



Leseprobe aus: Höfer, Spieltherapie, ISBN 978-3-621-28301-4

© 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28301-4>

Vorwort

Während meiner über 20-jährigen praktischen Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, als Dozentin und als Supervisorin sind mir viele verschiedene Einstellungen zum Thema Spiel begegnet. So gab es Kollegen und Kolleginnen, die die Auffassung vertraten, man müsse mit den Kindern nur spielen, dann lösten sich die Probleme gleichsam wie von selbst, da die Lösung aller Probleme in der kindlichen Spieltätigkeit an sich liege. Am anderen Pol der kollegialen Einstellungen zum Spiel lernte ich Kollegen und Kolleginnen kennen, die Spiel als nicht therapeutisch begreifen, mit den Kindern und Jugendlichen rein manualgestützt kognitiv arbeiten und Spiel vor allem als Verstärker, teilweise zum Beziehungsaufbau einsetzen. Zwischen diesen Polen habe ich in meiner Ausbildungs- und Lehrtätigkeit immer wieder gehört, es sei so schade, dass in der verhaltenstherapeutischen Kindertherapie das Medium Spiel immer etwas hintenan stehe, da die Kinder offensichtlich einerseits so lustvoll und hochmotiviert spielten und andererseits die manualorientierte Arbeit oft wenig motiviert über sich ergehen ließen.

Da nun Spieltätigkeit jeglichen Alters durchaus zielgerichtet ist, wie auch in neueren Veröffentlichungen zur Spielpsychologie ausdrücklich festgestellt wird, ist es mir ein Anliegen, die eingangs benannte Polarität aufzulösen. Das vorliegende Buch soll Kollegen und Kolleginnen, die gern spielen und dies als ein für sie anwendbares therapeutisches Medium begreifen, die Möglichkeit bieten, das Spiel als grundlegende kindliche, wenn nicht sogar menschliche Ausdrucksform in die zielorientierte Verhaltenstherapie zu integrieren. Es ist mir wichtig aufzuzeigen, dass Spiel keine willkürlich-unstrukturierte Tätigkeit darstellt, sondern von Sinnhaftigkeit und Zielorientiertheit geprägt ist und somit die Grundvoraussetzungen gegeben sind, um das Spiel im Rahmen der Verhaltenstherapie nutzbar zu machen.

Damit sich die Kinder und Jugendlichen nicht in (traumatischen) Spielschleifen verlieren, sondern zu einer für sie befriedigenden Problemlösung und damit letztlich zu verändertem Verhalten finden, bin ich zutiefst überzeugt, dass auch individuelles Spiel im therapeutisch-zielorientierten und problemlöseorientierten Sinn angeleitet werden darf und soll. Die Verbindung von individuellem Spiel und therapeutischem Gelenkt-Werden scheint dabei ein Spagat zu sein; doch die Praxis zeigt, dass die Kinder und Jugendlichen uns Therapeuten schnell aufzeigen, inwieweit therapeutische Steuerung als hilfreich empfunden wird und wann sie nicht mehr als Lösungsmöglichkeit für den jungen Klienten infrage kommt.

Das vorliegende Buch hat nicht den Anspruch, eine im wissenschaftlichen Sinne erforschte und evaluierte Theorie zu entwerfen, sondern soll allen spielfreudigen und interessierten Kollegen und Kolleginnen als Möglichkeit dienen, sich noch einmal mit theoretischen Aspekten des Spiels und mit dessen Verbindung zur Verhaltenstherapie zu befassen. Das Modell des Geleiteten individuellen Spiels soll auch dazu ermuntern,

innerhalb der teilweise vielleicht etwas kognitionslastigen Verhaltenstherapie kreative und kindgerechte Methoden einzusetzen.

In Teil II und Teil III hoffe ich, mit Hilfe von Bilderserien und Gesprächsprotokollen die Anwendung in der Praxis greifbar und deutlich zu machen. Da das Buch ein Praxisleitfaden sein soll, verzichte ich darauf, meine Erfahrungen mit Zitaten, Anmerkungen und Forschungsergebnissen im Einzelnen zu belegen. Die Autoren, auf die ich mich gestützt habe, sind im Literaturverzeichnis aufgeführt. Darin ist sowohl Grundlagenliteratur als auch weiterführende Literatur zu finden. Die beschriebene Wirksamkeit des Geleiteten individuellen Spiels in der Verhaltenstherapie ist aus Erfahrungswerten meiner eigenen psychotherapeutischen Praxis abgeleitet sowie aus den Rückmeldungen von Kollegen und Kolleginnen, die spieltherapeutische Elemente in ihrer Arbeit einsetzen.

Unter Berücksichtigung dessen, dass die Mehrheit der Therapeuten mittlerweile von Frauen gestellt wird, habe ich mich dazu entschieden, in den folgenden Texten die weibliche Form zu wählen. Die männlichen Kollegen bitte ich um Verständnis dafür, dass im Interesse einer besseren Lesbarkeit auf die maskuline Form verzichtet wird; sie sollen sich selbstverständlich trotzdem mit gleicher Wertschätzung wie die Kolleginnen angesprochen fühlen.

Es ist mir noch ein Anliegen, an dieser Stelle zwei maßgeblich an dieser Veröffentlichung beteiligte Personen zu erwähnen. Bei meinem Mann, Roland Bengel, möchte ich mich aus ganzem Herzen dafür bedanken, dass er mit mir zusammen mit großer Geduld die von mir nur amateurhaft aufgenommenen Bilder der Spielszenen noch einmal nachgestellt und sie fotografiert hat. Ohne seine qualitativ brillanten Fotos wären die Fallbeispiele sicherlich wesentlich weniger eindrucksvoll dokumentiert. Bei meiner Lektorin, Frau Ohms, bedanke ich mich ganz herzlich für ihre geduldige Begleitung und fachkundigen Anregungen. Zu guter Letzt noch ein großes Dankeschön an meine Kinder Jerg und Jana, die mich in den letzten Monaten an vielen Wochenenden und Ferientagen nur eingeschränkt in Anspruch nehmen konnten.

Reutlingen, im Herbst 2013

Silvia Höfer

Vorwort zur 2. Auflage

Nachdem ich in den letzten Jahren seit Erscheinen dieses Buches sowohl Anregungen von Kollegen und Kolleginnen als auch Impulse durch fachliche Arbeiten, aber auch aus der Praxis mit den Therapiekindern erhalten habe, fließen nun in die 2. Auflage kleine Änderungen und Ergänzungen ein. So sind zum Beispiel Abschnitte zur hypnotherapeutischen Arbeit mit Spiel, zu elektronischen Spielen sowie zu interpersonellen Aspekten von neuronalen Prozessen eingefügt worden.

Mit Freude habe ich feststellen dürfen, dass innerhalb der Verhaltenstherapie das Interesse am Medium Spiel deutlich gewachsen ist. Dass das menschliche, aber insbesondere kindliche Bedürfnis zu spielen innerhalb der Verhaltenstherapie nun einen festen Platz zu finden scheint, schätze ich sehr. Mittlerweile bin ich auch vielen interessierten Kolleginnen und Kollegen begegnet und möchte sie an dieser Stelle ermuntern, weiterhin zu spielen und – sollte es zwischendurch schwierig erscheinen – mit der Komplexität des Mediums Spiel einfach spielerisch umzugehen.

Reutlingen, im Herbst 2015

Silvia Höfer

Einführung

Wenn wir an das Spiel und ans Spielen denken, assoziieren wir damit in der Regel Individualität, Kreativität, Spontaneität, Ausleben individueller Wünsche und Emotionen, das spielerische Erreichen persönlicher Ziele, aber auch das Vertiefen, Versinken und sich im Spiel verlieren. Dies alles geschieht im Einzel- wie auch im gemeinsamen Spiel. Stellen wir dem die Kognitive Verhaltenstherapie gegenüber, wie sie vielleicht auf manche wirkt, so werden wir mit der Vorstellung einer plakativ-vereinfachten, fast linearen Wirkfaktorenkette konfrontiert: Auf das Problemverhalten folgt die therapeutische Intervention, die Verhaltensalternativen darbietet und im Folgenden deren Auftretenswahrscheinlichkeit mittels operanter Unterstützung im Sinne einer Konditionierung steigert und somit langfristig eine Verhaltensänderung bewirkt. Hier scheinen also grundlegende Unterschiede aufeinander zu stoßen: Auf der einen Seite beim Spiel ein in alle Richtungen offener, von der Realität scheinbar losgelöster und individuell beliebiger Prozess, auf der anderen Seite eine therapeutisch indizierte, zielgerichtete und stringent am beobachtbaren Verhalten ausgerichtete Verhaltenskette.

Diese auf den ersten Blick bestehende Polarisierung zweier therapeutischer Methoden – einerseits therapeutisches Spiel (ausschließlich an individuellen Bedürfnissen im Hier und Jetzt orientierte Handlung), andererseits Verhaltenstherapie (zielgerichtete Verhaltensmodifikation basierend auf Veränderung dysfunktionaler Kognitionen) – ist bei genauerem Hinsehen jedoch nicht zwangsweise notwendig. Ausführliche Forschungen der Spielpsychologie (Oerter, 1999; Mogel, 2008) zeigen, dass das Spiel keine von der Lebenswirklichkeit losgelöste beliebige Aktivität darstellt, sondern ein an der kindlichen Realität orientiertes Lernen, Üben und Auseinandersetzen mit der subjektiv erfahrenen Welt ist und durchaus Zielen folgt. Genauso wenig ist die verhaltenstherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine rein kognitiv-funktionale und ausschließlich auf klassischer Konditionierung beruhende Therapieform. Sie bezieht zunehmend beziehungsorientierte wie auch kreative und schulenübergreifende Methoden ein. Hierzu hat nicht zuletzt die Therapieforchung von Grawe (Grawe et al., 1994) maßgeblich beigetragen.

Die ersten beiden Kapitel werden sich einfürend mit dem Thema Spiel aus entwicklungspsychologischer, neurobiologischer und spielpsychologischer Sicht befassen und damit die wichtigsten Grundlagen für die spieltherapeutische Arbeit innerhalb der Verhaltenstherapie skizzieren. In Kapitel 3 werden dann zunächst traditionelle spieltherapeutische Methoden aufgezeigt, die in dem hier vorgestellten Ansatz des Geleiteten individuellen Spiels Eingang gefunden haben. Kapitel 4 schlägt den Bogen zwischen Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie und therapeutischem Spiel und zeigt einen Ansatz, der sowohl bedürfnisorientiert-emotionsfokussiertes Spiel wie auch kognitive und operante Aspekte in der therapeutischen Spiel-

begleitung vereint, sodass von einem Geleiteten individuellen Spiel (GiS) innerhalb der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie gesprochen werden kann, das die Wirkungsvariablen der Verhaltenstherapie berücksichtigt, ohne die emotionalen Bedürfnisse zu vernachlässigen. Die Kapitel 5–9 beschreiben die konkrete Arbeit mit dem Geleiteten individuellen Spiel, in Kapitel 10 gibt es Fallvignetten, die die Arbeit mit dem GiS verdeutlichen. Zusätzliche Arbeitsmaterialien sind im E-Book integriert.

5 Merkmale des Geleiteten individuellen Spiels

Die Merkmale des Geleiteten individuellen Spiels ergeben sich zum einen aus den neueren neurobiologischen Erkenntnissen und der Psychotherapieforschung, zum anderen aus der Spielpsychologie und den Erfahrungen in den bisher praktizierten spieltherapeutischen Techniken (vgl. Kap. 1 und 3). Weiter ist es durch ein explizites Spielsetting und spezifische Therapeutenvariablen gekennzeichnet sowie durch die enge Verzahnung mit verhaltenstherapeutischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

5.1 Klientel und äußerer Rahmen

Das Geleitete individuelle Spiel ist für alle Kinder und Jugendlichen bis ins junge Erwachsenenalter hinein geeignet, die gern spielen möchten. Dass auch Jugendliche und Erwachsene spielen, haben sowohl Mogel (2008) am Beispiel von elektronischen Spielen als auch Oerter (1999) am Beispiel von Regelspielen, Kunst, Religion, Musik und Abenteuer-Rollenspielen diskutiert. Auch in der Sandspieltherapie wird mit Erwachsenen gearbeitet (Mitchell & Friedman, 1997).

Um das Medium Spiel im therapeutischen Setting nutzen zu können, stehen im Therapiezimmer für jüngere Kinder und Kinder bis etwa zwölf Jahren vielfältige altersgerechte Spielmaterialien zur Verfügung, sodass sie entwicklungsadäquate Spielformen anwenden können (vgl. Abschn. 2.1). Für ältere Kinder und Jugendliche eignen sich das Sandspiel sowie Regelspiele und Rollenspiele. Letztere werden auch von Jugendlichen mit Handpuppen gespielt. Junge Erwachsene, die gerne ein Spielmedium nutzen, befassen sich vor allem mit dem Sandspiel. Alle Spielmaterialien sind offen präsentiert und für die Kinder frei zugänglich.

! Für alle Altersgruppen gilt die Maxime, dass Spielen freiwillig und selbstbestimmt stattfindet.

Wie in Teil I schon ausgeführt, betrifft dies sowohl die Entscheidung für das Spielen an sich als auch die Auswahl des Spielmediums und die Bestimmung des Spielinhalts. Auch ob und wie oft ein Spiel redundant gespielt wird, bestimmt das Kind. Hier ergibt sich ein Anknüpfungspunkt zur personenzentrierten Spieltherapie, wie sie von Thomas Hensel beschrieben wird (Hensel, 2008). Dass Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit die intrinsische Motivation und damit die Effizienz des Lernens steigert, wurde an anderer Stelle schon diskutiert (vgl. Abschn. 2.1.).

Spielzeit. Die Spielzeit bezieht sich nicht, wie bei der klientenzentrierten Therapie, auf die gesamte Therapiestunde, sondern richtet sich nach dem Therapieplan, der für die

aktuelle Therapiestunde erstellt wurde, sowie nach dem Bedarf und der spezifischen Situation des Kindes. In aller Regel folgt die Therapiestunde jedoch einer festen Struktur. Die ersten fünf bis zehn Minuten gehören dem Rückblick auf die vergangene Woche mit ihren Höhen und Tiefen. Darauf folgt die verhaltenstherapeutisch-kognitive Einheit, in der therapeutische Hausaufgaben nachbesprochen, neue Inhalte vermittelt und, wenn notwendig, geübt werden. Im letzten Drittel der Therapiestunde, das etwa 15–20 Minuten umfasst, erhält das Kind Spielzeit. Diese kann allerdings individuell verlängert werden, wenn das Kind noch sehr jung ist und vorrangig über das Spiel gearbeitet werden soll. So ist es mit Kindergartenkindern oft sinnvoll, den Schwerpunkt auf die spieltherapeutischen Interventionen zu legen. Dabei wird eine aktive therapeutische und steuernde Haltung innerhalb eines am Kind orientierten Settings eingenommen, so wie dies von Schmidtchen (1989) bereits beschrieben wurde und von v. Aster (2006) auch für die Verhaltenstherapie für sinnvoll erachtet wird. Die Spielzeit wird ebenfalls ausgedehnt, wenn das Kind oder der Jugendliche in einem emotionalen Bearbeitungsprozess steckt, der es notwendig macht, sich nicht vorrangig kognitiv, sondern auch spielerisch auszudrücken. Dies ist dann sinnvoll, wenn eine ausschließlich verbal-kognitive Reflexion zu kurz greifen und der intrapsychischen Problematik nicht in vollem Umfang gerecht werden würde (Schmidtchen, 1989). Der zeitliche Rahmen wird dabei von der Therapeutin gesetzt und sollte für das Kind nachvollziehbar und nicht willkürlich sein oder dem Zufall überlassen bleiben.

Der ritualisierte Stundenablauf bietet dem Kind dabei die notwendige Sicherheit und Orientierung, die es braucht, um sich auf die Therapie im Allgemeinen und das intensive Spiel im Besonderen einlassen zu können. Insgesamt erhält das Spiel durch die konzeptuelle Einbindung der Methode des Geleiteten individuellen Spiels in die Verhaltenstherapie einen der kognitiven Arbeit entsprechenden gleichrangigen Stellenwert. Dem Kind wird so vermittelt, dass auch das therapeutische Spiel zur eigenen Entwicklung sowohl auf emotionaler als auch auf Verhaltensebene beiträgt. Gleichzeitig stellt seine gleichberechtigte Stellung in der Behandlung eine zusätzliche selbstwertstärkende Wertschätzung der kindlichen Ausdrucksformen dar. Damit tritt das Spiel aus der in der Verhaltenstherapie teilweise praktizierten Ecke der reinen Verstärkerfunktion heraus.

5.2 Grundlegende Merkmale des Geleiteten individuellen Spiels

Da für das Geleitete individuelle Spiel Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit Voraussetzungen sind, gelten für diese therapeutische Spielmethode die gleichen Grundmerkmale wie für das Spiel an sich. So wird auch im therapeutischen Spielsetting eine echte Wirklichkeit erzeugt. Darüber hinaus ist das Spiel ein personengerechter Ausdruck innerpsychischen Geschehens. Durch die intrinsische Motivation und das Vertieft-Sein in das Spiel empfindet der Spielende ein hohes Flow-Erlebnis. Der Handlungsablauf, ergänzt durch spielangepasste verhaltenstherapeutische Interventionen, wird als einsichtig und kurzweilig erlebt und birgt somit einen hohen Lerneffekt (Spitzer,

2006). Das Geleitete individuelle Spiel hat im Sinne von Oerter (1999) ebenfalls einen Gegenstands- und einen Realitätsbezug.

Explizit stellt das Geleitete individuelle Spiel ein Lern- und Veränderungsmedium dar. Die Kinder und Jugendlichen setzen sich im Spiel sowohl mit sich selbst als auch mit der Umwelt auseinander. Sie lernen dadurch, ihr Verhalten im Sinne von Assimilation und Akkomodation (Piaget & Inhelder, 1978) an den Gegebenheiten auszurichten (s. a. Mogel, 2008). Auch ist das therapeutische Spiel Verbindungsglied zwischen Kind und Umwelt, seiner inneren Welt und der Realität (Winnicott, 2012). Durch gezielte, kind- und prozessorientierte sowie an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Inhalten der Therapie anknüpfende Interventionen der Therapeutin werden Anpassungsleistungen verbessert, Entwicklungsspielräume erweitert, Beziehungsfähigkeiten ausgebaut, Emotionserleben differenziert und die Entwicklung einer stabilen positiven Ich-Identität gefördert.

Ziele des Geleiteten individuellen Spiels

Zusammenfassend werden durch das Geleitete individuelle Spiel folgende übergeordnete Lernziele angestrebt:

- ▶ Verbesserung des Selbstbildes hin zum Aufbau einer positiven Ich-Identität
- ▶ Ausbau der Reflexions- und Introspektionsfähigkeit
- ▶ Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit
- ▶ Ressourcenaktivierung und Integration von Stärken und Schwächen
- ▶ Abbau der klinisch bedeutsamen individuellen Symptomatik

In Anlehnung an Schmidtchen (1989; s. a. v. Aster, 2006) erhöhen folgende Ziele langfristig die kindliche Selbststeuerungsfähigkeit und Handlungsregulation:

- ▶ selbstwertförderliche Steigerung der Selbstakzeptanz und Selbstwirksamkeit durch konsequente positive Aufmerksamkeit und Rückmeldung
- ▶ Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Abbau dysfunktionaler Wahrnehmungsstile sowie Entwicklung einer realistischen, positiven und von Zuversicht geprägten Wahrnehmung durch Spiegeln von Emotionen und Verhalten sowie Verstärkung von Selbstexploration
- ▶ Ausbau der Symbolisierungsfähigkeit durch das gezielte Nutzen von Sprache und Vorstellungskraft sowie das Angebot von vielfältigem symbolfähigem Spielmaterial
Kindspezifisch können letztendlich auf weitere differenziertere Ziele therapeutische Schwerpunkte gesetzt werden:
 - ▶ Aufbau einer differenzierten Emotionswahrnehmung, adäquatem Emotionsausdruck und Affektregulation
 - ▶ Lernen und Üben von konkreten adäquaten Handlungen und Verhaltensmustern
 - ▶ Lernen und Üben konstruktiver, handlungsförderlicher Kommunikation
 - ▶ Erkennen und Einhalten von regelgeleitetem Handeln
 - ▶ Erkennen des Sinns von Redundanz und Ritualen sowie Erlernen von Struktur
 - ▶ Umgang mit und Integration von belastenden Ereignissen
 - ▶ Festigen und Internalisieren der mit kognitiven Techniken erlernten neuen Verhaltens-, Denk- und Empfindungsmuster

Ein wichtiger ergänzender Aspekt dieses spieltherapeutischen Ansatzes ist die Toleranz und Offenheit gegenüber therapeutischen Methoden, die ursprünglich nicht der Verhaltenstherapie zuzuordnen sind. Schon das therapeutische Spiel an sich ist keine primär verhaltenstherapeutische Methode, sondern hat seine Wurzeln in der psychoanalytischen Arbeit (Klein, 2011; Bovensiepen, 2007; s. a. Kap. 3). Doch wird das Spiel mehr und mehr auch in verhaltenstherapeutische Manuale eingebunden, ohne ausschließlich Verstärkerfunktion zu haben oder vorrangig der Beziehungspflege zu dienen (v. Aster, 2006). Allerdings betrifft dies noch vor allem Manuale zur Gruppentherapie (z. B. Schmitman Pothmann, 2010; Beck et al., 2006; Wekenmann & Schlottke, 2011). Darüber hinaus werden auch in der Ausbildung junger Therapeuten und Therapeutinnen sowie auf Fortbildungsveranstaltungen vermehrt Techniken anderer Therapierichtungen oder der Einsatz spieltherapeutischer Interventionen vermittelt.

In dem hier vorgestellten spieltherapeutischen Ansatz finden die Leserin und der Leser eine an den Bedürfnissen der Klienten ausgerichteten Arbeit (Sachse, 2006), in der neben den verhaltenstherapeutischen auch Techniken und Methoden aus der systemisch-lösungsorientierten Arbeit, aus der hypnotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, aus der Gestalttherapie, aus der Sandspieltherapie und aus der personenzentrierten Therapie zur Anwendung kommen. Insofern handelt es sich um ein eklektisch-integratives Arbeiten. Im Sinne von Grawes Psychotherapieforschung (Grawe et al., 1994) wird die Auswahl der Methodik bei der Verknüpfung von Verhaltenstherapie und spieltherapeutischen Interventionen an der Bedürfnis- und Problemlage der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet.

5.3 Setting

Material. Spieltherapeutische Interventionen finden in der Regel in einem dazu ausgestatteten Spielzimmer statt, in dem das symbolfähige Material offen zur Auswahl dargeboten wird. Fallspezifisch können sich hier jedoch Einschränkungen ergeben, wenn nämlich das vielfältige Materialangebot das Kind im Sinne einer Reizüberflutung überfordert. In diesen Fällen findet die Behandlung in einem anderen Raum statt und das Kind erhält für die Spielzeit eine seinem Potenzial angemessene Zusammenstellung an Spielmaterial zur Auswahl. Trotzdem wird der Wechsel ins Spielzimmer angestrebt und findet dort statt, sobald das Kind mit Hilfe der verhaltenstherapeutischen Arbeit ausreichend Impulskontrolle und Aufmerksamkeitsfokussierung erlernt hat. Der Wechsel in die an Reizen reiche Umgebung kann somit gleichsam als eine von der Therapeutin begleitete In-vivo-Übung für die im Training erlernte Selbstkontrolle und Selbststrukturierung begriffen werden.

Ausnahmen von der Arbeit im Spielzimmer sind auch möglich, wenn zum Beispiel die Therapeutin noch nicht die räumlichen Gegebenheiten zur Verfügung hat. Für sie bietet es sich an, in den angemieteten Räumen eine Kiste oder einen Korb mit verschiedenen Spielangeboten zu deponieren oder eine Auswahl von Spielmaterial mitzubringen. Das Kind sollte jedoch immer ein größeres Angebot zur Verfügung haben,

damit es das Spiel seinen Bedürfnissen entsprechend auswählen und gestalten kann. In solchen Fällen scheint es günstig, eher neutrales Material zu nutzen, das den Kindern vielfältige Assoziations- und Interpretationsmöglichkeiten gibt (Klein, 2011, S. 17 f.).

Therapieraum. Der Therapieraum, in dem gespielt wird, sollte ausreichend groß sein, um auch bewegungsorientierte (Rollen-)Spiele durchführen zu können, ohne sich beengt zu fühlen.

Wird Sandspiel angeboten, empfiehlt es sich, die Größe des Sandkastens in etwa dem Blickwinkel der Kinder anzupassen. Orientierungspunkt kann hierfür die Kastengröße nach den Angaben von Dora Kalff sein, die sich ihrerseits am Material von Margaret Lowenfeld orientiert hat. Die von Kalff verwendeten Maße sind $57 \times 72 \times 7$ cm (Kalff, 1996). Wenn auch die Maße variieren können, so ist es doch zu empfehlen, darauf zu achten, dass der Kasten innen einen blauen Anstrich hat und zudem wasserdicht ist. Dies ermöglicht dem Bauenden, Wasser zu imaginieren oder zu benutzen. Für meine Praxis haben sich zwei Sandkästen bewährt, da bei mir die Kinder und Jugendlichen dieses Medium häufig benutzen. Durch das Angebot von zwei Kästen kann ich einen für die Arbeit im feuchtem Sand und einen für die Arbeit im trockenen Sand zur Verfügung stellen. Ist man räumlich etwas eingeschränkt, eignen sich Sandkästen mit Rollen, sodass man sie auf die Seite schieben kann, wenn sie nicht gebraucht werden. Sandbilder sollten standardmäßig nach ihrer Fertigstellung fotografiert, der Bauprozess schriftlich protokolliert werden. Dadurch werden der Sandspielprozess und die Entwicklung der Bilderserien nachvollziehbar. Am Ende der Therapie darf sich das Kind die Fotos seiner Sandbilder aussuchen, die es gern mit nach Hause nehmen möchte. Im Interesse des Vertrauensverhältnisses und der Schweigeverpflichtung sollte das Sandbild nach der Stunde abgebaut werden. Soll das Bild zum späteren Betrachten und Reflektieren stehen bleiben, sollte es mit einem Tuch abgedeckt werden. Damit ist zum einen die Verschwiegenheit gewahrt, zum anderen wird das nächste Therapiekind in seinem Therapieprozess nicht durch das bereits Gebaute beeinflusst.

Da das Sandspielmaterial teilweise recht teuer beziehungsweise zerbrechlich ist, habe ich mich entschieden, diese Materialien am Ende der Stunde selbst wieder ins Regal zu räumen. Die anderen benutzten Spielsachen werden mit dem Kind gemeinsam am Ende der Spielzeit aufgeräumt. Möchte das Kind innerhalb der Spielzeit das Material wechseln, wird das nicht mehr gebrauchte Spielzeug zuerst weggeräumt, ehe das nächste geholt wird. Dies bietet Struktur und fördert gleichzeitig Regeleinhaltung und Selbstverantwortlichkeit. Ergänzend kann mit diesem Vorgehen auch zur Impulskontrolle und zur zielgerichteten Auswahl der Spielsachen angeregt werden.

Insgesamt ist die Atmosphäre von einer empathisch-akzeptierenden und authentischen, aber auch Struktur gebenden Therapeutenhaltung geprägt. Das Kind wird wertgeschätzt, seine Probleme ernstgenommen und die Schweigepflicht gewahrt. Spielinhalte werden ebenso vertraulich behandelt, wie dies bei gesprächsorientierter Arbeit üblich ist. Die Grundbedürfnisse des Kindes (Grawe et al., 1994) werden im Hinblick auf die Entwicklung einer positiven, tragfähigen und vertrauensvollen the-

rapeutischen Beziehung (Sachse, 2006) beachtet und respektiert. Im spieltherapeutischen Setting soll das Kind die Erfahrungen machen können, die es für seine Persönlichkeitsreifung braucht und sich die Fähigkeiten und das Wissen erarbeiten, welche für die nächsten Entwicklungsschritte notwendig sind.