bewusste Ende der Gruppenstunden dar. Aichinger et al. (2010) beschreiben, dass ihrer Erfahrung nach Kinder die Beendigung der Gruppe trotz klarem Therapievertrag als willkürliche Entscheidung der Erwachsenen empfinden und die meisten Kinder gerne weiter kommen würden. Als Gründe dafür werden genannt:

- Entlastung durch lustvolle Affektabfuhr

- im spontanen spielerischen Ausdruck der inneren Situation gesehen und verstanden werden
- in Autonomie, Spontaneität und Kreativität unterstützt werden
- einen eigenen Platz in der Gruppe haben und sich verbunden fühlen

Es geht um das Lösen von Beziehungen zu den Kindern aus der Gruppe und zu den Therapeuten - dies aktiviert auch biografische Trennungserfahrungen der Kinder (Trennung oder Scheidung der Eltern, Orts- und Schulwechsel, Verlust von Freunden) und kann in der Gruppe noch Platz finden. Dem erfahrungsgemäßen „Leugnen“ des bevorstehenden Abschiedes durch die Gruppe begegnen die Therapeuten durch einen bewussten „Count-down“ 10 Stunden vor Therapieende. Für die Kinder ist es wichtig zu wissen, dass auch die Therapeuten „etwas verlieren“ – die eigenen Gefühlsreaktionen der Therapeuten auf den bevorstehenden Abschied sollen den Kindern (selektiv, Anm. des Verf.) offen mitgeteilt werden (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 105ff).

4 Methoden, Interventionen, inhaltliche Schwerpunkte

Nach der Darstellung des Phasen-Modells für Kindergruppen und den inhaltlich wiederkehrenden Themen in den beschriebenen verwandten Schulen, stellt sich – neben vielen Gleichheiten – die Frage, was ist das jeweilige Spezifische an der konkreten Arbeit? Die Fragestellung zielt darauf ab, zu schauen, welche Bereiche in den jeweiligen Richtungen gut entwickelt, zeitgemäß an Forschung und aktuellen Theorien orientiert und nachvollziehbar dokumentiert sind, und wo man voneinander profitieren könnte. Ebenso sollen gruppenspezifische Wirkfaktoren und Schutzfaktoren nochmals auf die einzelnen Konzepte angewandt werden.

4.1 Vorhandene Konzepte in der IG mit Kindergruppen

Lt. Schulthess, Präsident der EAGT, gibt es innerhalb der Integrativen Gestalttherapie erstaunlich wenig explizite Literatur zur Arbeit mit Gruppen, obwohl die IG von Anfang an als Gruppentherapie konzipiert war und Feldtheorie, sowie der Umgang mit Gestaltbildungsprozessen eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Bernstädt et al., 2009, S.11). Dies spiegelt sich auch in der Literatur im Kinderbereich (siehe auch Kapitel 1.1) – das Setting „Gruppe“ findet wenig Beachtung.

4.1.1 Oaklander

Oaklander (2011), Pionierin der Gestalttherapie mit Kindern, widmet sich dem Thema „Gruppe“ in einem Kapitel ihres Buches „Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen“ und spricht davon, die einzeltherapeutisch angewandten Methoden und Techniken für die Gruppe zu modifizieren – führt dies aber leider kaum konkret aus. Als besondere Chance der Gruppe sieht Oaklander für die Kinder, gegenwärtiges Verhalten zu erleben und neues Verhalten im Kontakt mit den Gleichaltrigen auszuprobieren. Sie betont, wie wichtig die Atmosphäre der Gruppe als Ort des Vertrauens ist (wie bei Rahm, 2004, Baulig et al., 2002, Heinemann et al., 2009) und dass Gruppensitzungen ein „vergnügliches Erlebnis“ sein sollen (wie bei Rahm, 2004, Aichinger, 2010).

Oaklander beschreibt, dass sie in einer Anfangsrunde die Kinder ihre gegenwärtigen Gefühle berichten lässt, sowie Ereignisse, die seit der vorigen Sitzung passiert sind und noch nachwirken. Manchmal fragt sie auch bewusst nach, was die Kinder gerade sehen, hören, spüren und woran sie denken.

In die Struktur der Sitzung fließen die Vorüberlegungen der Therapeuten zur jeweiligen Stunde ein, das kann beispielsweise ein bestimmtes Thema sein. Gleichzeitig sind dabei Offenheit, Flexibilität und Kreativität wichtig – das, was gegenwärtig in der Gruppe oder mit einem Kind passiert, steht im Vordergrund. *„Der entscheidende Aspekt der Gruppenarbeit ist der Gruppenprozeß selbst.“* (ebd., S. 357) Hier bestehen Ähnlichkeiten zu Baulig et al. (2002) und Rahm (2004).

Nach der Anfangsrunde bietet sie nochmals Gelegenheit, etwas mitzuteilen, oder über ein Problem zu sprechen. Beschrieben werden sowohl gruppencentriertes Vorgehen (die Kinder arbeiten gemeinsam an einem Thema), als auch Einzelarbeit in der Gruppe (Therapeutin arbeitet mit dem Kind einzeln, während die Gruppe zusieht), wobei Oaklander die Bedeutsamkeit des Zusehens für die beobachtenden Kinder unterstreicht.

Als thematischen Fokus beschreibt sie exemplarisch „ausgelacht werden / jemanden lächerlich machen“ und lässt die Kinder eine Situation erinnern, in der sie diese Erfahrung gemacht haben und versuchen, diese Gefühle nachzuempfinden, dann erfolgt ein Austausch darüber. Am Stundenende gibt es noch eine Abschlussrunde mit der Möglichkeit, Kritik oder Wünsche zu äußern, sowie etwas zur Gruppensitzung zu sagen.

Als Besonderheit in Gruppen kann aufgezählt werden:

- Dem Kind wird bewusst, wie es mit anderen Kindern umgeht,
- das Kind lernt, Verantwortung für sein Tun zu übernehmen,
- das Kind lernt, mit neuen Verhaltensweisen umzugehen,
- dem Kind wird bewusst, dass andere Kinder ähnlich denken und fühlen und ähnliche Schwierigkeiten haben
- das Kind kann mit anderen Kindern im Spiel elementare Beziehungserfahrungen machen

(vgl. ebd., S. 357)

Die Arbeit an Projektionen schildert sie anhand eines Beispiels „Ich mag nicht, wie er mich ansieht“: „...so bitte ich es zu beschreiben, was dieser Blick seiner Meinung nach ausdrückt, zum Beispiel ‘Du Blödmann’. Um zu sehen, ob es den Gesichtsausdruck des anderen Kindes nicht einfach von sich auf andere projiziert, um damit seine eigene Selbstkritik zu nähren, soll es dann diese Bemerkung dann zu sich selbst sagen.“ (ebd., S. 358)

Für das Erkunden von Introjekten beschreibt sie ein Spiel, in dem jedes Kind seinen eigenen Vater oder die eigene Mutter spielt – entweder als Nachahmung in einem Rollenspiel, oder indem sie etwas über ihr „Kind“ erzählen.

Als weitere wichtige Techniken der gestalttherapeutischen Gruppenarbeit werden beschrieben:

- Aufforderung, direkt zueinander zu sprechen, statt über jemanden etwas erzählen
- Fragen durch direkte Aussagen ersetzen
- Unterbrechen oder Nichtzuhören in direkte Aussagen übersetzen lassen

Zur Rolle des Therapeuten betont Oaklander die Wichtigkeit, als Therapeut auch selbst immer wieder bei Aktivitäten mitzuspielen und sich auch bewusst zu sein, dass sich die Kinder am Therapeuten orientieren. Der Therapeut muss den Rahmen bieten und so gestalten, dass sich alle Kinder sicher und akzeptiert fühlen und Unterstützung und Kontakt zu erwarten sind (vgl. ebd., S. 354ff). Diese Haltung findet sich selbstverständlich und stark ausgeprägt auch bei Rahm (2004), sowie bei Aichinger et al. (2010).

Weitere methodische Überlegungen für die Arbeit in Gruppen werden nicht aufgezählt. Anzunehmen ist, dass sämtliche Techniken und Medien (Zeichnen und Phantasie, etwas herstellen, Geschichten/Gedichte/Puppenspiel, sensorische Erfahrungen, In-Szene-Setzen, sowie spieltherapeutische Elemente), die Oaklander im Buch beschreibt, kreativ für die Gruppe abgewandelt werden.

In der Beschreibung von Oaklanders Ansatz können folgende *gruppenspezifische Wirkfaktoren* festgestellt werden: Wichtigkeit des geschützten Raums, Rückmeldungen, Ausdruck von Gedanken und Gefühlen, Auseinandersetzung mit dem Abbild von Familie, Erleben von Selbstwirksamkeit. Alle bei Rahm erwähnten Angebote für die Entwicklung von *Schutzfaktoren* sind in Oaklanders Darstellung impliziert und für den Leser nachvollziehbar zu finden!

4.1.2 Baulig & Baulig

Baulig & Baulig orientieren sich in ihrem Werk „Praxis der Kindergestalttherapie“ hauptsächlich am einzeltherapeutischen Setting, ein Kapitel wird jedoch auch dem Thema „Gruppe“ gewidmet. In Abgrenzung zum personenzentrierten Arbeiten (F. Perls), bei dem die Gruppe nur für Feedback und Sharing miteinbezogen wird, und eigentlich „Einzeltherapie in der Gruppe“ stattfindet, ohne die Interaktionen unter den Teilnehmern zu fördern, plädieren die Autoren dafür, der Gruppe ihre ganz eigenen therapeutischen Qualitäten zuzugestehen – sie auch zur „Figur“ zu machen. Weiters soll

konkret herausgearbeitet werden, wie in Kindergruppen „*ein spielerischer Dialog entfaltet werden kann, in dem das Hier-und-Jetzt eine eigene Gestalt, d.h. eine Ausdrucksqualität erlangen kann, die über Ausagieren und spielerische Schablonen hinauswirkt*“ (Baulig et al., 2002, S. 32). Eine gestalttherapeutische Antwort auf diese Frage für das vorrangig einzeltherapeutische Setting kann bei Fak (2012) nachgelesen werden, unter Einbezug von Überlegungen zur Entwicklung und Bedeutung des kindlichen Spiels.

Die Frage, wie gruppen- und einzeltherapeutische Maßnahmen bei Kindern zu kombinieren sind, beantworten die Autoren folgendermaßen: Wenn soziale Probleme mit Gleichaltrigen in der Einzeltherapie nicht genügend bearbeitet werden konnten, kann das Weiterarbeiten im Gruppensetting sinnvoll sein (wie bei Aichinger et al., 2010, zielorientierte Indikation), und umgekehrt: wenn im Rahmen der Gruppentherapie individuelle Probleme nicht ausreichend bearbeitet werden können, ist eine Einzeltherapie indiziert.

Neben der klassischen Gestalttherapiegruppe findet auch noch die therapeutische Arbeit mit bestehenden Gruppen (z.B. Schulklassen) Erwähnung.

Als Stundenstruktur beschreiben Baulig et al. Anfangs- und Abschlussrituale zum Thema Befindlichkeit (Smilies, Gefühlsbarometer). Danach erfolgt ein Teil mit von den Therapeuten vorgegebenen Themen wie Gefühlswahrnehmung, eigene Fähigkeiten und Schwächen, Empathie, Gruppenerleben, Konkurrenz und Rivalität, Sieger und Verlierer, sowie Spaß als gemeinsames Gruppenerleben. Aktuelle Probleme, die auftauchen, werden vorgereicht.

Als Besonderheiten in Kindergruppen sehen die Autoren folgendes als wichtig:

- Vorhandener Rückzugsort innerhalb der Gruppe (wie bei Rahm, 2004 und bei Heinemann et al., 2009)
- Möglichkeit für das Kind, jederzeit „stopp“ zu sagen
- Themenfindungsprozesse sollen wichtiger als Mehrheitsentscheidungen sein (siehe auch Aichinger et al., 2010)
- Eine eher leitende Rolle des Therapeuten (wie bei Oaklander, 2011, im Widerspruch zu Franck, 1997)
- Setzen eines klaren Rahmens (zeitlicher Rahmen, Gesamtdauer) – siehe sämtliche Autoren

(vgl. Baulig et al., 2002, S. 32ff)

Als *gruppenspezifische Wirkfaktoren* werden in der Kürze des Beitrags konkret angesprochen: sozialer Mikrokosmos/ geschützter Raum, Ausdruck von Gedanken und Gefühlen, Erleben von Selbstwirksamkeit, Auseinandersetzung mit dem Abbild von Familie.

Als Angebote zu Förderung von *Schutzfaktoren* werden gesetzt: Angebote für gute Beziehungserfahrungen, sowie zur Solidarität und Angebote zur Entwicklung von Empathie, sowie zur Förderung von Selbstreflexion.

4.1.3 Franck

Den ausführlichsten Beitrag zur gestalttherapeutischen Gruppenarbeit liefert **Franck** in seinem Buch „Gestalt-Gruppentherapie mit Kindern“, indem er einen Gruppenverlauf im Rahmen seiner psychotherapeutischen Tätigkeit in einer Beratungsstelle beschreibt, sowie typische Prozessverläufe und Interventionen. Seine therapeutische Haltung ist beeinflusst von Überlegungen aus der spirituellen Lehre Krishnamurtis, mit Nähe zum Zen-Buddhismus, Franck nennt sie die „spirituelle Dimension“ der Gestalttherapie: *„innerlich leer zu werden, den Willen zur Strukturierung beiseite zu lassen und dem Gegenüber für sein Wachstum und seine Entwicklung Raum zu schaffen.“* (Franck, 1997, S. 13). Die spirituelle Dimension der Kindertherapie findet außer bei Franck in den zitierten Werken nur noch bei Baulig Erwähnung.

Als Aufgaben der Therapeuten beschreibt er das Anbieten und Zur-Verfügung-Stellen des Raumes, das Seinlassen, dessen, was ist, sowie Achtsamkeit und Wahrnehmen der Kinder und der Gruppe. Er beschreibt eine Haltung der Bereitschaft, auf die Absichten des Kindes und sein Potential einzugehen und daraus Situationen zu entwickeln, in denen es seine Impulse und Phantasien umsetzen kann (vgl. Franck, 1997, S. 58ff). Dieser Grundhaltung der Achtsamkeit misst auch Reddemann (2009) hohe Bedeutung bei, für Gruppentherapie insgesamt, als auch speziell für Trauma-Gruppenbehandlung und untermauert dies durch wesentliche Erkenntnisse aus der Hirnforschung (vgl. Reddemann, 2009, S. 306ff).

Wie bereits in Kapitel 1.3 beschrieben, gibt es auch bei Franck im Stundenverlauf eine übliche Anfangs- und Abschiedsstruktur mit Sitzkreis und abschließender Runde mit Knabbereien und Getränken. Dazwischen gibt es eine Minimalstruktur im Sinne von wenigen

Regeln „*Wir teilen ihnen mit, daß sie sich in den Räumen umsehen können, und daß sie spielen dürfen, was und mit wem sie wollen. ... Verboten sei es, dem anderen ernstlich wehzutun. ... Ansonsten könnten sie weitestgehend machen, was sie wollen.*“ (Franck, 1997, S. 81) – damit, sowie auch in Gruppenzeit und Raum-, bzw. Materialangebot unterscheidet sich Franck deutlich von anderen Therapeuten.

Besondere Bedeutung kommt dem Anbieten einer normen- und wertefreien Gegenwart zu. Zu Beginn des Prozesses steht „Unfreezing“, eine Technik aus der Gruppendynamik mit Erwachsenen, im Vordergrund: „*Gewohnte Verhaltensmuster sollen aufgetaut werden, indem eine Situation geschaffen wird, in der sie nicht mehr besonders sinnvoll erscheinen. ... Der ungewöhnliche Freiraum führt die Kinder in eine Regression. Sie gehen in einen anderen Verhaltenbereich zurück, der weniger klischeehaft ist, sondern näher bei ihren eigenen Impulsen liegt.*“ (ebd., S. 83) Dadurch geraten die Kinder in eine „*existenzielle Krise*“, die sie betroffen macht: „*Sie erleben zuerst mit Erschrecken, dass es plötzlich keinen Druck von Erwartungen und Rollenvorgaben gibt, selbst die Regeln sind auf ein Minimum zusammengeschrumpft. ... Plötzlich können sie fast ungehindert das in Handeln umsetzen, was ihnen gerade einfällt. ... Auf diesem Weg beginnen sie allmählich zu spüren, was sie bedrückt. Sie machen Versuche, das rauszulassen, was unverdaut in ihnen liegt.*“ (ebd., S. 54f)

Es sei notwendig, das sich zunächst einstellende regressive Chaos in der Kindergruppe (das lt. Autor Wochen und Monate dauern kann) durchzuhalten und die Momente zu registrieren, in denen die Kinder aus ihrem Wahrnehmungskontinuum heraus handeln. Im Sinne der Selbstregulierung sollen die Kinder auf diesem Weg die Prägnanz ihrer eigenen Gestalt entwickeln können. Diese Haltung in der Anfangsphase steht in starkem Widerspruch zu Bernstädt et al. (2010) – es wird zurückhaltend mit Interventionen umgegangen, die in die Regression oder in die Katharsis führen, wenn noch kein tragbarer Boden geschaffen ist. Zur Verlangsamung werden Übungen und Strukturen angeboten, die einem Aufbau von Vertrauen und Sicherheit dienen (vgl. Bernstädt et al., 2010, S. 52). Rahm (2004) unterscheidet sich ebenfalls in Bezug auf die beschriebene Haltung von Franck in der Anfangsphase: Die ersten Stunden sollen nicht zuviel Angstausslösendes beinhalten, den Kindern soll nicht zuviel zugemutet werden, die Therapeuten machen Angebote, die ein entspanntes Ankommen ohne zuviel Anforderungen ermöglichen (vgl. Rahm, 2004, S. 14f). Eine ähnliche Abgrenzung zu Franck zeigen auch Baulig et al. (2002, S. 98), sowie Fak (2012, S. 387).

Franck erwähnt, dass er in Kindergruppen eine bestimmte Prozessdynamik beobachtet, die sich immer wiederholt hat, wiederkehrende und ähnliche Motive und Verhaltensweisen. Dies bezeichnet er als „Erlebensebene archaischer Gestalten“, zu der die Kinder im Laufe des therapeutischen Prozesses Zugang bekommen - gemeint ist damit ein Zurückgehen in frühere Entwicklungsräume der Psyche und des Menschheitserlebens.

„Das Gruppenklima ermutigt die Kinder, die in ihrem Inneren auftauchenden archaischen Gestalten anzunehmen, sie prägnant werden zu lassen und mit ihnen kreativ zu spielen. Dieser Prozeß kann heilende Kräfte freisetzen, weil das Kind in den Gestalten Teile seiner Person ahnt. Es hat Zeit, die Teile seiner Person wahrzunehmen, auszugestalten und in sein Selbst zu integrieren.“ (Franck, 1997, S. 17)

Dieser Ansatz der „Identifikation mit archaischen Gestalten“ und „Spielerischer Nachvollzug archaischen Lebens“ (ebd., S. 21) weist Bezüge zu Ansätzen von Jung (1990) auf. In den Spielen wird die innere Thematik des Kindes sichtbar: *„Die eigene Kraft und Stärke zeigt sich in der schönen Prinzessin, im glücklichen Prinzen, im siegreichen Helden. Bedrohungen werden durch die böse Hexe oder den gefährlichen Zauberer verkörpert. Die Aggressionen werden durch den Drachen oder andere Tiergestalten zum Ausdruck gebracht.“* (Franck, 1997, S. 44)

Beschrieben werden auch mit dem jahreszeitlichen Rhythmus verbundene Themen:

- Herbst/Winter: sich mit weichen Materialien Raum für persönlichen Rückzug schaffen, Höhlen, Zelte, Häuser bauen, Rückzug im Gruppenraum; Themen wie Geborgenheit, Angenommensein, menschliche Wärme
- Weihnachtszeit: matschen mit Teig, naschen, backen, verzieren, Süßigkeiten – Themen wie Genuss, Festlichkeit, Überfluss, Vorräte, Schaffenslust
- Ende des Winters/Fastnachtszeit: sich verkleiden, schminken, „Zeit der Prinzessinnen und Helden“, erste Ausflüge nach draußen, sich zeigen, intensivere Rollenspiele, Entwickeln von Geschichten, Thema Erotik, Auseinandersetzung mit den Erwachsenen im Spiel
- Frühjahr: Eroberung des Außenraumes, Streifzüge in angrenzende Grundstücke, Klettern, Bauen von Baumhäusern oder Hütten, Bewohnen; Kämpfe, Büffeljagden, Sammeln
- Frühsommer: Wasserschlachten, „Hordenleben“ im Freien, Lagerfeuer machen

- Erste Ferienwochen: Ausflug, Feiern, Abschlussfest mit Eis und gegrillten Würstchen

Die Schlussphase gilt als „Entwöhnungsphase“ – die Aufgabe der Therapeuten ist, die Kinder aus der regressiven archaischen Phantasiewelt zurück auf eine dem Alltag ähnliche Spielebene zu bringen. Beschrieben werden das Einführen von Regelspielen wie Verstecken, Räuber und Gendarm, sowie Schnitzeljagden. Die Therapeuten bringen an dieser Stelle des therapeutischen Prozesses Vorschläge ein und achten auch auf das Einhalten der Regeln. Entgegen seiner Aussage, dass das Therapieende nicht zu konstruiert und kognitiv betont sein soll, weil dies eher dem Ordnungsbedürfnis des Therapeuten entspräche, wird es in seinen Gruppen mit einem Abschlussfest als doch bewusster und deutlicher Abschied gefeiert (vgl. Franck, 1997, S. 89ff).

Sehr im Gegensatz zu Aichinger et al. (2010) spielen bei Franck unterschiedliche und reichlich vorhandene Materialien als Erlebnisqualitäten und „Entwicklungsangebote“ eine große Rolle, allerdings wird auch weitgehend auf „vorgefertigtes“ Spielzeug verzichtet. Die Materialien werden phasenspezifisch angeboten und eingesetzt – z.B. Luftballons als Einladung zum tänzerischen Spiel miteinander in der Anfangsphase, Tücher, Decken und Kartons für die Höhlenbauphase, weiters wie unter „Rahmenbedingungen“ beschrieben Baumaterialien, Holz und Werkzeug für die Baumhäuser, sowie für die Backphase „*große Berge von Teig und viele Süßigkeiten*“ (Franck, 1997, S. 91). Dieses Bereitstellen von Materialien in den entsprechenden entwicklungsbezogenen Phasen stellt bereits eine Intervention dar, ebenso das große Raumangebot. Als Besonderheit, die bei Franck als „selbstverständlich“ gehandhabt wird, sonst aber in der Literatur nicht auftaucht, wird das Medium „Videokamera“ für das Aufnehmen von gespielten Szenen verwendet, die Ergebnisse werden gemeinsam angeschaut. Franck schildert, dass es dadurch zu einem nochmaligen, allerdings etwas distanzierteren Erleben des Gruppengeschehens bei den Kindern kommt, was zur Vertiefung beiträgt und Feedbackmöglichkeit bietet (vgl. ebd., S. 101f). Hier ergibt sich eine Ähnlichkeit in der Absicht von Rahm, „Exzentrizität“ zu ermöglichen.

Die therapeutischen Interventionen schlüsselt Franck in drei Bereiche auf:

- Momentane Situationsklärung: Vorschläge der Therapeuten an die Kinder in einer Streitsituation zum Aushandeln eines Kompromisses, Stellungnahme der Therapeuten

bei abwertenden und diffamierenden Wortmeldungen. Diese Interventionen dienen der Erweiterung der sozialen Fähigkeiten der Kinder: Kompromissbereitschaft, bewegliches Rollenverhalten, Bereitschaft zur Toleranz anderer Meinungen und Wertvorstellungen. Wichtig ist den Therapeuten auch hier, ohne Lob und Tadel, stattdessen mit Zuwendung und Konsequenz hinsichtlich Selbstverantwortung zu intervenieren (vgl. ebd. S. 63f).

- Entwicklungsangebote an die Gruppe oder an das einzelne Kind: Achtsamkeit der Therapeuten, Bereitstellung von bestimmten Materialien, Eingehen auf den jahreszeitlichen Rhythmus, Rückversicherung durch „bestätigende Blicke“, Anregung zu „Alternativen“ auf spielerischer Ebene durch den Therapeuten, einem Kind in einer bestimmten Situation Möglichkeiten anbieten, die es außerhalb seiner Muster ausprobieren könnte (vgl. ebd., S. 65ff).
- Krisenmanagement: laute verbale Unterbrechung des Geschehens durch den Therapeuten mit „Halt“ oder „Stop“, gegebenenfalls eine kurze leibliche Intervention „Festhalten“, um ein Innehalten beim Kind/ bei den beteiligten Kindern zu ermöglichen und eine Grenze aufzuzeigen, Erinnern an vereinbarte Regeln, Anregung zu Alternativverhalten, oder die Gruppe versammeln, um gemeinsam (ohne Therapeuten) nach einer Lösung zu suchen. Krisenmanagement wird hauptsächlich bei körperlichen Auseinandersetzungen notwendig (vgl. ebd., S. 68f).

Die genannten Interventionen an sich unterscheiden sich nicht wesentlich von Oaklander oder Rahm, nehmen in der Beschreibung von Franck aber wesentlich weniger Raum ein, es wird zurückhaltender damit umgegangen im Sinne einer Haltung des „Lassens“, wohingegen sich Oaklander und Rahm als Therapeuten stärker aktiv in den Prozess einbringen.

In der Vorbereitung der Therapeuten auf die Gruppe zeigt sich wiederum die absichtslose und achtsame Haltung – spätestens eine halbe Stunde vor Beginn der Gruppe ziehen sich die Therapeuten zurück, um innerlich ruhig zu werden und in dieser Haltung die Kinder zu empfangen.

Folgende *gruppenspezifischen Wirkfaktoren* kommen zum Tragen: Kohäsion, die Gruppe als sozialer Mikrokosmos, der Ausdruck von Gedanken und Gefühlen, die Auseinandersetzung

mit dem Abbild von Familie, Erleben von Selbstwirksamkeit, Erleben von Autonomie, Rückmeldungen. Als Angebote zur Förderung von Schutzfaktoren können genannt werden: Förderung von Exzentrizität, Entwicklung von Selbstwirksamkeit, Entwicklung von Bindungsqualitäten, Entwicklung von Solidarität, Androgynität, sowie zur Empathie.

Zusammenfassend kann bisher festgehalten werden, dass in der zitierten kindergestalttherapeutischen, sowie kindergruppentherapeutischen Literatur spezifische gestalttherapeutische Konzepte und Theorien erwähnt werden. In der vorliegenden Arbeit setze ich die Kenntnisse dieser Grundprinzipien voraus und möchte hier nur die Bezüge zur Kindergruppentherapie nochmals verdeutlichen. Interessierte finden jedoch die Klärung der Grundbegriffe in Hochgerner, Hoffmann-Widhalm, Nausner, Wildberger (2004) „Gestalttherapie“.

- **Bedeutung der therapeutischen Beziehung:** Dialog als Ausgangspunkt von Therapie (Katz-Bernstein et al., 2004; Bernstädt et al., 2010, Heinemann et al., 2009), sowie Beziehung als rückgekoppelter Kontaktprozess im Hier und Jetzt (Baulig et al., 2002), Spielen im Dialog (Fak, 2012)
- **Kontakt und dessen Vermeidung:** im Sinne von Experimentieren mit und Üben bzw. Stärken von Kontaktfunktionen im Spiel (Bernstädt et al., 2010, Oaklander, 2011)
- **prägnante Gestaltbildung:** im Sinne eines Entwicklungszieles für das Kind – die Prägnanz seiner eigenen Gestalt entfalten können (Franck, 1997)
- **Wahrnehmungskontinuum:** als Erlebensqualität im freien Spiel (Franck, 1997), als zu entwickelndes Ziel von Gewahrsein (Oaklander, 2011; Franck, 1997; Bernstädt et al., 2010)
- **Selbstregulierung:** Vertrauen auf die Selbstregulierung der Gruppe (Franck, 1997; Bernstädt et al., 2010)
- **Kontakt-Support-Modell:** ausreichend Stütze für die Bewältigung des nächsten Entwicklungsschrittes mobilisieren (Baulig et al., 2002; Bernstädt et al., 2010), am ehesten mit dem gängigen Begriff „Ressource“ vergleichbar. Widerstand als Mangel an Support zu beschreiben, kann sehr hilfreich in „herausfordernden“ Situationen mit Kindergruppen sein.
- **Hier und Jetzt-Prinzip:** Förderung der direkten Kommunikation in der Gruppe, aktuelle Störungen haben immer Vorrang (Oaklander, 2011; Franck, 1997); Erleben

- im Hier und Jetzt als Ausgangspunkt für Veränderungen (Bernstädt et al., 2010; Oaklander, 2011; Franck, 1997; Baulig et al., 2002)
- **Feedback:** Rückmeldung geben/ bekommen ist klassisch gestalttherapeutisch (Oaklander 2011; Franck, 1997; Baulig et al., 2002), gleichzeitig auch in allen anderen Therapierichtungen in Kindergruppen zu finden (Rahm, 2004; Aichinger et al., 2010, Heinemann et al., 2009); Feedback als das „Herzstück“ der Gestalttherapie (Bernstädt et al., 2010)
 - **Klärung des Gruppenprozesses:** neben dem inhaltlichen Aspekt den Beziehungsaspekt des Gruppengeschehens thematisieren (Bernstädt et al., 2010; Baulig et al., 2002), diesen in der Kindergruppe wieder ins „Spiel“ bringen (Heinemann et al., 2009; Rahm, 2004; besonders ausgeprägt bei Aichinger et al., 2010)
 - **Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung:** im Gruppenprozess kommt es zu besonderen Übertragungsformen, die Teil des therapeutischen Prozesses sind und Hinweise auf offene Gestalten geben (Franck, 1997; Oaklander, 2011; Baulig et al., 2002; Bernstädt et al., 2010). Ebenso in den verwandten Therapieschulen zu finden (Rahm, 2004; Aichinger et al., 2010; Heinemann et al., 2009)
 - **Ganzheitlichkeit:** in Bezug auf die mehrperspektivische Betrachtung des Kindes, als auch in der Setzung von Angeboten, die alle Sinnesbereiche der Kinder ansprechen (Oaklander, 2011; Franck, 1997; Baulig et al., 2002)
 - **Erlebensorientierung:** nimmt in der Arbeit mit Kindern einen Hauptteil der Arbeit ein und ist bei allen Autoren zu finden
 - **Experimente und „Übungen“:** diese sind am wirkungsvollsten, *„wenn sie organisch gewachsen, im Fluss des Gruppenlebens entstanden sind und ihr eine Folgerichtigkeit innewohnt“* (Polster & Polster, 2002, S. 171). Unter verschiedenen Bezeichnungen werden von den Therapeuten auf die Kinder zugeschnittene Spielangebote gesetzt (Oaklander, 2011; Baulig et al., 2002), sowie auch bei Rahm (2004) und Heinemann et al. (2009).
 - **Achtsamkeit** als therapeutische Grundhaltung (Franck, 1997)
 - **Feldtheorie:** einerseits in Bezug auf den Gruppenprozess, andererseits in Bezug zur Arbeit mit Bezugspersonen als Umwelt-Feld-Perspektive; die Theorie wird zum Teil unter anderen Gesichtspunkten betrachtet und benannt, ist vom Zusammenhang jedoch in allen erwähnten Werken enthalten.

- **Einsatz von kreativen Medien:** Diese Arbeitsweise ist einerseits typisch gestalttherapeutisch, gleichzeitig aber allen zitierten Kindertherapien immanent. Es scheint jedoch methodenspezifische Schwerpunktsetzungen zu geben.
- **Arbeit mit Träumen:** die gestalttherapeutische Technik taucht im Gruppensetting mit Kindern nur bei Oaklander (2011) auf

Weiters werden folgende Grundannahmen wirksam und sind oft implizit zu finden:

- **Figur-Hintergrund** als Orientierungshilfe im Gruppengeschehen, sowie als „Figurbildungsprozess“ von bedeutsamen Themen für die Gruppe (Bernstädt et al., 2010)
- **offene und geschlossene Gestalten** in Bezug auf Themen eines Gruppenteilnehmers, als auch in Bezug auf die ganze Gruppe – beispielsweise Unklarheiten über das Verbleiben eines Teilnehmers, das die Gruppe sehr verunsichern kann (Bernstädt et al., 2010)
- **Körperarbeit:** ist wesentlicher und natürlicher Bestandteil der Kindertherapie und wird im Sinne von leiblichen Interventionen explizit beschrieben (Franck, 1997; Rahm, 2004; Aichinger et al., 2010)

4.2 Schulenspezifische Besonderheiten verwandter Therapierichtungen

Als verwandte Therapierichtung zur Gestalttherapie möchte ich die Integrative Therapie heranziehen, die ihre Wurzeln u. a. auch in der Gestalttherapie hat. Das Konzept von Rahm ist ein wesentlicher Beitrag für die zeitgemäße Entwicklung von Kindergruppentherapie. Auch Psychodrama und Gestalttherapie haben sich in ihrer Entwicklung wechselseitig beeinflusst und stehen in einem Naheverhältnis. Der Ansatz von Aichinger & Holl, zwei erfahrenen Kinder-Psychodrama-Therapeuten, wird im Anschluss dargestellt.

4.2.1 Rahm - Integrative Therapie

Dorothea Rahm legt in ihrem Konzept, wie bereits in Kapitel 1.2 beschrieben, besonderes Augenmerk auf die Entwicklung von Schutzfaktoren, Beziehungsfähigkeit und

Bindungsqualität im gruppentherapeutischen Prozess und entwickelt darauf aufbauend ein Konzept für die Förderung dieser Schutzfaktoren. Rahm beschreibt, welche Vielfalt an Möglichkeiten besteht, als Gruppentherapeut konkret die Wirksamkeit von Schutzfaktoren zu etablieren.

- **Angebote für mehrperspektivisches Sinnverstehen** als Vorbereitung der Entwicklung von Selbstreflexion: „*Solche Verstehens-Angebote helfen dem Kind, den Sinn seiner eigenen Handlungen und Gefühle zu begreifen ...*“ (Rahm, 2004, S. 166). Die Therapeuten bieten Deutungen an, auf dem Hintergrund „*Handeln und Fühlen auch aus dem Blickwinkel der aktuellen oder vorausgegangenen sozialen Situation heraus zu verstehen*“ (ebd., S. 166) und für das Kind verstehbar zu machen.
- **Angebote zur Förderung von Exzentrizität** und Vorbereitung der Entwicklung von Selbstreflexion: dem Kind ermöglichen, sich in einer Situation einen Augenblick innerlich zu distanzieren, innezuhalten oder sich wie von außen zu betrachten, anstatt von einer Emotion überwältigt auszuagieren. Es geht um den Unterschied „Kontrolle haben“ und „sich ausgeliefert fühlen“.
- **Angebote zur Entwicklung von Selbstwirksamkeit:** Als Bestärkung in der Überzeugung von Selbstwirksamkeit können die „schriftlichen Botschaften“ an die Kinder betrachtet werden. „*In einer Gruppe ... haben wir in der zweiten Stunde eine Botschaft für einen Jungen geschrieben, auf schönem Papier, mit zugehörigem Briefumschlag und der Aufschrift 'Botschaft für Ivar'. Sie enthielt einen einzigen Satz: 'Wir haben gemerkt, dass du in der letzten Stunde gewagt hast, 'nein' zu Alfred zu sagen und dass du dich von deiner Meinung nicht hast abbringen lassen' sowie die Unterschriften der vier Gruppenleiter.*“ (ebd., S. 140) Im zitierten Beispiel wollte jedes Kind daraufhin eine Botschaft haben und es entstand ein eigenes Anfangsritual daraus.
- **Angebote für gute Beziehungserfahrungen und für die Entwicklung von Bindungsqualitäten:** Die Therapeuten sind Modell für verschiedene Möglichkeiten, Kontakt und Beziehung aufzubauen, deutlich auf eigene Grenzen zu aufmerksam zu machen, sowie offen und ehrlich zu sein. Dies gilt ebenso, wenn die Therapeuten Kinder enttäuschen oder verletzen - sich entschuldigen und zeigen, dass es einem leid tut. In

Bezug auf die Bindungssicherheit spielt Zuverlässigkeit eine große Rolle. *„Die Kinder müssen sich darauf verlassen können, dass wir sie – wie eine gute Mutter – angemessen wahrnehmen, fürsorglich beantworten und nötigenfalls auch vor anderen schützen. Bindungssicherheit bedeutet, dass die Erfahrung von Vertrauen abgespeichert wird als eine Erfahrung, die die Vorhersagbarkeit guter zukünftiger Erfahrungen mit einschließt.“* (ebd., S. 167) Auf Basis dieser Zuverlässigkeit können später auch zumutbare Unsicherheiten und Enttäuschungen ertragen und verarbeitet werden, v. a. wenn sie auch sprachlich kommentiert werden. Z.B. *„Wir haben vergessen, dich in der Decke zu schaukeln. Das ist schade! Was können wir tun, damit uns das nicht nochmals passiert?“* (ebd., S. 167) Vorhersagbare Rituale zu vorhersagbaren Zeiten – wie Anfangs- und Abschlussrituale (Sitzkreis, Massagekreis, Geschichte erzählen) etc. stellen auch Zuverlässigkeit und Bindungssicherheit her.

- **Angebote zur Entwicklung von Solidarität:** Innerhalb der Therapiegruppe erlangen die Kinder füreinander Bedeutung, oft entstehen freundschaftliche Episoden. Therapeuten können indirekt die Solidarität weiter fördern, indem sie auftauchende *„gemeinschaftliche Durchsetzung ihrer Interessen gegenüber den Erwachsenen beim ‘Tisch-Höhlen-Spiel’ wahrnehmen und wertschätzen oder solidarische Provokationen und Störaktionen ... kommentieren: ‘Es ist euch gemeinsam gelungen, uns zu zeigen, wie das ist, wenn man nicht mehr weiter weiß. Und nun wartet ihr gemeinsam darauf, dass wir uns überlegen, was man in so einer Situation tun kann.’“* (ebd., S. 168)
- **Angebote zur Förderung von Androgynität:** Die Erfahrung der Autorin zeigt, dass es über die Ablehnung von Kindern des anderen Geschlechts über heftige Konflikte mit der anderen Gruppe zu einem übereinstimmenden Umgang miteinander kommt. Hinter ständig wiederholten Abwertungen steckt häufig Neugierde – dies kann von den Therapeuten vorsichtig thematisiert werden, im Sinne der Gleichberechtigung von Interesse und Abgrenzung.
- **Angebote zur Entwicklung von Empathie:** Die Abwehr oder Abspaltung von der Fähigkeit sich selbst oder anderen gegenüber deutet auf massive, schädigende Beziehungserfahrungen hin. Die Autorin veranschaulicht durch ein Beispiel: Ein Kind misshandelt wiederholt brutal einen Stofflöwen. Das Aufmerksammachen auf den „Schmerz“ des Löwen alleine ist dabei nicht hilfreich, ein Kommentar (im passenden

Moment und im passenden Tonfall, d.h. äußerst sensibel) muss immer auch das Verstehen der notwendigen Abwehr beinhalten. „*Das tut gut, den Löwen ganz oft zu ermorden. Da muss man nicht merken, dass es weh tut.*“ (ebd., S. 169)

(vgl. Rahm, 2004, S. 166ff)

Das Buch bietet sehr umfangreiche, höchst lebendige und lesenswerte Falldarstellungen, sowie einen „Schatz“ an Methoden, die auch im laufenden Prozess mit den Kindern weiterentwickelt werden – dieses prozessorientierte Vorgehen ist für den Leser sehr nachvollziehbar dargestellt.

Als Interventionen werden explizit benannt:

- Aufmerksam-Machen: ein wahrgenommenes Ausdrucksverhalten eines Kindes ernst nehmen und sprachlich oder spielerisch aufgreifen – kommentieren, nachfragen, anstelle des Kindes im Spiel etwas aussprechen, etwas besonders betonen. „*Wir können das, was das Kind gesagt hat, mit Kreide zu seiner Decken-Insel dazu schreiben, zum Beispiel: 'besuchsbereite Insel' oder 'haigeschützte Insel' ...*“ (ebd., S. 95)
- Identifikation: Die Therapeuten nehmen Rollenangebote des Kindes an, erspüren die Erlebnisqualitäten dieser Rolle und bringen davon zum Ausdruck, was sie dem Kind vermitteln wollen. Insbesondere auf die Verbindung verschiedener Rollen Aspekte wird Wert gelegt (z.B. stören und gestört werden; „der Schlimme“ und der „Erleidende“). Eine Sonderform der Identifikation ist die der inneren Gefährtschaft bzw. des inneren Beistandes (Petzold, 1993), eine Weiterentwicklung aus Übergangs- und Intermediärobjekten. In der Kindergruppe wird mit Stofftieren als Gefährten oder Beschützern gearbeitet, mit Fotos von den bedeutsamen Gefährten oder mit einem vom Kind ausgewählten Kraftstein. Bei längerer Abwesenheit des Kindes können sogar „Tier-Patenschaften“ übernommen werden.
- Leibliche Interventionen: sowohl spontan als auch geplant; d.h. einerseits im Sinne von: Dazwischengehen bei körperlichen Auseinandersetzungen, Halten, Trösten, Beruhigen, andererseits in Form von Übungen und Spielen: Massieren in der Wohlfühldecke, Deckenschaukeln, Autowasch-Massage, Pizza-Massage, Beschützer-Ballspiel, Schimpfwort-Kissenschlacht; Nähe-Abgrenzungs-Übungen wie Schiebe-Kämpfe, Territorium-Verteidigen und im Besonderen das „Inselspiel“ mit vielfältigen

Variationsmöglichkeiten (ähnlich dem Safe Place bei Katz-Bernstein, 1996); das Einrichten einer „Nicht-Mitmach-Ecke“ und einer „Wohlfühlecke“

- Distanzierungshilfen: Der Therapeut kann auch bezüglich Distanzierung (vgl. Exzentrizität) Modell z.B. für Hilflosigkeit und gleichzeitige Gelassenheit darüber sein. Als weitere Intervention kann ein Therapeut einem Kind etwas sagen, das noch stärker einem anderen Kind gilt – dieses kann aus der „Ferne“ geschützt teilhaben, ohne direkt konfrontiert zu sein. Ebenso möglich ist dies mit einem Fremdbeispiel, wenn das Kind schwer betroffen ist „Ich kannte einmal ein Mädchen bei uns zuhause...“

(vgl. Rahm, 2004, S. 94ff)

Eine immer wieder erwähnte Intervention ist das „Reflektierende Team“ (Andersen, 1990) – gemeint sind laut geäußerte Überlegungen vor den Kindern, sowie Absprachen zwischen den Gruppenleitern. Manchmal sind diese Dialoge im Vorhinein schon vorbereitet worden, um den Umgang mit einem bestimmten Thema bei einem Kind anzubahnen – ein Beispiel findet sich in Kapitel 6. Dies scheint Ähnlichkeiten mit verschiedenen, bei Aichinger et al. (2010) beschriebenen Techniken zu haben (z.B. Selbstgespräch, Ambivalenz doppeln).

Besonders facettenreich und berührend erscheint das Arbeiten mit Geschichten innerhalb der Gruppe. Einerseits werden Vorlesegeschichten verwendet, die die Entwicklungsthemen der Kinder spiegeln (ähnlich wie bei Oaklander, 2011 und Baulig et al., 2002), andererseits schreiben die Therapeuten für die einzelnen Kinder der Gruppe Geschichten, die aus deren individuellen Themen oder Rollenspielen im Gruppenprozess entstanden sind.

Widerstand wird als Schutz vor Veränderung und Überflutung gedeutet – „*wo die Herausforderung im Verhältnis zur Sicherheit noch zu groß, zu gefährlich ist*“ (vgl. Rahm, 2004, S. 90) – hier zeigt sich die Ähnlichkeit zur Gestalttherapie im Sinne von „Widerstand als Mangel an Stütze“. Als Formen von Widerstand gelten Stören, Ablenken, nicht Mitmachen, nicht Zuhören, Neinsagen, nicht Sprechen, Weglaufen, Ohren zuhalten. Widerstand wird als wichtiges „Stopp-Signal“ des Kindes anerkannt und benannt und gilt als Hinweis auf ein bedeutsames Thema, für das erst der Boden aufbereitet werden muss (wie bei Oaklander, 2011). Auch der Umgang mit Übertragung und projektiver Identifizierung auf spielerischer Ebene wird im Buch dargestellt (vgl. ebd., S. 89ff).

In einer achtsamen und ganzheitlichen Weise bereiten sich die Gruppenleiter auf die erste Gruppentherapie-Stunde vor – sie versuchen, sich die teilnehmenden Kinder gemeinsam im Therapieraum vorzustellen. *„Wir entwickeln gemeinsam Ideen, Bilder, Phantasien, wie diese Kinder zusammen in diesem Raum wohl aussehen mögen, wie sie sich mitteilen, wie sie klingen, wie sie riechen, für welche Themen sie wohl ansprechbar sein werden und für welche nicht, welche Ängste, welche Aggressionen es geben mag, was ihnen wohl Freude machen wird, welche Struktur, welche Absicherung sie vielleicht brauchen.“* (Rahm, 2004, S. 16)

Bei Rahm sind ausnahmslos alle Schutzfaktoren, sowie alle gruppenspezifischen Wirkfaktoren feststellbar.

4.2.2 Aichinger & Holl - Psychodrama

Aichinger et al. (2010) beschreiben ihren Kinder-Psychodrama-Ansatz, den sie über dreißig Jahre entwickelt haben, als „gruppenzentrierten“ Ansatz – die Gruppe als Ganzes, die Beziehungen untereinander rücken in den Mittelpunkt.

Nach der Einleitung einer Gruppensitzung durch die Therapeuten und einem Konsens der Kinder im Prozess der Themenfindung geht es um eine grobe Skizze des Handlungsablaufes. Die Bedeutsamkeit der Rollenwahl und die Technik der „Rollenbefragung“, um eine Rolle plastischer zu machen und für die Szene anzuwärmen, erfolgt verbal oder bereits im Spiel z.B. befragt der Leiter als Schreiber einer königlichen Chronik Prinzessinnen und Ritter zu ihrer Herkunft, ihren Eigenheiten, ihren Beziehungen etc. (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 42).

Den Umgang mit dem Aspekt der Rollenwahl möchte ich hier herausgreifen, um zu verdeutlichen, dass dieses Wissen allgemein für das Rollenspiel mit Kindern genutzt werden kann.

Bei Rollenwahlen, die mit Machtausübung zu tun haben, muss sich das Kind erst das Einverständnis der anderen Kindern einholen und es werden Absprachen zum „Umfang“ dieser Machtausübung getroffen (z.B. wie weit die „Zauberkräfte“ reichen). Entgegen omnipotenten Rollenvorstellungen werden den Kindern auch die Begrenzungen der jeweiligen Rolle verdeutlicht (z.B. ein Tiger kann beißen und weit springen, aber nicht

fliegen). Wählen Kinder immer wieder Rollen, die sie in Konflikt mit anderen Kindern bringen, werden sie von den Spielleitern schon bei der Rollenwahl aufmerksam gemacht. Ein Rollenwechsel innerhalb eines Spiels wird einem Kind nur zugestanden, wenn die neue Rolle bessere Entwicklungsmöglichkeiten bietet, z.B. mehr Kontakt zu anderen Kindern bewirkt.

Im Gegensatz zum Erwachsenenpsychodrama und zur Psychodrama-Einzeltherapie mit Kindern spielen in Aichingers Ansatz in der Regel beide Leiter mit (wie auch in allen anderen zitierten Beiträgen zur Kindergruppentherapie)– die Kinder entscheiden gemeinsam über die Rollen der Therapeuten – diese dienen der Projektion der Selbstrepräsentanzen der Kinder und müssen von den Therapeuten daher sorgsam in den Aspekten Übertragung/ Gegenübertragung reflektiert werden.

Dem Einrichten der Szenerie, dem Einteilen des Raumes als Strukturierungsmöglichkeit und Begrenzung (z.B. müssen Wände und Türen ernst genommen werden, ein Polster als „Felsen“ kann nicht einfach umgestoßen werden) und dem Verhandeln um Baumaterialien und Requisiten kommen eigene Bedeutungen zu. Nach der Bau- und Verkleidungsphase zeigt ein Verwandlungsritual, das Rieseln des Regenstabes, den Beginn der eigentlichen Spielphase und das Wechseln in die gewählten Tier- oder Heldenrollen an. Im Spiel stellen die Kinder ihre inneren Szenen dar, um Lösungen für die darin verborgenen Aufgaben und Konflikte zu finden, sowie eine Katharsis belastender Gefühle zu erleben.

Zur Veranschaulichung seien noch einige szenische Spiel-Inhalte aufgezählt: Tiere auf dem Bauernhof, sechs Kinder treffen sich in einem Zeltlager und bestehen ein Abenteuer (am Anfang als Einstieg durch die Therapeuten vorgeschlagen), Urwaldtiere werden von Tierfängern gejagt, Außerirdische landen im Schlafzimmer, Ritterspiel, Königshof, Zirkusvorführung, Gladiatorenkampf, Astronauten im Weltraum, mexikanische Banditen, Piraten überfallen ein Schiff etc.

Besonders interessant und für Rollenspiele in der Kindergruppentherapie nützlich ist das differenzierte System von Interventionstechniken innerhalb des symbolischen Spiels wie Spiegeln, Selbstgespräch, Stützendes Doppeln, Ambivalenz Doppeln, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann. Interessierte finden ausführliche und sorgfältige

Information, veranschaulicht durch viele Praxisbeispiele im zitierten Werk (vgl. Aichinger et al., 2010, S. 64ff).

Darüber hinaus gibt es Handlungstechniken (Strukturieren von Handlungsabläufen, Erinnern an Rollenbegrenzungen, Spielunterbrechung/Einfrieren). Im Gegensatz zu Franck (1997) sprechen sich Aichinger et al. für eine aktive Haltung des Therapeuten zur Orientierung der Kinder und Strukturierung des Ablaufes in Form von Absprachen und Vorschlägen aus, da die Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern noch nicht ausreichend entwickelt ist (vgl. ebd., S. 185).

Weiters gibt es deutende Interventionen, die auch meist im Spiel auf der Symbolebene im Selbst- oder Zwiegespräch in den zugewiesenen Rollen erfolgen– z.B. kann der Bauer (Therapeut) fragen, wieso Bello (Franz) so bissig geworden ist und weiter überlegen, dass er vielleicht zubeißen müsse, weil ihn sonst die Bauersleute vor lauter Arbeit nicht mehr bemerken und sich um ihn kümmern würden (vgl. ebd., S. 88). Hier bestehen Ähnlichkeiten zu Rahm. Weiters werden erwähnt:

- beziehungsstiftende Interventionen zum Aufbauen dialogischer Handlungsstrategien im Spiel (besonders bei autarken, grandiosen, beziehungslosen Heldenfiguren)
- Interventionen, die Solidaritätserfahrungen schaffen
- Interventionen, die Zusammenarbeit und Identität fördern (z.B. können einzelne Pokemons mit ihren jeweiligen Spezialfähigkeiten nur gemeinsam die Therapeuten als „Pokemonfänger“ besiegen)
- Interventionen, die gegenseitige Hilfe und Empathie fördern (vgl. ebd., S. 190ff)
- Leibliche Interventionen werden nicht explizit gemacht, jedoch wird häufig vom Einbezug des Körpers gesprochen (vgl. ebd., S. 49) und dieser wird im Sinne der leiblich-seelischen Ganzheit als wichtiges Phänomen gewertet.

In der Abschlussphase wird das Spiel zu Ende gebracht, es erfolgt das „de-rolling“, das Zurückkehren auf die Realebene 10 min vor dem Ende der Therapiestunde. Im Abschlussritual, der Feedbackrunde im Polsterkreis, gibt es eine Rückschau auf das Spiel und auf wichtige Erfahrungen.

Eine besondere Erwähnung findet noch das „Aufräumen des Gruppenraumes“ – dies wird von den Therapeuten übernommen, weil die Stunde nicht mit einer „pädagogischen

Maßnahme“ und damit einhergehenden negativen Übertragungsgefühlen von Erziehungskämpfen enden soll (vgl. ebd., S. 102f).

Insgesamt bietet das Buch (für mich als Nicht-Psychodrama-Erfahrene) eine Fülle an Anregungen zur Umsetzung von Inhalten ins szenische Spiel, Klärung zum Annehmen von und Interagieren in Rollen, sowie damit einhergehende Interventionsmöglichkeiten. Ebenso werden spezielle Interventionen bei einzelnen Kindern (gehemmt-ängstlich, aggressiv) differenziert erklärt. Eine ausführliche Darstellung zum Thema Übertragung, insbesondere zu Übertragungsdynamiken in unterschiedlichen Gruppenphasen und Übertragung der Therapeuten auf die Kinder ergänzt das Werk.

Als gruppenspezifische Wirkfaktoren kommen zum Tragen: Kohäsion, Universalität des Leidens, Gruppe als geschützter Raum, Ausdruck von Gedanken und Gefühlen, Auseinandersetzung mit dem Abbild von Familie, Erleben von Selbstwirksamkeit, Autonomie, Rückmeldungen. Die von Rahm beschriebenen Schutzfaktoren können ausnahmslos alle in der beschriebenen therapeutischen Arbeit wiedergefunden werden.

5 Reflexion des Gruppengeschehens und der einzelnen Kinder

Die Reflexion des Gruppengeschehens und der individuellen Prozesse der Kinder erfolgen in einer Nachbesprechung, die in ihrer Wichtigkeit und Vielschichtigkeit von Rahm (2004) beschrieben wird – aus dem Verstehen des Prozesses geht wiederum die Planung für die nächste Gruppensitzung hervor. Diese Stundenreflexion findet unmittelbar nach der Gruppensitzung statt, es wird mindestens eine Stunde Zeit dafür eingeplant. Die Fülle an Wahrnehmungen und Ereignissen werden grob anhand des folgenden Schemas (Rahm, 2004) strukturiert und protokolliert.

Eigene Gefühle und eigenes Erleben während der Gruppenstunde werden in Bezug zu sich selbst, zu den einzelnen Kindern, zu den anderen Erwachsenen ausgetauscht und haben zunächst entlastende und psychohygienische Funktion. Die Besprechung des Umgangs miteinander schließt Anerkennung und Kritik mit ein, das Respektieren von unterschiedlichen

Kompetenzen, das Klären von Missverständnissen untereinander, sowie auch den Mehrbedarf an Unterstützung durch die anderen. Durch die Komplexität des Gruppengeschehens sind solche Unstimmigkeiten nicht vermeidbar, nur reduzierbar. Gemeinsam wird an passenden Bewältigungsstrategien gearbeitet. Im Austausch der unterschiedlichen Wahrnehmungen über einzelne Phasen des Gruppengeschehens und das Verhalten einzelner Kinder relativieren sich eigene Wertungen – während beispielsweise ein Teil der Gruppenleiter enttäuscht war, dass ein Kind hinausgelaufen ist, haben sich die anderen gefreut, dass ein zweites Kind hinterhergelaufen ist und ihm Unterstützung gegeben hat.

Als nächstes wird der **Gruppenprozess** besprochen, einzelne Aktivitäten, Interventionen und aufgetauchte Themen – was soll fortgesetzt, ergänzt, und was verändert werden? Welche Hypothesen entstehen?

Die Beobachtungen zu jedem **einzelnen Kind**, sichtbar gewordene Stärken und Potentiale, sowie Schwierigkeiten, zum Ausdruck gebrachte Themen und Bedürfnisse werden nacheinander gesammelt. Daraus folgen Überlegungen, welche Angebote das Kind konkret braucht.

Im Hinblick auf die **Zusammenarbeit mit Bezugspersonen** wird überprüft, ob es Handlungs- oder Klärungsbedarf gibt und ob die Kommunikation ausreichend gut ist.

Aus all diesen bisherigen Gedankenverknüpfungen und dem Verstehen des Prozesses entsteht die **Planung der nächsten Gruppenstunde**: „*Welche Gruppenprozessentwicklungen stellen wir uns vor, wünschen wir uns? Welche Ausdrucks- und Erfahrungsmöglichkeiten wünschen wir uns für einzelne Kinder? Welche Interventionen, welche Handlungsstrategien, welche Übungsvorschläge ergeben sich daraus?*“ (Rahm, 2004, S. 86) Ein wesentliches Prinzip der Planung der Gruppentherapie ist das der Kontinuität und Sicherheit – es werden viele Wiederholungen, sowie Wiederholungen mit Variationen eingebaut – dann haben auch die Kinder die Möglichkeit mitzuverfolgen, wo sie sich weiterentwickeln (vgl. Rahm, 2004, S. 107).

Diese umfangreiche Darstellung des Reflexionsprozesses findet sich in der Literatur nur bei Rahm (vgl. ebd., S. 82ff) und fände in gestalttherapeutischem Vokabular bei Bernstädt et al. Entsprechung (vgl. Bernstädt et al., 2010, S. 42ff).

6 Spezielle therapeutische Herausforderungen

Welche Voraussetzungen Therapeuten mitbringen müssen, wenn sie therapeutisch mit Kindergruppen arbeiten wollen, beschreibt Rahm (2004) folgendermaßen: Gefragt sind *„körperliche Kondition; Bereitschaft zu leibhaftiger Auseinandersetzung; Belastbarkeit, Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen; Toleranz für Hilflosigkeit; Akzeptanz von Grenzsetzung seitens der Kinder, die nicht meinen eigenen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Angeboten entsprechen; Toleranz für und Abgrenzung gegen Nähe-Wünsche, die nicht meinen eigenen Gefühlen entsprechen; ein Einlassen auf Not, Leid, Schmerz, Wut, auf die Ungerechtigkeit dieser Welt und immer wieder auch eine Distanzierung davon.“* (Rahm, 2004, S. 101)

Weiters sind Kreativität, Erfahrung, Wissen und vor allem Freude an der Arbeit mit den Kindern wichtig (vgl. ebd., S. 101f). Gleichzeitig kann im akzeptierenden Umgang mit eigenen „Unzulänglichkeiten“ als Therapeut, mit einem „Noch-nicht-Wissen“ und „Noch-nicht-verstehen“ oder mit nicht zu vermeidenden Fehlern den Kindern eine wertschätzende Haltung sich selbst gegenüber vermittelt werden.

Speziell in der Kindergruppe können therapeutisch herausfordernde Situationen aufgrund von Handlungsorientierung und Spontaneität der Kinder und sich daraus entwickelnden komplexen und unerwarteten Dynamiken auftreten. *„Wir wollen die erste Stunde gut strukturiert gestalten, damit sich die Kinder durch die Grenzen gehalten fühlen. Aber jetzt fängt der siebenjährige Peter doch tatsächlich an, auf den Polstern zu schaukeln und umzukippen, und im allgemeinen Gelächter löst sich die ganze Spannung der Kinder, und im Handumdrehen schaukeln und purzeln die anderen vier mit Gelächter ebenfalls von den Sitzen. Unsere Bitte, sie sollten sich wieder setzen, findet keinerlei Gehör.“* (Aichinger et al., 2010, S. 115)

Typisch sind **Gruppenkonflikte mit körperlichen Auseinandersetzungen**, Verlagerung des Konfliktes von der Spielebene auf die Realebene, Untergruppenbildung, die rasche, manchmal körperliche Interventionen erfordern. Der „Königsweg“ ist es, sowohl die Dynamik der Gruppe zu nutzen, als auch das Problem zu lösen.

Aus dem Psychodrama wird bei Konflikten unter den Kindern neben verbalen Interventionen auch auf der Handlungsebene eingegriffen – z.B. betritt der Therapeut als „deutender Kommentator“ im Sinne eines Wettkampfes die Szene: er beschreibt und spiegelt, wie die Konkurrenten einander zu übertrumpfen versuchen, sich in der Hitze des Gefechtes beschimpfen etc.

Auch das Phänomen der **Untergruppenbildung** – z.B. Burschen gegen Mädchen, oder auch eine Teilgruppe, die sich mit den Leitern verbündet - kann der Therapeut thematisch auf die Spielebene bringen, indem er z.B. „2 verfeindete Königsreiche“ aufeinander treffen lässt (vgl. Heinemann et al., 2009, S. 126ff).

Eine spezielle Situation in der Gruppentherapie entsteht auch, wenn Kinder zu früh gebracht und einfach „abgeliefert“ werden – oft entstehen dann bereits im Wartebereich schwierige Situationen – Streit mit anderen Kindern, Aufruhr. Auch bei Kindern, die bereits selbständig zur Therapie kommen, kann dies der Fall sein. Der Ärger des Kindes über die Bezugsperson, die es zu früh gebracht hat, um Zeit für sich zu gewinnen, kann sich auf die Beziehung zum Therapeuten übertragen und sich in einer ablehnenden Haltung ausdrücken – in so einem Fall muss eine Klärung mit der Bezugsperson erfolgen (vgl. Aichinger et al., 2010, S.145).

Die Frage wäre, ob eine Art „begleitetes Ankommen“ stattfinden kann, d.h. ob die Therapeuten bereits in ihrer Zuständigkeit sind, oder ob bis zu Gruppenbeginn die Verantwortung bei den Bezugspersonen bleibt. Hilfreich kann sein, die Wartezeit bis zu Gruppenbeginn für die Kinder bei Bedarf mit einem vorhandenen Spielangebot (Kartenspiele, kleine Konzentrationsspiele von kurzer Dauer etc.) zu verkürzen und eine Möglichkeit für eine sinnvolle Struktur zu bieten.

Konflikte zwischen (besonders bei vorpubertären) **Kindern** in beginnender Protesthaltung **und Gruppenleitern** als reale Vertreter der Erwachsenenwelt können schnell ein destruktives Ausmaß annehmen (sich verweigern, Leiter mit Pölstern bewerfen, aussperren versuchen etc.). Wichtig dabei ist es, den Versuch der Kinder, die Therapeuten zu entmachten und selbst an die Macht zu kommen auf die Spielebene zu transferieren – z.B. als Sheriff auftreten und die „Banditen“ zur Rede stellen (vgl. ebd., S. 157ff).

„Eklige“ **Verhaltensweisen** wie Rülpsen, Rotzen, Furzen, Spucken in der Gruppe, sowie ein entsprechender Sprachgebrauch stoßen sowohl bei den anderen Kindern als auch bei den Erwachsenen auf Ablehnung. Wenn durch direktes Ansprechen keine Veränderung oder Einsicht erfolgt, können die Gruppenleiter als „reflektierendes Team“ intervenieren und sich in der Nähe des Kindes über ihre eigene Ratlosigkeit diesbezüglich unterhalten und Vermutungen anstellen, was das Kind mit seinem Verhalten vielleicht zeigen möchte. Sie können darüber sprechen, dass Erwachsene auch oft eklig sind und eklige Dinge tun und dass Kindern im Fernsehen auch viel Ekliges vorgesetzt wird. Verstehend könnten sie dann weiter feststellen, dass Kinder das alles ja auch mal loswerden müssen (vgl. Rahm, 2004, S. 86).

Ein schönes Beispiel für den **Umgang mit Kränkungen eines Gruppenleiters durch die Kinder** findet sich bei Rahm (2004) – Eva, eine der Gruppenleiterinnen möchte nach einem Bataka-Kampf nicht nochmals kämpfen und wird von den enttäuschten Kindern als „Spielverderberin“ bezeichnet, die Kinder wollen jedoch auch nicht hören, dass jeder das Recht hat, darauf zu achten, wenn man etwas nicht will. Diese Sequenz wird in der nächsten Stunde nochmals dahingehend von Eva thematisiert, „...*wie verletzend es für sie war, ‘Spielverderber’ genannt zu werden, so verletzend, dass ihr erst mal gar keine Antwort einfiel. Sie will damit zeigen, wie hilflos auch Erwachsene manchmal sind, dass auch Erwachsene in manchen Situationen zunächst nicht weiterwissen und sich nicht trauen, das zu zeigen*“ (Rahm, 2004, S. 42). Damit kann die Therapeutin zu einem neuen Modell für Problemlösung werden.

7 Schlussfolgerungen

Beim Lesen der unterschiedlichen Beiträge entsteht die Vermutung, dass im konkreten „Tun“ bzw. in den Absichten hinter den Interventionen der einzelnen beschriebenen Therapiekonzepte große Ähnlichkeiten bestehen. Allerdings werden diese Interventionen in unterschiedlicher Häufigkeit eingesetzt, verbunden mit einer therapeutisch mehr oder weniger strukturierenden Haltung. Dieser unterschiedliche Umgang mit Gruppenstruktur und –leitung scheint allerdings, nach eingehendem Vergleich, weniger eine Schulen- als vielmehr eine individuelle Therapeutenvariable zu sein.

Methodenspezifische Unterschiede lassen sich feststellen – z.B. dass in der Psychodrama-Literatur (Aichinger et al., 2010) naturgemäß hauptsächlich szenisches Spiel stattfindet. In der Integrativen Therapie (Rahm, 2004) findet ein relativ großes Spektrum an kreativen Methoden Verwendung – besonders differenziert dargestellt sind das szenische Spiel, das Vorlesen und Schreiben von Geschichten, sowie zentral das „Inselspiel“ mit zahlreichen Variationen – dies erinnert auch an Katz-Bernsteins (1996) Safe-Place-Konzept. Stofftieren kommt über die übliche Verwendung im szenischen Spiel hinaus im Sinne des Konzeptes der inneren Gefährtschaft eine besondere Bedeutung zu – dieses Konzept ist hilfreich und praxisbezogen leicht nutzbar. Das Schreiben von individuellen Therapiegeschichten als Spezialform einer spiegelnden und ressourcenorientierten, progressiven Intervention erachte ich auch als besonders wertvoll, wenn auch aufwendiger. Weiters kann das „reflektierende Team“ auf eine behutsame Weise zur Anbahnung von Bewusstheit und Verstandenwerden, sowie zur Versprachlichung beitragen.

In der Integrativen Gestalttherapie finden sich bei Franck (1997) methodisch verstärkt das handwerkliche Gestalten (Bauen, Formen), sowie die besondere Qualität von Matschen, Kneten, Teig machen, die zum basalen „sinn“-lichen Erleben einladen. Naturverbundenheit, ganzheitliches Erleben des Jahreskreises, sowie Spiritualität sind Teil der Therapie.

Die Kenntnis der unterschiedlichen Rollendynamiken, Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten aus dem Psychodrama, besonders auch zum eigenen Agieren in Rollen als Therapeut, sehe ich als große Bereicherung für den Einsatz des szenischen Spiels in Kindergruppentherapie insgesamt. Mir persönlich hilft die konkrete Benennung der psychodramatischen Techniken, Interventionen auf der Handlungsebene besser zu verstehen, bzw. liefert es die Theorie und Systematik dazu, wo ich mir bisher einzelne Interventionen „abgeschaut“ habe und gut fand. Von der differenzierten Betrachtung der Übertragungsphänomene aus dem Psychodrama kann ebenso Bewusstheit gewonnen werden.

Dankbar bin ich weiters für den Begriff und dem Erklärungsmodell der „Exzentrizität“ als Vorstufe zur Selbstreflexion.

Die gruppenspezifischen Wirkfaktoren und die beschriebenen Angebote zur Förderung von Schutzfaktoren können in unterschiedlicher Intensität und mit einem unterschiedlichen Grad

an Bewusstheit in allen beschriebenen Konzepten vorgefunden werden. Bezugspersonenarbeit findet ebenso in allen Richtungen statt, wird aber unterschiedlich strukturiert und in ihrer Bedeutung anders bewertet. Die bestehende Vielfalt ermöglicht, für mich als Therapeutin, die beste „Passung“ herauszufinden – im Einklang mit meinem Konzept, meiner Persönlichkeit und den beteiligten Kindern und Bezugspersonen.

Insgesamt ist das Lesen und Lernen anhand von Gruppen-Fallbeispielen in der Vielschichtigkeit der verschiedenen Schulen eine große Bereicherung. Unterschiede der Betrachtungsweise spiegeln sich im verwendeten Vokabular, dem fachspezifischen Jargon – die Bedeutungshintergründe können mit „Dolmetsch“ zwischen den therapeutischen Schulen gut miteinander abgeglichen werden. Dies scheint umso interessanter, als für die eigene therapeutische Arbeit einiges nutzbar wird, wenn man diese Übersetzungsarbeit leistet! Ich persönlich empfinde diesen therapieschulenübergreifenden Gebrauch der bisher gewonnenen Erkenntnisse aufschlussreich und höchst anregend.

Das Leiten von Kindergruppen, sowie das Lesen ebensolcher Literatur üben eine große Faszination auf mich aus. Es ist die Kunst, beziehungsstiftende Überlegungen kreativ in kindgerechte Interventionen, sprich Spielvorschläge, umzuwandeln und somit als kontaktvolle „Antwort“ an die Kindergruppe zurückzugeben.

Die Komplexität einer Kindergruppe **ist** herausfordernd in der Schnelligkeit der Dynamiken und der geforderten Reaktionsbereitschaft der Therapeuten, jedoch auch bereichernd, berührend und lehrreich. Ich hoffe, mit der vorliegenden Arbeit Lust und Mut zum Ausprobieren zu machen!

Literaturverzeichnis

Aichinger, A., Holl, W., Gruppentherapie mit Kindern. Kinderpsychodrama: Band 1, 2., aktual. u. erw. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010

Andersen, T. (Hg), Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge, Modernes Lernen, Dortmund 1990

Anger, H., Schön, T. (Hg), Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, EHP Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach 2012

Bauer, J., Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern, Eichborn, Frankfurt 2002

Baulig, I., Baulig, V., Praxis der Kindergestalttherapie, EHP Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach 2002

Bernstädt, J., Hahn, S., Gestalttherapie mit Gruppen, EHP Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach 2010

Bowlby, J., Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung, Kindler, München 1975

Brem, H., Ein Vergleich von homogenen und heterogenen Kinder-Psychodrama-Therapie-Gruppen. Unveröffentlichte Abschlussarbeit am Moreno Institut, Stuttgart 2008

Brunner, B., Integrative Gestalttherapie mit Kindern und deren Familien, unveröffentlichte Graduierungsarbeit im ÖAGG, Villach 2009

Burlingame, G.M., Fuhriman, A., Johnson, J.E., Cohesion in group psychotherapy, in: Norcross, J. (Hg), Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients, 71-88, Oxford University Press, New York 2002

Burr, W., Wozu brauchen wir eine systemische Kindertherapie?, in: Rotthaus, W. (Hg), Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 4.Aufl., Carl-Auer Verlag, Heidelberg 2013

Fak, H., Spielen im Dialog – Überlegungen zum Spielen in der Gestalttherapie mit Kindern, in: Anger, H. und Schön, T. (Hg), Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, S. 363-392, EHP Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach 2012

Franck, J., Gestalt-Gruppentherapie mit Kindern, Arbor Verlag, Freiamt 1997

Furman, B., Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten, 2. Aufl., Carl-Auer Verlag, Heidelberg 2007

- Fried, L., Kindergartenkinder ko-konstruieren ihr Wissen über die soziale Welt, in: Fried, L., Büttner, G. (Hg), Weltwissen von Kinder, 55-77, Juventa, Weinheim 2004
- Grawe, K., Was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie? Erläuterung vier grundlegender therapeutischer Wirkprinzipien und die Anwendung auf therapeutische Schulen zur Beurteilung ihrer Wirksamkeit. Einführungsreferat auf dem Psychotherapiekongress, Hamburg 1994, abgedruckt auf: www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe.html#toc2
- Heinemann, C., Vor der Horst, T., Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Ein Praxisbuch, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2009
- Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E., (Hg): Gestalttherapie, facultas, Wien 2004
- Jung, C. G., Archetypen, dtv, München 1990
- Katz-Bernstein, N., Zaepfel, H., Ali und sein Schweigen – aus der gestalt-Integrativen-Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie, in: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E., (Hg): Gestalttherapie, 369-390, facultas, Wien 2004
- Katz-Bernstein, N., Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie, in: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.), Praxis der Integrativen Kindertherapie, Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd. 2, 111 – 142, Junfermann Verlag, Paderborn 1996
- Kirsch, C., Die Strukturierung der Arbeit mit Eltern und anderen Bezugspersonen, in: Rahm, D., Integrative Gruppentherapie mit Kindern, 111-121, Neuaufgabe, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 2004
- Mair-Fellner, S., Ich schaffe es. Integrative Gestalttherapie mit Kindern unter Einbeziehung der Resilienzfaktoren, unveröffentlichte Graduierungsarbeit im ÖAGG, Seewalchen 2013
- Mattke, D., Reddemann, L., Strauß, B., Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung, Klett-Cotta, Stuttgart 2009
- Mortola, P., Einführung in die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Das Praxisbuch zum Violet-Oaklander-Training, Peter Hammer Verlag, Wuppertal 2011
- Niebergall, G., Gruppenpsychotherapie, Psychodrama und Rollenspiel, in: Remschmidt, H. (Hg), Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, 134-147, Thieme, Stuttgart 1997
- Oaklander, V., Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, 15.Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 2011
- Papoušek, M., Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und –Psychotherapie, in: von Klitzing (Hg), Psychotherapie in der frühen Kindheit, 88-118, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1998
- Perls, L., Leben an der Grenze, EHP, Köln 1989

- Petzold, H.G., Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd. 1-3, Junfermann, Paderborn 1993
- Polster, E., Polster, M., Das Herz der Gestalttherapie, Peter Hammer Verlag, Wuppertal 2002
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H., Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis, 4.Aufl., Junfermann, Paderborn 1999
- Rahm, D., Integrative Gruppentherapie mit Kindern, Neuauflage, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 2004
- Rahm, D., Kindergruppentherapie zur Förderung von Schutzfaktoren und Bindungssicherheit, 23 - 41, in: Vogt, M., Caby, F. (Hg), Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2., durchges.Aufl., borgmann publishing, Dortmund 2010
- Reddemann, L., Gruppentherapie in der Traumabehandlung – die Gruppe als Ressource nutzen, in: Mattke, D., Reddemann, L., Strauß, B., Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung, Klett-Cotta, Stuttgart 2009
- Slavson, S. R., Einführung in die Gruppenpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1971
- Spierling, H. K., „Das nächste Spiel ist immer das nächste“ – therapeutisches Arbeiten mit Jungengruppen, in: Vogt, M., Caby, F. (Hg), Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen, 121 – 136, borgmann, 2., durchges. Aufl., Dortmund 2010
- Stern, D., Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart 1992
- Vogt-Hillmann, M., Burr, W. (Hg), Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie, 6., durchges. Aufl., borgmann publishing, Dortmund 2009
- Vogt, M., Winizki, E., Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen. Ein integratives Modell, Brandes und Apsel, Frankfurt 1995
- Vogt, M., Caby, F. (Hg), Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen, borgmann, 2., durchges. Aufl., Dortmund 2010
- Votsmeier-Röhr, A., Dialogische Gestalttherapie als Prozeß-Erfahrungs-Ansatz: III. Ressourcenaktivierung – Stützfunktionen im Therapieprozeß, unveröffentlichtes Manuskript, Bad Grönenbach 1999
- Widlöcher, D., Das Psychodrama bei Jugendlichen, Walter, Olten 1974
- Winnicott, D.W., Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, Pfeiffer, München 1976
- Yalom, I. D., Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch, 6.Aufl., Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2001
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R., J., Psychologie, 7.Aufl., Springer, Berlin 1999