

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Filialtherapie mit Familien von Kleinkindern“

Verfasserin

Jasmin Nierer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Bildungswissenschaft

Betreuer: Ao. Univ.- Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

Besonders möchte ich mich bei meinem Verlobten David bedanken, der immer ein offenes Ohr für mich hatte und gerade in den letzten Monaten der Diplomarbeit stets ermutigende Worte fand.

Sowie möchte ich mich bei meinen langjährigen Freundinnen Moni und Uli bedanken, die mir oft mit viel Verständnis und Geduld zur Seite standen.

Weiters möchte ich mich bei meiner Großmutter und Mutter für deren emotionale sowie finanzielle Unterstützung bedanken.

Auch gilt mein Dank Edith und Christian Stary für deren wertvolle Ratschläge und dafür, dass sie immer für mich da sind.

Nicht zuletzt gilt mein Dank Herrn Ao. Univ. Prof. Dr. Robert Hutterer für die Betreuung meiner Diplomarbeit sowie für die wertvollen Hinweise und Beiträge zur Gestaltung.

Stilistische Bemerkung:

Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die zusätzliche Erwähnung der weiblichen Form verzichtet, es werden nur die männlichen Ausdrucksformen verwendet. Diese gelten jedoch sowohl für das weibliche als auch für das männliche Geschlecht.

Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einem Beurteiler/einer Beurteilerin zur Begutachtung vorgelegt) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: 11.03.2011

Unterschrift: _____

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	6
2	Entwicklung der Problemstellung	9
3	Ausweisung der Fragestellung	12
4	Die wissenschaftliche Arbeitsmethode	13
5	Das Bindungssystem	16
5.1	Bindungs- und Fürsorgesystem	16
5.1.1	Aktivierung des Fürsorgesystems	17
5.1.2	Entwicklung des Bindungssystems	19
5.1.3	Bindungsqualität	21
5.2	Aktueller Forschungsstand	25
5.3	Der Bezug zur Filialtherapie	26
5.4	Zusammenfassung	27
6	Filialtherapie mit Kleinkindern	31
6.1	Begriffsdefinition	31
6.2	Prinzipien	33
6.2.1	Spielzeugauswahl	35
6.2.2	Gegenindikationen	40
6.3	Entwicklungsbedingte Überlegungen	44
6.4	Ziele	47
6.5	Kindzentrierte Fähigkeiten	50
6.5.1	Strukturieren	50
6.5.2	Empathisches Zuhören	52
6.5.3	Das kindzentrierte Mitspielen	54
6.5.4	Die Fähigkeit Grenzen zu setzen	54
6.6	Das Elterntaining	62
6.6.1	Die Vorführung von Spielsitzungen	62

6.6.2	Das anfängliche Elterntaining.....	64
6.6.3	Rollenspiele.....	65
6.6.4	Die ersten Spielsitzungen der Eltern	67
6.6.5	Supervision der anfänglichen Spielsitzungen.....	68
6.6.6	Das themenbezogene Spiel	70
6.6.7	Der Transfer der Spielsitzung.....	71
6.6.8	Die Abschlussphase.....	75
6.7	Zusammenfassung.....	77
7	Fallbeispiele.....	84
7.1	Daniel und Mark	84
7.1.1	Das Kennenlernen der Zwillinge.....	85
7.1.2	Die erste Zeit im neuen Zuhause	87
7.1.3	Das Phantasiespiel.....	88
7.1.4	Die Strukturierung	89
7.1.5	Das Setzen von Grenzen	89
7.2	Ausblick aus Sicht der Eltern.....	90
7.3	Modifizierung des 10 Wochen Modells.....	91
7.4	Charlie.....	95
7.4.1	Die ersten Sitzungen	95
7.4.2	Die Erfahrungswerte des Vaters.....	99
7.5	Zusammenfassung und Ausblick.....	100
8	Zusammenfassung der Ergebnisse	105
	Literaturverzeichnis	112
	Anhang.....	117
	Kurzfassung	117
	Abstract	119
	Lebenslauf.....	120

1 EINLEITUNG

In 30 bis 40 Jahren werden die heutigen Kinder unter drei Jahren, unseren Staat und das gesellschaftliche Zusammenleben bestimmen und gestalten. Diese Kinder werden in der Zukunft durch ihre Steuern das österreichische Sozialsystem finanzieren und die Gesetzgebung aktiv mitgestalten. Als Vorbild werden ihnen dabei in Bezug auf die Gestaltung der Qualität der Kleinkindbetreuung deren eigenen Erfahrungen aus der Vergangenheit dienen.

In den ersten drei Jahren lernen Kinder von ihren Bezugspersonen den Umgang mit sozial Schwächeren, weniger Kompetenten, Schutzbedürftigen oder Personen mit besonderen Bedürfnissen. Aus der klinischen Forschung sowie aus der Bindungsforschung geht hervor, dass Kindern ihre eigenen Erfahrungen aus der Familie oder der Betreuungsstätte später selbst an ihre Kinder weitergeben (Becker- Stoll, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist das Plädoyer der vorliegenden Arbeit die Qualität in der Betreuung und Arbeit von und mit Kindern unter drei Jahren stetig zu verbessern. Es ist deshalb von großer Bedeutung, dass ein jedes Kind eine Bindung zu seinen Eltern oder Bezugspersonen erfährt. Vorzugsweise sollte ein Kind eine sichere Bindung durch seine Betreuungspersonen erfahren. Dies kann gelingen, indem die Eltern ihrem Kind Wertschätzung entgegen bringen. Eltern sollen versuchen, das Erleben ihres Kindes aus dessen Sicht zu betrachten und ihm auf „seine stumm gestellten Fragen“ zu antworten. Die Antworten müssen dabei so formuliert werden, dass sie für das Kind verständlich sind und seiner Entwicklung angepasst sind (Becker- Stoll, 2009).

Die Bindung ist für ein Kind unter drei Jahren von großer Bedeutung, da die wichtigste Funktion der Bindung eine effektive Beruhigung von Ängsten, Aggressionen, Trauer und Einsamkeit ist. Die Besänftigung dieser Gefühle ermöglicht es dem Kind seinem Denken, Sprechen und seiner Entdeckerfreude nachzugehen. Nur durch eine solche Vorgehensweise kann ein Kind Lösungen für negative Gefühle oder Frustrationen aufgrund nicht erreichter Ziele finden.

Es ist dabei für jedes Kind essentiell Liebe, Beachtung, Anerkennung für ein bestimmtes Verhalten zu erfahren, um sich in Zukunft gerne anzustrengen ein erwünschtes Verhalten wieder zu erzeugen. Ein Kleinkind lernt mit Hilfe seiner Bezugsperson seine egoistischen Ziele, seine Wut oder Einsamkeit selbstständig und autonom zu beherrschen. Die Fähigkeit der Selbstbeherrschung ist dabei als eine Fähigkeit zu verstehen, die Kinder sich unter liebevoller Anleitung ihrer Bezugspersonen erst aneignen müssen (Becker- Stoll, 2009).

Kinder, die von der Geburt an die Erfahrung machen, dass ihre Äußerungen verstanden und beantwortet werden, lernen, dass sie sich bei Unwohlsein auf ihre Bezugspersonen verlassen können. Sie verinnerlichen die Erfahrung, dass sie liebenswert und liebensfähig sind und von erwachsenen Bezugspersonen Hilfe bekommen, wenn sie an ihre eigenen Grenzen stoßen (Grossmann & Grossmann, 2004). Dabei spielt die väterliche Feinfühligkeit eine ebenso bedeutende Rolle wie die mütterliche Feinfühligkeit für eine sichere Bindung (Kindler & Grossmann, 2004). Das Konzept der „feinfühligsten Herausforderung im Spiel“ geht davon aus, dass der erwachsene Spielpartner des Kindes nicht für feinfühlig auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes eingehen soll, sondern auch dessen Neugier, Exploration und Tüchtigkeit fördern und unterstützen muss.

Die Filialtherapie kann durch das Spiel die Eltern-Kind-Beziehung positiv beeinflussen, sofern eines der Ziele ist, die Einstellungen und Interaktionsformen der Eltern gegenüber ihrem Kind gegenüber zu verändern und dem Kind die Möglichkeit zu geben, eigene Bedürfnisse im Spiel auszudrücken. Auf diese Weise wird dem Kind die Möglichkeit gegeben Fremd- und Selbstwertschätzung zu erfahren. Durch die Filialtherapie können zudem Selbsthilfepotentiale der Eltern aktiviert werden. Eltern erfahren durch die Filialtherapie, dass sie mit Hilfe rudimentärer Mittel ein Verfahren durchführen können, das sie selbst weitgehend kontrollieren vermögen und das letztendlich auch zu einer Verbesserung ihrer Familienatmosphäre beitragen kann.

Kinder bis zu dem Alter von drei Jahren werden in dieser Arbeit als Kleinkinder bezeichnet. Trotz der pauschalen Bezeichnung der Altersgruppe, wird sowohl im theoretischen Teil sowie in den Fallbeispielen auf die Entwicklungsunterschiede

eingegangen. Daher wird dennoch eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren ermöglicht.

Diese Arbeit zeigt anhand theoretischer und praktischer Fallbeispiele, wie die Filialtherapie mit Familien von Kleinkindern effektiv eingesetzt werden kann und zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung führt.

2 ENTWICKLUNG DER PROBLEMSTELLUNG

Im Kontext der ansteigenden Arbeitslosigkeit sind Veränderungen familiärer Strukturen wie in etwa erhöhte Scheidungsraten und zunehmende allein erziehende Mütter zu beobachten. Wenn es zu einem raschen Wandel von Lebensstilen und Werten kommt, müssen Kinder den notwendigen Halt in der Familie erfahren. Das beinhaltet, dass zwischenmenschliche Nähe durch die Eltern zugelassen und ermöglicht wird. Gerade in Familien entsteht in Zeiten der hohen Arbeitslosigkeit ein Chaos, da jeder versucht sich in seinen unterschiedlichen sozialen Rollen zu behaupten und Achtung in der Gesellschaft zu finden (Ostermayer, 2006).

Kleinkinder erleben Erwachsene oft als deren Vorbilder. Eltern die Verhaltenstendenzen, wie Egoismus und Unsicherheit im gesellschaftlichen Leben aufweisen, laufen in Gefahr, dass ihre Kinder nicht selten Egozentrismus und eine hohe Bedürftigkeit nach einer Bezugsperson aufweisen. Darüber hinaus verfügen sie über eine eher geringe Frustrationstoleranz und auch ihre Selbstkontrolle und Aufmerksamkeit erweist sich als eingeschränkt. Eltern fürchten folglich über mangelnde erzieherische Fähigkeiten zu verfügen, um diesen schwierigen Situationen gerecht zu werden. Die Beeinträchtigung der eigenen Bedürfnisse kann zu Störungen in der Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern führen. Der emotionale Entwicklungsprozess der Kinder gerät somit in Gefahr. Wenn Kindern die Sicherheit ihrer Eltern in ihrer Funktion als Vorbild und Bezugsperson fehlt, haben diese kaum die Möglichkeit „ihre Erfahrungsräume sicher zu gestalten“, sodass sie eine sichere Beziehung zu ihren Eltern erfahren können. Eine fehlende sichere Bindung zu den Eltern kann wiederum dazu führen, dass es zu einer Entkräftung des kindlichen Selbstwertgefühls und des Selbstbildes kommt (Ostermayer, 2006).

Die personenzentrierte Psychotherapie geht von der Annahme aus, dass in der Eltern-Kind-Beziehung ein Erziehungsverhalten, das von einfühlsamem Verstehen, bedingungsloser Anerkennung und kongruentem Verhalten seitens der Eltern

gekennzeichnet ist, die Entwicklung eines günstigen Selbstkonzepts bei dem Kind fördern kann (Schmidtchen, 2001).

Bei der Auswahl nach einer geeigneten Intervention gilt es einige Aspekte zu beachten. Zum einem entstehen Verhaltensauffälligkeiten bei Kinder oft durch mangelnde Elternkompetenz und Fähigkeiten. Das therapeutische Spielen mit dem Kind soll Eltern dabei helfen sich ihrem Kind gegenüber in einer angemessenen und in positiver Weise zu nähern. Die Filialtherapie kann dazu beitragen die Abwehr der Eltern gegenüber einer Interventionsform zu reduzieren, da sie die Eltern aktiv in den Prozess miteinbezieht. Zudem ist die Eltern-Kind-Beziehung eine der wichtigsten in dem Leben eines Kindes; das heißt das Potential eine Veränderung zu bewirken ist höher bei einem Einbezug der Eltern als nur durch den Therapeuten (Guerney, 2000). Bowlby hat bereits 1969 von der Bedeutung der Beziehung zwischen Eltern und Kind für deren Entwicklung gesprochen:

When a mother is perceptive of her child's signals and responds promptly and appropriately to them, her child thrives and relationship develops happily. (Bowlby, 1969, S. 357)

Man kann der Aussage entnehmen, dass eine Mutter, die angemessen auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagiert zum einem die optimale Entwicklung ihres Kindes fördern kann und zum anderem entwickelt sich eine positive Beziehung zu ihrem Kind. Auf diese Aspekte wird in Kapitel 5 noch ausführlich eingegangen.

Die Filialtherapie kann durch das Spiel die Eltern-Kind-Beziehung positiv beeinflussen, sofern eines der Ziele ist, die Einstellungen und Interaktionsformen der Eltern gegenüber ihrem Kind zu verändern und dem Kind die Möglichkeit zu geben, eigene Bedürfnisse im Spiel auszudrücken. Auf diese Weise wird dem Kind die Möglichkeit gegeben Fremd- und Selbstwertschätzung zu erfahren. Der Vorteil liegt darin, dass Eltern die Möglichkeit gegeben wird langfristig und ohne einen externen Experten mit ihrem zu Kind arbeiten und gleichzeitig dem Gefühl entgegenzuwirken eine schwierige Beziehung zu ihrem Kind nicht selbst verbessern zu können. Die Filialtherapie stellt dabei nicht nur einen Therapie-,

sondern auch einen Erziehungsansatz dar, der zu der Stärkung der Eltern-Kind-Bindung beitragen kann (Guerney, 1964).

Die Methode der Filialtherapie hat sich bis heute erfolgreich bei verschiedenen ethnischen Gruppen (Lee & Landreth, 2003; Jang 2000), bei Familien mit niedrigem Einkommen, geschiedenen Elternpaaren, Pflege- und Adoptiveltern (Glazer & Kottmann, 1994), Kindern mit chronischen Erkrankungen (Glazer-Waldman, Zimmerman, Landreth und Norton, 1995), trauernden Kindern (Glazer, 2006) erwiesen. Studien haben gezeigt, dass Eltern durch die Filialtherapie gelernt haben ihre Kinder mehr zu akzeptieren, ihnen mehr Selbstständigkeit zu gewähren und empathischer auf deren Bedürfnisse zu reagieren.

Zudem wurde in Studien gezeigt, dass eine sichere Bindung und ein erforschendes Spiel zu einer positiven Beziehung beitragen können (Belsky, Garduque und Hrnir 1984). Slade (1987) hat in ihren Studien aufgezeigt, dass das Spiel zwischen Kind und Eltern besonders bei sicher gebundenen Kindern und deren Müttern zu einer erhöhten Selbsterkundung und Steigerung der Fähigkeiten des Kindes beitragen. Der klinische Bericht der American Academy of Pediatrics aus dem Jahr 2006 betont die Bedeutsamkeit des Einbezugs der Eltern in das kindliche Spiel. Durch das Spiel ist es Eltern möglich eine dauerhafte Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Zudem können Eltern die Erlebnisse und Sichtweisen besser nachvollziehen.

3 AUSWEISUNG DER FRAGESTELLUNG

Angeichts der positiven Studienergebnisse der Filialtherapie mit Kindern zwischen 3-10 Jahren, sieht es die Autorin als angebracht, im Sinne einer Bestandsaufnahme zu untersuchen, inwiefern die Filialtherapie auch mit Kleinkindern als effektive Behandlungsmethode bei Verhaltensauffälligkeiten, Trauer, Aggressionen etc. durchgeführt werden kann. Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet:

„Inwieweit eignet sich das Konzept der Filialtherapie zur Arbeit mit Familien von Kleinkindern?“

Um die Frage beantworten zu können setzt sich die Autorin mit folgenden Fragen auseinander:

Was versteht man unter Filialtherapie?

Eignen sich alle Eltern als „Co- Therapeuten“?

Welche Kriterien gilt es zu beachten, wenn man die Filialtherapie mit Kleinkindern umsetzen möchte?

Welche Fallbeispiele lassen sich in der Literatur zur Anwendung der Filialtherapie mit Kleinkindern finden?

Die zentrale Fragestellung lässt sich dabei in folgende untergeordnete Problembereiche untergliedern:

- 1) Es wird zum Ausdruck gebracht, wie häufig der Versuch in publizierten Fallbeispielen unternommen wurde, die Filialtherapie mit Kleinkindern durchzuführen.
- 2) Es erfolgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Anforderungen, die es zur Filialtherapie mit Kleinkindern bedarf.
- 3) Es wird der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die Filialtherapie mit Kleinkindern zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung leisten kann.

4 DIE WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSMETHODE

Diese Diplomarbeit bezieht sich vorwiegend auf Quellen aus der Literatur und ist somit der idealwissenschaftlichen Wissenschaftszielsetzung zuzuordnen und eine theoretisch- konzeptionelle Arbeit.

Die Methode der vorliegenden Arbeit stützt sich auf das Konzept des narrativen Reviews. Da es sich in dieser Arbeit, um eine Übersichtsarbeit handelt, erscheint diese Vorgehensweise zweckmäßig. Ein narrativer Review ist „(...) eine Zusammenfassung und Synthese verschiedener Primärstudien, aus denen sich Schlussfolgerungen für Fragestellungen in einem umfassenden und komplexen Forschungsgebiet ziehen lassen “ (File, Hutterer, Keil, Korunka und Macke- Bruck, 2008, S.6). File et al. (2008) zufolge verlangt die rasche Zunahme an Wissen in den Bildungswissenschaften eine Zusammenschau und Synthese zu spezifischen Detailergebnissen unterschiedlicher Fallstudien zu spezifischen Fragestellungen. Die Methode des narrativen Reviews eröffnet die Möglichkeit zu facettenreichen Diskussionen von Fragen und Problemen. Die Aufgabe des narrativen Reviews liegt darin, den jeweils aktuellen Wissenstand auf einem Forschungsgebiet hinsichtlich eines spezifischen Problems beziehungsweise relevanten Themas zu erfassen und zu lösen versuchen (File et al., 2008).

Die Qualität eines narrativen Reviews zeichnet sich durch ihre interpretative Sensibilität, theoretisches Problembewusstsein und den praktischen Erfahrungen des Reviewer in dem jeweiligen Forschungsgebiet aus.

Die Filialtherapie gewinnt vor allem in den USA, aber auch in Europa zunehmend Relevanz, wie es die Literaturrecherche dieser Arbeit aufzeigt. Auffallend ist jedoch, dass sich in Bezug auf Kleinkinder zwischen 0-3 Jahren kaum bis gar keine Fallbeispiele oder Fallstudien finden lassen. Aus diesem Grund werden aktuelle Fallbeispiele vorgestellt, die Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren in die Filialtherapie miteinbezogen haben.

Wenn auch Meta-Analysen den narrativen Reviews sehr ähnlich sind, gibt es einige Unterschiede. Meta-Analysen beziehen sich eher auf die quantitative Synthese von Studien und der Berechnung des durchschnittlichen Behandlungseffekts von Therapiemethoden. Der narrative Review hingegen geht vielmehr auf Kontroversen und Fragen ein, um die Forschungsthematik zu bearbeiten. Das hat zum Vorteil, dass dem Leser ein Überfluss an Tabellen, Grafiken und Formeln erspart bleibt. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass es kaum möglich ist die vorhandenen Fallbeispiele mit Hilfe von quantitativen Methoden zu unterscheiden oder zu vergleichen. Ein qualitativer Zugang, der die Fallbeispiele möglichst nachvollziehbar und genau beschreibt, erlaubt dem Autor dem Leser eine erzählende Art von Interpretation zu bieten. File et al. (2008) sieht in dieser Methode den zusätzlichen Nutzen, da aufgrund eines narrativen Reviews oft eine Qualitätseinschätzung vorgenommen werden kann.

Vor diesem Hintergrund hat der narrative Review folgende Kriterien zu erfüllen (File et al., 2008):

- Eine klar definierte Ausgangsfrage muss formuliert werden
- Alle recherchierbaren Studien müssen mit einbezogen werden, die den gegenwärtigen Forschungsstand repräsentieren
- Kritische und kontroverse Studien müssen einbezogen werden
- Eine Einbeziehung von Metaanalysen hat in der Interpretation zu erfolgen
- Es muss eine thematische Aufschlüsselung der Studien geben
- Die Studien müssen übersichtlich dargestellt und beschrieben werden
- Aktuelle Diskussionen und Kontroversen in der Psychotherapieforschung dürfen nicht fehlen

Die beiden zentralen Kriterien, nach denen die Studien in der vorliegenden Arbeit ausgewählt wurden, waren zum einen das Erscheinungsdatum zwischen 2005-2010 sowie der Einbezug von Kleinkindern zwischen 0- 3 Jahren in die Filialtherapie.

Die Auswahl der Studien und Fallbeispiele erfolgte durch einschlägige Datenbanken wie zum Beispiel Psynindex, sowie den wichtigsten Fachzeitschriften.

Die Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, jedoch wurde versucht alle wesentlichen Forschungsarbeiten zur dem Thema der Filialtherapie mit Kleinkindern aus den Jahren 2005- 2010 aufzunehmen.

5 DAS BINDUNGSSYSTEM

Da ein Säugling in den ersten Lebenswochen nicht auf umfangreiche Lern- und Lebenserfahrung zurückgreifen kann, ist anzunehmen, dass viele frühkindliche Verhaltensweisen evolutionsbiologisch geprägt sind. Während der Säugling bemüht ist seiner Bindungsperson seine Bedürfnisse mitzuteilen ist es die Aufgabe der Bezugsperson, die Bedürfnisse des Säuglings als gut als möglich zu befriedigen. Im folgenden Zitat wird die Entstehung der Bindung näher erläutert:

Die Bindung von Kindern an ihre Eltern ist an kognitive Voraussetzungen geknüpft. Von besonderer Bedeutung für den Säugling ist die Objektpermanenz, da der Säugling erst erkennen muss, dass eine Person immer noch anwesend sein kann auch wenn sie nicht unmittelbar sichtbar ist. Eine Bindung an eine bestimmte Person ist nur dann sinnvoll, wenn ihre permanente Existenz erwartet werden kann. (Lohaus, Vierhaus und Maass, 2010, S. 96)

Des Weiteren muss ein Kind ein Schema entwickelt haben, um verschiedene Personen voneinander unterscheiden zu können (beispielsweise die Eltern von dem Babysitter). Erst wenn der Säugling dazu in der Lage ist, sind spezifische Reaktionen auf die Eltern zu erwarten. Beide kognitive Funktionen dazu entwickeln sich bereits in den ersten Lebensmonaten.

Die Begriffe „Bindung“ und „Bindungsverhalten“ werden wie folgt definiert werden:

Bindungsverhalten bezieht sich auf Verhaltensweisen des Kindes, um die Nähe der Bezugspersonen zu sichern, während mit Bindung das emotionale Band zwischen Kind und Bezugsperson gemeint ist. (Lohaus, Vierhaus und Maass, 2010, S. 96)

Nachdem eine Unterscheidung der beiden Begriffe getroffen wurde erfolgt in einem nächsten Schritt eine Einführung in die Entwicklung des Bindungssystems sowie über die Aktivierung des Fürsorgesystems der Eltern.

5.1 Bindungs- und Fürsorgesystem

Die Bindungstheorie nach Bowlby gehört zu einer der frühesten Konzeptionen evolutionsbiologischer geprägter Verhaltenssysteme zwischen Säuglingen und

ihren Bezugspersonen. In diesem Konzept wird zwischen einem Bindungssystem auf der Seite des Kindes und einem Fürsorgesystem auf Seite der Eltern unterschieden. Während das Bindungssystem und sein Einfluss auf das kindliche Verhalten schon früh von großem Interesse für die Psychologie waren, ist das Fürsorgesystem erst kürzlich in das Interesse der psychologischen Forschung gerückt. Das Bindungssystem des Säuglings zielt darauf ab Nähe und Sicherheit seitens der Bezugsperson zu gewährleisten. Das Kind setzt dabei verschiedene Signale wie beispielsweise das Weinen ein, um seinen Eltern seine Bedürfnisse mitzuteilen und Nähe zu ihnen zu erreichen. Das Bindungssystem wird von dem Säugling aktiviert, wenn seine Sicherheitsbedürfnisse bedroht erscheinen und deaktiviert, wenn er sich sicher fühlt.

Das Fürsorgesystem ist darauf ausgerichtet durch gezielte Fürsorgeverhaltensweisen wie Streicheln, in den Arm nehmen oder Stillen die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen. Die Eltern greifen dabei auf ihre frühen Erfahrungen aus der Kindheit zurück, die in ihrem inneren Arbeitsmodell gespeichert sind. Dies enthält neben Erfahrungen mit erfolgreichen Verhaltensweisen, das Wissen über gezielte Reaktionen beim Säugling (Bowlby, 1982). Es bleibt jedoch durch neue Erfahrungen veränderbar. Wenn das Fürsorgesystem durch das Weinen des Kindes ausgelöst wird, greift der Elternteil auf sein inneres Arbeitsmodell zurück und wählt aus dem dort gespeicherten Verhaltensfundus ein geeignetes Fürsorgeverhalten aus. Ziel ist es Nähe und Sicherheit für den Säugling zu erzeugen, um dadurch dessen Bedürfnisse zu befriedigen (Lohaus, Vierhaus und Maass, 2010).

5.1.1 Aktivierung des Fürsorgesystems

Der Säugling setzt verschiedene Bindungsverhaltensweisen ein, um das Fürsorgesystem seiner Eltern zu aktivieren. Der Säugling versucht anhand von Signalen wie weinen oder lächeln den Eltern zu zeigen, dass er Bedürfnisse hat, die befriedigt werden müssen. Zu den wichtigsten Säuglingssignalen zählen das Weinen, das Lächeln und der Blickkontakt, den bereits ein Säugling sucht. Beim Weinen reagieren Eltern oder nahe Bezugspersonen üblicherweise mit Zuwendung und Kontaktverhalten. Es wird dabei anhand verschiedener

Verhaltensweisen versucht, das Weinen des Säuglings zu beenden. Von den Erwachsenen wird zumeist durch Auf-den-Arm nehmen, An-sich-Drücken oder das Stillen versucht, um den Säugling zu beruhigen. Den meisten Eltern gelingt es zumeist Schmerz- und Hungerschreie voneinander zu unterscheiden und dadurch differenziert auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren. Die Reaktion des Lächelns wird als wichtiger Bestandteil des Zustandekommens einer Bindung zwischen einer Bezugsperson und dem Kind gesehen. Bereits im ersten Lebensjahr ist diese Reaktion beobachtbar. Dieses Lächeln wird jedoch nicht als soziales Lächeln bezeichnet, da es nicht auf bestimmte Personen bezogen ist. Zwischen 6-10 Wochen beginnt das soziale Lächeln, das an bestimmte Personen gerichtet ist und durch spezifische Interaktionsmuster hervorgerufen wird (Lohaus et al., 2010).

In Bezug auf den Blickkontakt bringt bereits ein neugeborenes Kind die Fähigkeit mit zur Gesicht-zu-Gesicht Interaktion,

(...) indem es seinen Kopf der menschlichen Stimme zudreht und das Gesicht der Mutter visuell fixiert, auch bevor ihm ein exaktes Sehen möglich ist. Die Eltern interpretieren diese Kopfwendung ebenso wie das noch nicht reflektorische (endogene) Lächeln des Neugeborenen in der Regel als ein Versuch zur Kommunikation. (Lohaus, Vierhaus und Maass, 2010, S. 94)

Um angemessen auf die Signale des Kindes reagieren zu können, müssen Eltern sensitiv auf die Signale ihrer Kinder achten und diese richtig interpretieren. Diese Sensitivität bezieht sich auf die Fähigkeit kontinuierlich die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und rasch darauf zu reagieren (Ainsworth, Bell und Stayton, 1974). Wenn sich Eltern einfühlsam gegenüber den Bedürfnissen ihres Kindes verhalten, so fühlt sich ein Kind in der Umgebung seiner Eltern sicher. Dem Kind wird das Gefühl gegeben, dass es seine Umgebung bis zu einem gewissen Grad steuern kann und entwickelt dadurch Vertrauen in seine Umwelt. Die Sensitivität der Eltern auf die Signale ihres Kindes zu reagieren, gilt als wichtige Grundlage für das Entstehen einer sicheren Bindung eines Kindes zu seiner Bezugsperson. Während sich die Eltern für gewöhnlich schon frühzeitig an ihr Kind binden, findet die Bindung eines Kindes an seine Eltern erst viel später statt. Für die Bindung die zwischen einem

Kind und seinen Eltern entsteht, spielt das elterliche Fürsorgeverhalten der Eltern eine entscheidende Rolle (Lohaus et. al, 2010).

Im Folgenden wird auf die Entwicklung des Bindungssystems eines Kindes eingegangen. Dabei werden die Grundlagen der Entstehung einer Bindung zwischen einem Kind und einem Erwachsenen vorgestellt, sowie der Frage nachgegangen, inwieweit man die Qualität der Eltern-Kind-Bindung qualitativ erfassen kann.

5.1.2 Entwicklung des Bindungssystems

Bowlby gliedert die Entwicklung der Bindung in vier Phasen, zwischen denen es jedoch keine klaren Grenzen gibt:

Diese erste Phase dauert von der Geburt bis ungefähr acht oder zwölf Lebenswochen an. Innerhalb dieser Phase kann der Säugling kaum oder gar nicht Personen voneinander unterscheiden. Er orientiert sich lediglich an den Stimmen und den Gesichtern einer Person. Der Säugling beendet sein Schreien, wenn er eine Stimme hört oder ein Gesicht sieht. Diese freundliche Verhaltensweise, die eine Reaktion auf andere Personen ist, nimmt nach etwa 12 Wochen an Intensität zu (Bowlby, 1969).

Diese zweite Phase dauert je nach Kind und Umweltbedingungen bis etwa sechs Lebensmonate oder länger. Das Kind verhält sich dabei weiterhin freundlich gegenüber Personen, wie in der ersten Phase, jedoch richtet sich dessen Verhalten ausgeprägter auf die Bezugsperson, die als Mutter angesehen wird (Bowlby, 1969).

Der Beginn der dritten Phase liegt für gewöhnlich zwischen dem 6. und 7. Lebensmonat eines Kindes, kann sich aber bis zu dessen 2. und 3. Lebensjahr verzögern. Das Kind wird in dieser Phase zunehmend wählerischer in seiner Auswahl an Personen und sein Reaktionsrepertoire erweitert sich. In dieser Phase erkennt man deutlich, dass der Säugling seine Mutter oder eine andere Bezugsperson als Hauptbindungsfigur identifiziert kann. Gleichzeitig nehmen die bisher freundlichen Reaktionen auf alle anderen Personen ab (Bowlby, 1969).

Die vierte Phase lässt sich zeitlich schwer eingrenzen. Es entsteht eine komplexere Beziehung zwischen Säugling und Bezugsperson, da der Säugling beginnt, die Bezugsperson als unabhängige Person zu betrachten und Einblick in deren Gefühle und Verhaltensweisen gewinnt (Bowlby, 1969).

In welcher Phase man ein Kind als „gebunden“ bezeichnet, ist unterschiedlich und hängt von der jeweiligen Definition der Bindung ab. Bowlby geht jedoch davon aus, dass ein Kind spätestens in der dritten Phase „gebunden“ ist (Bowlby, 1969).

Die vier Bindungsphasen haben gezeigt, dass Säuglinge zu Beginn ein Bindungsverhalten für alle (auch fremde) Personen entwickeln können. Obwohl Neugeborene Personen voneinander noch nicht unterscheiden können, sind sie dennoch sehr empfindlich für menschlichen Kontakt. Dabei ist für den Säugling das Gesicht eines Menschen von großer Bedeutung, da dieses sein Interesse weckt. Das erste Lächeln, das mit etwa vier Wochen beginnt, kennzeichnet den Anfang von „positiven Interaktionszyklen“, die für ein Baby und seine Bezugspersonen charakteristisch sind. Das Lächeln des Babys ruft bei Müttern für gewöhnlich ein reflexartiges Lächeln hervor, je stärker die Mutter zurücklächelt, desto stärker fällt die Reaktion des Babys aus. Es ist dabei wichtig, das Bindungsverhalten nicht mit der Bindung gleichzusetzen. Das Bindungsverhalten dient in dieser Phase dazu, sich Nähe und Fürsorge zu sichern. Bindung hingegen bezieht sich auf das „emotionale Band“ zwischen einem Kind und seiner Bezugsperson. Das Bindungsverhalten richtet sich im Laufe der Entwicklung immer mehr an einige bestimmte Personen. Es entwickeln sich spezielle Interaktionsmuster, die in einer spezifischen emotionalen Beziehung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson münden (Bowlby, 1969).

Im späteren Verlauf der Entwicklung beginnt ein Kind eine Art inneres Arbeitsmodell der Bindung zu entwickeln, das die bisherigen Bindungserfahrungen mit seiner Bindungsperson zusammenfasst. Mit der Entstehung der Bindung geht vielfach auch das Phänomen des Fremdels einher. Als Fremdeln bezeichnet man ein Verhaltensmuster von Säuglingen zwischen 4 - 8 Lebensmonaten. Säuglinge begegnen fremden Personen dabei mit Abneigung, Angst oder Misstrauen, obwohl das zuvor kein typisches Verhalten darstellte (Roth, 2001). Da das Kind

mit zunehmendem Alter zwischen vertrauten und fremden Personen entscheiden kann, empfindet es nach dem Entstehen der Bindung Sicherheit im Umgang mit vertrauten Personen. Die Reaktion des Fremdelns tritt umso stärker auf, je unähnlicher die fremde Person dem Kind erscheint und je geringer die räumliche Distanz ist. Wenn der Höhepunkt des Fremdelns etwa mit 2 Jahren überschritten ist, steigt die Bereitschaft sich von der Bezugsperson zu entfernen und selbstständig die Umwelt zu erkunden (Lohaus et al., 2010).

5.1.3 Bindungsqualität

Zur Erhebung der Qualität der Bindung zwischen einem Kind und seiner Bezugsperson wurde von Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) der Fremde-Situations- Test eingeführt. Der Test wird mit Kindern im Alter von 12- 18 Monaten durchgeführt, kann aber bei ausreichender Adaptierung auch mit älteren Kindern eingesetzt werden. In der ursprünglichen Version besteht der Test aus mehreren Episoden, in denen die Reaktion des Kindes auf die Trennung und Wiedervereinigung mit seiner Bindungsperson beobachtet wird.

Die “ Fremde Situation“ stellt eine standardisierte Laborsituation dar, die dem Test auch seinen Namen gibt. Die Laborsituation stellt sowohl für Mutter und Kind eine ungewohnte Situation dar. Der Raum ist mit Spielsachen, 2 Sesseln und einer Videokamera ausgestattet. Hinter einem Einwegspiegel sitzen Beobachter, die mit Hilfe eines Diktiergerätes das Geschehen protokollieren. Dabei ist die Lage jedes Einrichtungsgegenstandes ausschlaggebend dafür, wie das Kind das Zimmer exploriert. Ist die Tür beispielsweise hinter der fremden Person positioniert, hindert das das Kind nach der Mutter zur Tür hinaus zu laufen. Der Test gliedert sich in acht Episoden, die jeweils drei Minuten dauern (Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978):

- 1) Zuerst erfolgt die Begrüßung der Mutter und des Kindes durch den Versuchsleiter im Labor. Nach dem Betreten des Testraumes verlässt der Versuchsleiter das Zimmer.
- 2) Das Kind beginnt damit das Versuchszimmer zu erkunden. Der Fokus der Beobachtung seitens der Beobachter liegt in der Art der Exploration und der

Orientierung an der Mutter. Die Rolle der Mutter besteht darin, dem Kind die Spielsachen zu zeigen und nicht gemeinsam mit ihm das Zimmer zu erkunden.

- 3) Die fremde Person betritt den Raum und sucht den Dialog zu Mutter und Kind. Der Fokus der Beobachtung liegt hier zum einem in der Aufmerksamkeit des Kindes gegenüber der fremden Person im Vergleich zur Mutter und dem Spielzeug sowie der Frage inwiefern das Kind die Annäherung der fremden Person akzeptiert.
- 4) Die Mutter verabschiedet sich kurz und verlässt dann den Raum möglichst unauffällig. Hierbei ist der Fokus in den folgenden vier Fragen: Wie reagiert das Kind auf das Weggehen der Mutter? Inwiefern unterscheidet sich die Exploration des Zimmers mit der fremden Person im Vergleich zur Exploration mit der Mutter? Wie reagiert das Kind auf den Versuch der fremden Person es in den Arm nehmen zu wollen? Lässt es sich von der fremden Person ablenken? Für gewöhnlich tritt bei der ersten Trennung von der Mutter weinen, nachlaufen oder nachschauen auf. Zudem lässt sich das Kind oft von der fremden Person trösten.
- 5) Nach spätestens drei Minuten betritt die Mutter wieder das Zimmer. Die Mutter spricht schon vor dem Betreten des Raumes sehr laut, damit sich das Kind auf deren Wiederkehr innerlich vorbereiten kann. Die fremde Person verlässt bei der Wiederkehr der Mutter unauffällig das Zimmer. Diesmal ist der Fokus der Beobachtung die Mutter-Kind Interaktion.
- 6) Danach verlässt die Mutter erneut das Zimmer und lässt das Kind alleine. Diesmal wird beobachtet wie das Kind das Zimmer alleine erkundet sowie die Reaktion beim Verlassen der Mutter. Üblicherweise zeigt sich ein erhöhtes Bindungsverhalten, da dieses bereits beim ersten Weggehen der Mutter aktiviert wurde.
- 7) Die fremde Person tritt in das Zimmer ein und bietet dem Kind Trost oder das Spiel an. Es wird beobachtet, ob sich das Kind trösten lässt und wie die Interaktion im Vergleich zu der Mutter ist. Außerdem wird beobachtet, ob

die Spielsachen einen größeren Reiz für das Kind darstellen, als die fremde Person.

- 8) In der letzten Etappe kehrt die Mutter wieder zurück und tröstet das Kind. Üblicherweise kehrt das Kind dann nach drei Minuten wieder zu dem Spiel zurück.

In den Trennungs- und Wiedervereinigungsphasen der Episoden lassen sich dabei vier charakteristische Bindungsmuster voneinander unterscheiden sowie die Bindungsqualität messen (Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978):

- sichere Bindung
- unsichere Bindung
- unsicher- ambivalente Bindung
- desorganisiert- desorientierte Bindung

Bei der sicheren Bindung empfindet ein Kind seine Bezugspersonen als sichere Basis, von der aus es Explorationen starten und bei Verunsicherungen wieder zurückkehren kann. In Trennungssituationen kann weinen auftreten. Kinder beginnen ihre Bezugspersonen zu vermissen und lassen sich durch andere Personen nicht vollkommen trösten. Bei der Wiederkehr ihrer Bezugsperson reagieren Kinder mit Freude.

Bei der unsicher- vermeidenden Bindung verhalten sich Kinder indifferent gegenüber ihrer Bezugsperson. Bei einer Trennung zeigen sie kaum Anzeichen von Beunruhigung oder Kummer. Sie verhalten sich gegenüber der fremden Person nicht anders, als bei ihrer Bezugsperson. Bei der Wiedervereinigung mit der Bezugsperson vermeiden sie Nähe.

Bei einer unsicher- ambivalenten Bindung suchen die Kinder vor der Trennung die Nähe zu ihren Bezugspersonen und zeigen kaum Interesse an ihrer Umwelt. Bei der Wiederkehr ihrer Bezugspersonen verhalten sich die Kinder aggressiv und wütend. Viele Kinder, die weinen lassen sich von ihrer Bezugsperson kaum trösten und reagieren wütend und passiv in Gegenwart von fremden Personen.

Bei einer desorganisiert- desorientierten Bindung zeigen Kinder widersprüchliche Verhaltensweisen. Beispielsweise sind hier Einfrierungen der Bewegungen sowie unvollständige Bewegungsmuster einzuordnen.

Das Zustandekommen der verschiedenen Verhaltensmuster ist auf die früheren Bindungserfahrungen des Kindes mit seiner Bezugsperson zurückzuführen. Sicher gebundene Kinder haben erfahren, dass ihre Bezugsperson ihre Signale erkennt und auf diese reagiert. Es fühlt sich sicher und sieht seine Bezugsperson als verlässliche Basis, zu der es jederzeit zurückkehren kann. Bei einer unsicher-vermeidenden Bindung stehen Erfahrungen im Vordergrund, indem das Kind keine oder keine zeitgerechte Befriedigung seiner Bedürfnisse erfahren hat. Es ist daher für das Kind nicht entscheidend, ob seine Bezugsperson anwesend ist oder nicht. Eine fremde Person kann die Bedürfnisse des Kindes ebenso gut befriedigen wie seine eigentliche Bezugsperson. Im Falle einer unsicher-ambivalenten-Bindung hat das Kind höchstwahrscheinlich unterschiedliche Erfahrungen mit seiner Bezugsperson gemacht. Es greift auf Erfahrungen zurück, in denen einmal die Bezugsperson angemessen auf dessen Signale reagiert hat und einmal wieder nicht. Das Kind neigt dazu, sich an die Bezugsperson zu klammern, um Nähe und Sicherheit herzustellen. Bei der Trennung und Wiederkehr der Bezugsperson kommt es zu einem aggressiven Verhalten vermutlich aufgrund der Enttäuschung, die das Kind in der Vergangenheit erfahren hat. Eine desorganisiert- desorientierte Bindung kann auf ungünstige Bindungserfahrungen wie beispielsweise Missbrauch oder Vernachlässigungsfälle zurückzuführen sein (Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978).

Die frühen Bindungserfahrungen eines Kindes haben eine große Bedeutung für dessen spätere soziale und kognitive Entwicklung. So scheinen Kinder, die eine sichere Bindung erfahren haben kontaktfreudiger und beliebter zu sein (Vondra, Shaw, Swearingen, Cohen und Owens, 2001). Sie sind später eher bereit, nach sozialer Unterstützung zu suchen, da sie sich von ihrer Umwelt erwarten, diese auch zu bekommen. Die kognitive Entwicklung ist bei sicheren gebunden Kinder besser entwickelt, da diese ihre Umwelt erkunden können ohne Bindungsverhalten zeigen zu müssen, damit das Fürsorgesystem ihrer Eltern

aktiviert wird. Bei Veränderungen im sozialen Gefüge ist es durchaus möglich, dass sich Bindungserfahrungen und deren Konsequenzen verändern.

Nachdem die Grundlagen erläutert wurden, erfolgt im nächsten Subkapitel eine Darstellung der neuesten Forschungsergebnisse aus der Bindungsforschung.

5.2 Aktueller Forschungsstand

Entwickelt eine Mutter keine sichere Bindung in den ersten Lebensjahren eines Kindes, so sind spätere Verhaltensprobleme wahrscheinlich. Auf diese Erkenntnis ist Fearon durch seine Analyse von 69 Studien an denen 6.000 Kinder teilgenommen hatten, gekommen. Fearon, Bakermans- Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley und Roisman (2010) sind überzeugt, dass es eine eindeutige Assoziation zwischen unsicheren Bindungen und späteren Verhaltensauffälligkeiten gibt.

Bindung wird dabei von Fearon et al. (2010) als Maß für die Qualität der Eltern-Kind Beziehung definiert. Bindung liegt zudem dann vor, wenn ein Kind sich sicher und beschützt fühlt und die Eltern ihm dabei helfen seine Umgebung selbstständig zu erkunden und sich im psychologisch positiven Sinn zu entwickeln. Eine sichere Bindung stellt einen Schutz vor aggressivem Verhalten dar, da sie die Sozialkompetenz, Selbstregulation und das Selbstvertrauen eines Kindes fördert.

In der Meta- Analyse von Fearon wurde untersucht, inwiefern Verhaltensprobleme wie in etwa Aggressionen oder Hyperaktivität bei Kindern bis zu dem 12. Lebensjahr mit einer unsicheren Bindung zur Mutter im Kleinkindalter zusammenhängt. Besonders bei Jungen zeigte sich ein klarer Zusammenhang zwischen einer unsicheren Bindung im Kleinkindalter und späteren Verhaltensauffälligkeiten.

Die Studie hat sich dabei vorwiegend auf die Mutter-Kind-Beziehung konzentriert, da es noch zu wenige Forschungen zu Vätern gibt. Fearon et al. (2010) geht davon aus, dass der Vater eine ähnlich bedeutende Rolle für das Kind spielt, jedoch in anderen Aspekten der kindlichen Entwicklung. Zudem besteht seine Funktion darin, die Mutter bei ihren Aufgaben zu unterstützen. Der Umstand, dass vor allem Jungen eine höhere Korrelation zwischen einer unsicheren Bindung und

Verhaltensauffälligkeit aufweisen, lässt sich dadurch erklären, dass Jungen ihre Aggressionen und ihren Ungehorsam direkt ausdrücken, wohingegen Mädchen solche Gefühle indirekt ausleben und sich diese beispielsweise in Depressionen niederschlagen (Fearon et al., 2010).

Die Erkenntnis, dass eine unsichere Bindung und spätere Verhaltensprobleme eine Verbindung haben ist für die pädagogische Praxis von großer Bedeutung. Eine unsichere Bindung lässt sich durch gezielte frühe Interventionen verbessern, was sich wiederum positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Gezielt können Eltern oder Betreuungspersonen aktiv an der Beziehung zu ihrem Kind arbeiten, um ihm eine Quelle für Trost und Unterstützung zu werden. Das ermöglicht dem Kind seine Umwelt selbstständig zu erkunden und positive Erfahrungen in der Interaktion mit seinen Bezugspersonen zu machen (Fearon et al., 2010).

Abschließend wird in diesem Kapitel noch ein Bezug zur Filialtherapie hergestellt, um die Notwendigkeit des Einsatzes der Filialtherapie bereits im Kleinkindalter zu unterstreichen.

5.3 Der Bezug zur Filialtherapie

Die Bindungstheorie ist deshalb von Bedeutung für die Filialtherapie, da der Bindungsstatus eines Kindes ein ausschlaggebender Faktor für seine späteren Beziehungen ist und dies wiederum kann sich auch in der Art und Weise widerspiegeln, wie ein Kleinkind über sich und andere denkt. Der Ursprung neurotischer Erkrankungen kann hier lokalisiert werden, denn wo es Probleme mit den Kernbindungen gibt, werden diese einen starken Einfluss darauf haben, wie jemand die Welt und sein Verhalten einschätzt (Bowlby, 1949).

Die Kinder von Eltern, die sensibel und aufmerksam sind und ihre Kinder als selbstständig ansehen, sind später besser sozial angepasst und eher in der Lage über ihre Gefühle und Erfahrungen nachzudenken. Die Fähigkeiten einem Verlust oder einer Trennung mit einem angemessenen Maß an Wut, Traurigkeit und Versöhnung zu begegnen, wird mit einer sicheren Bindung assoziiert.

Bowlby hat bereits 1949 in seinem Werk „The study and reduction of group tensions in family“ festgestellt, dass in manchen Fällen der Einbezug der Familie in die Therapie zur Behandlung eines Kindes unabdingbar ist.

Der Versuch mithilfe der Filialtherapie eine sichere Umgebung für Kleinkinder zu schaffen, um Zorn und Enttäuschung auszudrücken, stellt einen Versuch dar, späteren Verhaltensproblemen entgegenzuwirken. Dabei wird nicht darauf abgezielt das Kind zu verändern, sondern vielmehr ein Beziehungsstil angestrebt, der gute Erfahrungen zu noch mehr guten Erfahrungen führen lässt. Auf diese Art und Weise kann ein gesunder sozialer Wandel stattfinden und die Filialtherapie als eine Art „präventive Medizin“ angesehen werden (Bowlby, 1949).

5.4 Zusammenfassung

In der Einleitung wurde bereits auf den Bedarf einer frühen Intervention bei Kleinkindern hingewiesen. Das 5. Kapitel, das sich ausführlich mit der Entwicklung des Bindungssystems und den aktuellen Forschungsergebnissen beschäftigt hat, hat aufgezeigt, dass ein dringender Bedarf an frühen Interventionen besteht, um das Risiko des späteren Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten zu minimieren.

Bereits ein Säugling sucht die Nähe und den Kontakt zu einer Bezugsperson. Zu den wichtigsten Säuglingssignalen zählen das Weinen und Schreien eines Säuglings zur Befriedigung seiner Bedürfnisse. Die Bedürfnisse des Säuglings werden dabei zumeist durch das Streicheln, In- den Arm nehmen oder Stillen befriedigt. Die meisten Eltern können bei der Befriedigung der Bedürfnisse zwischen Hunger- und Schmerzensschreien unterscheiden (Lohaus, Vierhaus und Maass, 2010).

Damit Eltern angemessen auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren können, müssen sie lernen auf die Signale ihres Kindes zu achten und diese im weiteren Verlauf richtig zu interpretieren. Wenn sich Eltern einfühlsam gegenüber den Bedürfnissen ihres Kindes verhalten, so fühlt sich ein Kind in der Umgebung seiner Eltern sicher. Während sich die Eltern bereits sehr früh an ihr Kind binden, entwickelt sich die Bindung des Säuglings an seine primären Bezugspersonen erst im späteren Verlauf der Entwicklung (Lohaus, Vierhaus und Maass, 2010).

Das Bindungssystem eines Kindes entwickelt sich in vier Phasen, die nochmals kurz zusammengefasst werden. Die erste Phase beginnt mit der Geburt und dauert in etwa bis zur 12. Lebenswoche. Während dieser Phase können Säuglinge Personen kaum bis gar nicht voneinander unterscheiden. Es ist lediglich zu beobachten, dass ihr Weinen bei dem Eintreffen einer Person abnimmt. Die zweite Phase beginnt und dauert in etwa bis zum sechsten Lebensmonat des Kindes. In dieser Phase verhält sich der Säugling gegenüber allen Personen stets freundlich mit dem Unterschied, dass sich sein Verhalten ausgeprägter an seine primäre Bezugsperson richtet. In der dritten Phase, die bis zum 7. Lebensmonat reicht, agiert der Säugling bei der Auswahl der Personen wählerischer. Ist es bereits zu erkennen, dass der Säugling für sich eine primäre Bezugsperson ausgewählt und identifiziert hat. Die vierte und letzte Phase lässt sich zeitlich schwer abzugrenzen und ist auch wie die anderen Phasen je nach Umweltbedingungen und der Entwicklung des Kindes unterschiedlich lang. Der Säugling beginnt jedoch seine Bezugsperson als unabhängige Person zu sehen und gewinnt einen Einblick in deren Verhaltensweisen. Bowlby geht davon aus, dass spätestens ein Kind in der dritten Phase „gebunden“ ist (Bowlby, 1969).

Im Laufe der Entwicklung beginnt ein Kind gewisse Interaktionsmuster zu entwickeln, die zu einer spezifischen Beziehung zwischen dem Kind und seiner Bindungsperson führen. Zur Erhebung der Qualität der Bindung zwischen dem Kind und seiner Bindungsperson hat Ainsworth den Fremden Situation Test entwickelt. Dabei ist sie auf vier verschiedene Formen der Bindung gestoßen, die zum Teil aufeinander übergreifend sind. Es lassen sich die vier folgenden Bindungen unterscheiden (Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978):

- sichere Bindung
- unsichere Bindung
- unsicher- ambivalente Bindung
- desorganisiert- desorientierte Bindung

Bei der sicheren Bindung empfindet ein Kind seine Bezugspersonen als sichere Basis, von der aus es Explorationen startet und bei Verunsicherungen wieder

zurückkehrt. In Trennungssituationen kann Weinen auftreten. Bei der unsicher-vermeidenden Bindung verhalten sich Kinder indifferent gegenüber ihrer Bezugsperson. Bei einer Trennung zeigen sie kaum Anzeichen von Beunruhigung noch Kummer. Bei einer unsicher-ambivalenten Bindung suchen die Kinder vor der Trennung die Nähe zu ihren Bezugspersonen und zeigen kaum Interesse an ihrer Umwelt. Bei der Wiederkehr ihrer Bezugspersonen verhalten sich die Kinder aggressiv und wütend. Bei einer desorganisiert-desorientierten Bindung zeigen Kinder widersprüchliche Verhaltensweisen. Beispielsweise sind hier Einfrierungen der Bewegungen sowie unvollständige Bewegungsmuster einzuordnen. Das Zustandekommen der verschiedenen Verhaltensmuster ist auf die früheren Bindungserfahrungen des Kindes mit seiner Bezugsperson zurückzuführen (Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978).

Die frühen Bindungserfahrungen eines Kindes haben eine Bedeutung für dessen spätere soziale und kognitive Entwicklung. Die neuesten Forschungsergebnisse von Fearon und seinen Mitarbeitern haben gezeigt, dass sich die Eltern-Kind-Bindung bereits in den ersten 3 Lebensjahren entwickelt. Wird in dieser Zeit den Kindern kein Gefühl des Schutzes und der Geborgenheit vermittelt, so kann dies im späteren Verlauf zu dem Auftreten von Verhaltensproblemen führen. Zwar beziehen sich die Studienergebnisse vorwiegend auf die Mutter-Kind-Beziehung jedoch spielt der Vater eine wichtige und aktive Rolle im Entwicklungsprozess seines Kindes. Seine Rolle besteht vor allem darin die Mutter bei ihren Betreuungsaufgaben unterstützt. Der Umstand, dass vor allem Jungen im späteren Lebensverlauf Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, wird dadurch erklärt, dass Mädchen Gefühle wie Aggressionen oder Ungehorsam eher indirekt ausdrücken und sich diese beispielsweise in Depressionen niederschlagen.

Die Bindungstheorie die Filialtherapie von großer Bedeutung, da der Bindungsstatus eines Kindes ein ausschlaggebender Faktor für seine späteren Beziehungen ist und dies spiegelt sich in der Art und Weise wider, wie ein Kleinkind über sich und andere denkt. Der Versuch Kindern mittels der Filialtherapie mit ihren Eltern eine sichere Umgebung zu schaffen, um Zorn und Enttäuschung auszudrücken, stellt einen Versuch dar, spätere Verhaltens-

probleme zu vermeiden. Dabei wird nicht so sehr darauf abgezielt das Kind zu verändern, sondern vielmehr ein Beziehungsstil angestrebt, der gute Erfahrungen zu noch mehr guten Erfahrungen führen lässt. Auf diese Art und Weise kann ein gesunder sozialer Wandel stattfinden und die Filialtherapie als eine Art präventive Medizin angesehen werden.

Nachdem der Bezug der Filialtherapie hergestellt wurde, wird im nächsten Kapitel auf die Prinzipien der Filialtherapie eingegangen. Dabei werden Grundlagen erläutert, sowie Besonderheiten in der Anwendung mit Kleinkindern aufgezeigt.

6 FILIALTHERAPIE MIT KLEINKINDERN

Der theoretische Bezugspunkt der Filialtherapie liegt in der personenzentrierten Spieltherapie (Van Fleet, 1994). Die personenzentrierte Spieltherapie ist als ein kindertherapeutisches Verfahren definiert, mit dessen Hilfe ein ausgebildeter Spieltherapeut unter Einsatz des therapeutischen Spiels Kindern zu einer erhöhten Selbstanpassung und einem erhöhten Selbstwertgefühl verhelfen kann. Durch die Stärkung des Selbstwertgefühls sowie der Förderung der Selbstaktualisierungstendenz kann Verhaltensproblemen vorgebeugt beziehungsweise ihnen entgegengewirkt werden (Goetze, 2002). Die personenzentrierte Spieltherapie findet ein- bis zweimal wöchentlich in einem definiertem Rahmen und einem Spielzimmer für jeweils 20 bis 50 Minuten statt. Die jeweilige Dauer der Sitzung ist dabei vom Alter und Interesse des Kindes zu abhängig.

6.1 Begriffsdefinition

Der Begriff Filialtherapie wurde von dem Ehepaar Guerney geprägt. Der Begriff „filial“ geht zurück auf das lateinische Wort „filius“ oder „filia“, das heißt im wörtlichen Sinn ist die Filialtherapie die „Sohn“- oder „Tochter“-Therapie (Van Fleet, 2007).

Der Begriff und der Ansatz wurde von Louise und Bernard Guerney in den 1960-er Jahren für Familien mit verhaltens- und beziehungsstörungen Volksschulkindern entwickelt. Die grundlegende Idee Guerneys besteht in der Integration humanistischer Psychotherapieverfahren, wie beispielsweise der Gesprächstherapie von Rogers (1951) und Axlines (1947) nicht- direktiver Spieltherapie. Später kamen auch noch systemische Konzepte von Minuchin (1976) hinzu. Zudem enthält die Filialtherapie Elemente der Erziehungsberatung für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen (Gordon, 2007).

Da der Begriff Filialtherapie nicht direkt an die Familie gerichtet war, wurde sie von dem Ehepaar Guerney noch als „Child Relationship Enhancement Therapy“ oder

auch "Child Parent Relationship Therapy" (Landreth & Bratton, 2006) bezeichnet. Der Begriff und Ansatz wurde 1964 von Louis und Bernard Guerney in den USA entwickelt. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Form der personenzentrierten Spieltherapie, die bis heute vorwiegend bei Kindern zwischen 3 und 10 Jahren angewendet wird (Landreth & Bratton, 2006).

Im Gegensatz zu der personenzentrierten Spieltherapie ist dem Kind eine nicht fremde Person in Form eines Therapeuten gegenübergestellt, sondern die eigene Mutter beziehungsweise der eigene Vater. Die Eltern haben dabei die Aufgabe die Prinzipien der personenzentrierten Spieltherapie mit ihren eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten umzusetzen.

Die Filialtherapie wird vor allem bei Kindern mit sozialen und emotionalen Problemen sowie Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt. Die Filialtherapie ist die einzige Therapieform, die Eltern aktiv in Therapie einbezieht und mit grundlegenden Fähigkeiten des „kindzentrierten“¹ Ansatzes ausstattet. Zu diesen Fähigkeiten zählen unter anderem aktives Zuhören, empathisches Verstehen, Erkennen und Folgen der kindlichen Bedürfnisse, sowie das Setzen von Grenzen und dem Aufbau der Selbstachtung des Kindes. Diese Fähigkeiten werden, da sie sich an die Bedürfnisse des Kindes richten, in dieser Arbeit als „kindzentrierte Fähigkeiten“ bezeichnet. Ziel dabei ist es, dass die Eltern selbstständig als therapeutische Vertreter agieren und mit ihrem Kind zu Hause Spielsitzungen durchführen können (Landreth & Bratton, 2006). Das Training umfasst didaktische Einheiten, Demonstrationen von therapeutischen Spielsitzungen, sowie Supervisionen mit dem Filialtherapeuten. Durch die Einführung in diese Vorgehensweise von strukturierten Spielsitzungen lernen die Eltern, welche Spielsachen sie verwenden sollen, sowie wie sie eine wertungsfreie, verstehende und akzeptierende Atmosphäre für ihr Kind schaffen können. Landreth und Bratton (2006) zufolge führt dieser Ansatz zu einer Verbesserung der Eltern- Kind-

¹ Rogers personenzentrierte Prinzipien in dieser Arbeit, werden, sofern sie sich auf die Filialtherapie beziehen mit „kindzentriert“ übersetzt, analog zu dem Ausdruck „child- centered“ in den englischen Texten. Dabei soll verdeutlicht werden, dass es um ein Erkennen und Verstehen der Bedürfnisse von Kindern geht und diese im Mittelpunkt der filialtherapeutischen Arbeit liegen.

Beziehung und ermöglicht eine positive Veränderung des Verhaltens und der Interaktionsform des Kindes und dessen Eltern.

Durch die Filialtherapie werden Selbsthilfepotentiale innerhalb der Familie aktiviert. Eltern erfahren, dass sie mit Hilfe von rudimentären Mitteln ein Verfahren durchführen können, dass sie weitgehend selbst kontrollieren können und das schlussendlich zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung führt. Die langfristige Unabhängigkeit von einem externen Experten, der in diesem Fall der Filialtherapeut ist, kann dem Gefühl der Eltern entgegen wirken, einer möglicherweise schwierigen Beziehung mit dem eigenen Kind nicht mehr selbst gerecht zu werden (Salzberg- Ludwig & Grünberg, 2007).

Nachdem der Begriff der Filialtherapie definiert wurde sowie bereits erste Einblicke in die Grundzüge der Therapie gegeben wurden, erfolgt in einem nächsten Schritt eine nähere Auseinandersetzung mit den Prinzipien der Filialtherapie.

6.2 Prinzipien

Eines der wichtigsten Prinzipien innerhalb der Filialtherapie ist, dass immer das Kind das Spiel leitet und nicht der Therapeut oder ein Elternteil. Das Kind darf während der Spielsitzung alle Spielsachen frei auswählen und damit spielen, wie es möchte. Der Therapeut sollte beständig einführendes Verstehen für die Handlungen und Gefühle des Kindes zeigen und immer empathisch zuhören. Zu Beginn der Sitzung stellt der Therapeut lediglich ein paar Grenzen auf, um eine offene Atmosphäre zu gewährleisten, in der er und das Kind sich wohlfühlen. Der Filialtherapeut beteiligt sich am Spiel des Kindes nur, wenn er dazu aktiv aufgefordert wird und auch dann nur in einer Art und Weise, wie es von dem jeweiligen Kind gewünscht wird. Dem ganzen Spielverlauf folgt der Therapeut dabei den acht Prinzipien der nicht direktiven, kindzentrierten Spieltherapie (Axline, 1969):

- 1.) Der Therapeut muss eine freundliche und offene Beziehung zu dem Kind pflegen, durch die bald ein harmonisches Verhältnis entsteht
- 2.) Der Therapeut akzeptiert das Kind, so wie es ist

-
- 3.) Der Therapeut zeigt Toleranz in der Beziehung zu dem Kind, sodass dieses sich frei fühlt, seine Gefühle auszudrücken
 - 4.) Der Therapeut ist stets aufmerksam, wenn das Kind Gefühle zeigt und reflektiert diese in einer Art und Weise, die es dem Kind ermöglicht einen Einblick in sein Verhalten zu gewinnen
 - 5.) Der Therapeut hat tiefen Respekt davor, wie das Kind seine Probleme löst, wenn ihm die Möglichkeit dazu gegeben wird. Die Verantwortung Entscheidungen zu treffen und Veränderungen hervorzurufen, liegt immer bei dem Kind
 - 6.) Der Therapeut versucht nicht die Handlungen oder die Konversation eines Kindes in eine bestimmte Richtung zu lenken. Das Kind zeigt immer den Weg, den der Therapeut dann folgt
 - 7.) Der Therapeut versucht nie den Therapieprozess zu beschleunigen. Der Therapieprozess erfolgt schrittweise und wird auch so von dem Therapeuten anerkannt
 - 8.) Der Therapeut setzt nur Grenzen, die unbedingt erforderlich sind und dem Kind seine Verantwortung in der Beziehung zu dem Therapeuten bewusst machen

Die Filialtherapie orientiert sich an der kindzentrierten Spieltherapie aufgrund mehrerer Gründe. Zum einem ist die kindzentrierte Spieltherapie aufrichtig und die Prinzipien und kindzentrierten Fähigkeiten für Eltern relativ einfach zu erlernen. Zweitens bietet es den Eltern ein Training an, indem sie auf der einen Seite lernen ihren Kindern mit Empathie zu begegnen und auf der anderen Seite vermittelt es eine effektive Methode Grenzen zu setzen und die damit verbunden Konsequenzen bei einem Regelbruch, konsequent zu vollziehen. Die erlernten Fähigkeiten können während oder im Anschluss der Therapie jederzeit in den Erziehungsalltag eingebracht werden. Drittens ist das Filialtherapiemodell, das empathisches Zuhören, Akzeptanz und Verstehen beinhaltet, wichtig in der Interaktion mit den Eltern. Dadurch können Gefühle der Abwehr vermieden werden. Die Empathie mit denen Eltern dann ihrem Kind in der Spielsitzung

begegnen, kann dem Kind dabei helfen sich in Ruhe zu entwickeln und sich nicht von den Eltern vorantreiben zu lassen (VanFleet, 2005).

Die Filialtherapie verwendet didaktische und dynamische Elemente um eine Veränderung in der Familie hervorzurufen (Andronico et al., 1969). Didaktische Elemente beziehen sich auf das Training und die Aneignung kindzentrierter Fähigkeiten, während dynamische Elemente in der Aufmerksamkeit des Filialtherapeuten in Bezug auf die Gefühle der Eltern und Kinder ersichtlich sind.

Abschließend haben Forschungsergebnisse aufgezeigt, dass Eltern mit einem hohen Ausmaß von kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten -ähnlich die des Filialtherapeuten - Spielsitzungen mit ihrem Kind selbstständig und effektiv durchführen können.

Nachdem die wesentlichen Grundhaltungen erläutert wurden, stellt die Auswahl geeigneter Spielsachen in der Filialtherapie einen wesentlichen Faktor für den Erfolg der Therapie dar. Die Auswahl der Spielsachen erfolgt innerhalb der Filialtherapie unverändert der Auswahl in der kindzentrierten Spieltherapie nach Axline (1969). Der Filialtherapeut stattet das Spielzimmer mit Spielsachen aus, die eine Reihe von Gefühlen bei dem Kind gewähren und vermeidet Spielsachen, die das Spiel des Kindes in eine gewisse Richtung drängen, wie beispielsweise Brettspiele mit vorgegebenen Regeln (Van Fleet, 2005).

6.2.1 Spielzeugauswahl

Die Spielsachen sollten dem Kind vermitteln, dass es auch zulässig ist wütende oder aggressive Gefühle auszudrücken. Spielsachen, wie ein weiches Gummimesser, ein Stück von einem Seil oder ein aufblasbarer Boxsack signalisieren dem Kind, dass auch aggressive Gefühle gestattet sind. Der Therapeut stellt sicher, dass auch Spielsachen für ein „nurturing play“, vorhanden sind. Dazu zählen Wasser und Schüsseln, Babyflaschen und Puppen (Van Fleet, 2005). Kinder spielen oft Situationen aus der Familie nach, daher empfiehlt es sich ein Puppenhaus mit Spielmöbeln, einer Puppenfamilie (inklusive Mutter, Vater, Bruder, Schwester und Baby), ein Küchenset mit Tellern und Küchengeräten zur Verfügung zu haben.

Ein Bausteinkasten, der in verschiedenen Weisen verwendet werden kann, stellt einen nicht- direktiven Bestandteil des Spielzimmers dar. Er ermöglicht Kindern Gefühle von Macht, Wettkampf und Kooperation Ausdruck zu verleihen. Bauklötze, Ringwurfspiele, Spielkarten und Spielgeld stellen weitere gute Spielsachen dar, um diesen Gefühlen auszudrücken.

Spielsachen, wie Masken, Kostüme oder ein Medizinkoffer sind auch geeignet und sprechen Kinder sehr an. Zusätzlich kann der Therapeut noch andere Spielsachen wie Sand, Papier, Buntstifte oder einen Farbkasten bereitstellen.

Bei der Auswahl zusätzlicher Spielsachen muss der Filialtherapeut jedoch immer drei Faktoren berücksichtigen (Van Fleet, 2005):

- 1) Die Spielsachen müssen für das Kind ungefährlich sein
- 2) Die Spielsachen sollen den Ausdruck von Gefühlen des Kindes fördern
- 3) Das Spielzeug muss dem Kind einen erfinderischen und kreativen Zugang bieten

Spielsachen mit schwierigen Anleitungen oder die mit einem gewissen Nutzen für die Entwicklung des Kindes behaftet sind, sollten ausschließlich außerhalb der Spielsitzung verwendet werden.

Die Spielsachen für das Spielzimmer müssen äußerst bedacht sein, um einen therapeutischen Nutzen zu gewährleisten. Das ist besonders wichtig, wenn Eltern die Spielsitzungen selbstständig zu Hause durchführen. Außerdem ist es wichtig, dass das Spielzimmer des Therapeuten nicht in Konkurrenz zu dem der Eltern steht. Der Filialtherapeut verteilt die Spielsachen überall im Raum, sodass eine einladende Situation für das Kind entsteht, mit diesen auch spielen zu wollen.

Spielsachen für ein typisches Spielzimmer sind folgende (Van Fleet, 2000, L. F. Guerney, 1972):

Familienbezogene Spielsachen:

Darunter fallen eine Puppenfamilie, ein Puppenhaus, eine Babyflasche, eine Babypuppe, Kostüme, Hüte, ein Behälter mit Wasser, Schüsseln für Wasserspiele, Küchengeschirr.

Aggressionsbezogenes Spielsachen:

z.B. Plastikpistole mit Munition, Plastiksoldaten und Dinosaurier, ein etwa 2 Meter langes Seil, Schaumschläger, biegbare Plastikmesser, Drache, Wolf oder andere furchterregende Puppen.

Spielsachen für den kreativen Ausdruck

z.B. Kreide, Filzstifte, Zeichenpapier, eine Tafel, Modelliermasse, Play- Doh, Spieltelefon, Spiegel, Miniaturfiguren, Masken, etc.

Andere Mehrzweckspielsachen:

z.B. Spielgeld, Medizinkoffer, Autos, Rettungswagen, Feuerwehrauto, Ringwurfspiel, etc.

Bei Kindern im Alter von zwei bis zweieinhalb Jahren können, die oben erwähnten Spielsachen mit nur geringen Modifizierungen problemlos eingesetzt werden. Für Kinder unter zwei Jahren empfehlen sich Spielsachen, die einen symbolischen Charakter haben, nicht zu inkludieren. Kinder in dieser Altersstufe können für gewöhnlich den symbolischen Wert der Spielsachen noch nicht erkennen (Ryan & Bratton, 2008). Anders als bei älteren Kindern können bei Kindern unter 3 Jahren die Spielsachen verwendet werden, die eine Familie bereits zu Hause besitzt. Eltern können neue Spielsachen kaufen, wenn sie das Interesse des Kindes erhöhen wollen oder neue Spielsachen für das Kind eine größere Herausforderung darstellt. Bei Kleinkindern sollten die Spielsachen entsprechend der jeweiligen Entwicklung des Kindes ausgewählt werden. Dabei sollten einige Spielsachen ausgewählt werden, die dem Niveau des Kindes gerecht werden und einige, deren ein wenig darüber liegen. Spielsachen, die unter dem Entwicklungsstand des Kindes sind dann einzubeziehen, wenn das Kind beispielsweise zu neuen Adoptiveltern kommt oder es Störungen im Aufbau einer

sicheren Bindung gegeben hat. Filialtherapeuten müssen Eltern darüber informieren, dass es bei solchen Kindern zu einem gewissen Rückschritt in der Entwicklung gekommen sein kann. Auch müssen Eltern, die Kinder mit besonderen Bedürfnissen haben mit mehr Sorgfalt vorgehen, welche Spielsachen sie für die Spielsitzungen auswählen. Filialtherapeuten helfen Eltern ihre Erwartungen in ihr Kind realistisch zu halten, indem sie ihnen erklären, dass die Entwicklung keinen geradlinigen Ablauf hat. Eltern müssen verstehen, dass ihre Kinder wieder auf positive Erfahrungen aus der Vergangenheit zurückgreifen müssen, um deren momentanen mentalen und emotionalen Funktionen wieder zu stärken (Wilson & Ryan, 2005). Kleinkindern muss auch die Möglichkeit gegeben werden in manchen Aspekten ihrer Entwicklung „anzuhalten“ besonders wenn diese bereits einige frustrierende Erlebnisse bei der Bewältigung neuer Herausforderungen in der Vergangenheit erfahren haben. Bei Kleinkindern gilt genauso wie bei älteren Kindern, dass Sicherheit immer die oberste Priorität hat. Die ausgewählten Spielsachen sollten nicht giftig, zerbrechlich oder verschluckbar sein. Außerdem sollten sie keine scharfen Kanten enthalten, an denen sich das Kind verletzen könnte. Es gilt Spielsachen auszuwählen, die ein Minimum an Grenzsetzung erfordert. Beispielsweise sollte ein Schaumball einem Gummiball vorgezogen werden, da dieser beim Werfen weniger Schaden verursachen kann. Geeignete Spielsachen für Kleinkinder zwischen 0- 2 Jahren können in zwei Kategorien unterteilt werden (Bratton & Ryan, 2008):

- Spielsachen, die die Entwicklung des Kindes unterstützen

Diese beinhalten „manipulierende“ Spielsachen und Spielsachen, die auf die Berührung durch das Kind reagieren. Darunter fallen Aufklappfiguren, eine Supermarktkassa, Spielsachen, die Musik erzeugen oder klappern usw.

- Lebensnahe Spielsachen

Dazu zählen ein Plastikgeschirr, ein Spieltelefon, ein paar realistische Tierfiguren, die dem Kind bekannt sind (z.B. Hund, Katze, Kuh, Pferd, etc.), Autos und Lastkraftwagen. Zudem ist es wichtig Sachen hinzuzufügen, die das

Kind aus dem alltäglichen Familienleben kennt, wie z. B. eine Tasse oder Flasche.

Im Alter von etwa 12- 15 Monaten beginnt ein Kind für gewöhnlich kreativ zu spielen. Dabei erfindet es eine Geschichte und die darstellenden Personen. Für diese Form des Spielens verwendet das Kleinkind gerne lebensnahe Spielsachen, die es aus seinem Umfeld kennt. Eltern sollten immer dem Spiel ihres Kindes folgen. Wenn Kleinkinder bis etwa 18 Monate beispielsweise den Hörer des Spieltelefons nehmen und so tun als, ob sie ein Gespräch führen, können Eltern einen Block nehmen und so tun als wäre es ihr Telefonhörer. Kinder in dieser Altersgruppe verwenden für gewöhnlich nicht einen Block, der symbolisch für ein Telefon steht. Die symbolische Verwendung von Gegenständen tritt bei Kleinkinder für gewöhnlich erst mit zwei Jahren auf.

Kleinkinder im Alter von etwa zwölf Monaten und älter verlassen sich stark auf die Toleranz der Eltern in Bezug auf Unordnung und Schmutz. Eltern sollten daher ihren Kindern eine kleine Schüssel mit Wasser zur Verfügung stellen und darunter ein Plastiktischtuch legen, um das kreative Spiel des Kindes zu fördern und doch auch die Umgebung vor Schmutz zu schützen. Zudem sollten immer Wischtücher vorhanden sein, um die Hände und das Gesicht des Kindes reinigen zu können. In dem Alter ist es wichtig, Gegenstände zu inkludieren, die das Kind im Ernstfall auch essen kann ohne, dass diese eine Gefahr für die Gesundheit darstellen. Vor allem Kleinkinder tendieren dazu Gegenstände in den Mund zu nehmen und davon abbeißen zu wollen. Filialtherapeuten müssen Eltern dabei die Grenzen erklären, die sie zu setzen haben. Wenn Eltern z.B. Pudding oder gestampfte Nudeln in ihr Spiel einbeziehen, müssen sie auch darauf vorbereitet sein, dass ihr Kind diese isst oder versucht seine Eltern damit zu füttern. Bei jeglichen Überlegungen Spielsachen zu entfernen oder hinzuzugeben ist eine Absprache mit dem Filialtherapeuten dringend erforderlich (VanFleet, 2005).

Bevor den Eltern eine Filialtherapie vorgeschlagen wird ist es wichtig, dass der Filialtherapeut abschätzt, inwieweit Eltern und ihr Kind dafür geeignet sind. Die Entscheidung, ob eine Filialtherapie sinnvoll erscheint muss anhand der Bedürfnisse der Familie entschieden werden.

6.2.2 Gegenindikationen

Die Filialtherapie ist prinzipiell bei einer Reihe von sozialen, emotionalen und Verhaltensproblemen bei Kindern geeignet. Probleme wie Angstgefühle, Depression, die Verarbeitung von traumatischen Reaktionen, Schüchternheit, Probleme mit anderen Kindern zu spielen, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, Missbrauchsfälle, Ablehnung in die Schule zu gehen und Bettnässen lassen sich gut mit der Filialtherapie behandeln (VanFleet, 2005).

Filialtherapie ist auch sinnvoll als eine präventive Maßnahme. Sie fördert die psychosoziale Entwicklung eines gesundes Kindes, stärkt die Eltern-Kind-Beziehung, stattet Eltern mit effektiven Erziehungskennntnissen aus und erhöht die Fähigkeit der Eltern besser zusammenzuarbeiten. Viele Familien, die Spielsitzungen zu Hause angewendet haben, berichteten von einer Verbesserung der Beziehung zu ihren Kindern, sowie erlebten sie eine problemlose und angenehme Zeit mit ihren Kindern. Da die Filialtherapie in vielen Bereichen angewendet werden kann, ist es einfacher aufzuzeigen, in welchen Situationen die Filialtherapie als Behandlungsmethode nicht geeignet ist. Es gibt drei Umstände, in denen eine Filialtherapie nicht empfehlenswert ist.

Zum einem sollte die Filialtherapie nicht indiziert werden, wenn Eltern nicht über die notwendige intellektuelle, mentale oder psychische Fähigkeit verfügen, sich die kindzentrierten Fähigkeiten anzueignen. Auch Eltern, die permanent mit ihrem Kind unzufrieden sind, werden nicht in Betracht für eine Filialtherapie gezogen. Außer diese würden sich vor der Filialtherapie für eine individuelle Therapie entscheiden. Weiters sollte Eltern, denen der Bezug zur Realität fehlt oder die an Depressionen leiden nicht zur Filialtherapie geraten werden. Eltern, die sich in Suchtherapie befinden, ist ebenfalls davon abzuraten (Goetze, 2002; Landreth, 2002).

Des Weiteren sollte die Filialtherapie nicht angewendet werden, wenn die Eltern von ihren eigenen Bedürfnissen so überwältigt sind, dass sie sich nicht gänzlich den Bedürfnissen ihres Kindes widmen können. Eltern, die sich erst kürzlich getrennt haben oder noch unter einer Scheidung leiden, sollten vorab eine individuelle Therapie absolvieren, um genügend emotionale Kräfte zu schöpfen,

damit sie später ihrem Kind helfen können. In solchen Fällen stellt die personenzentrierte Spieltherapie eine geeignetere Behandlungsmethode für Kinder dar. Die Filialtherapie ist erst zu einem späteren Zeitpunkt hilfreich, wenn die Familie die nötige emotionale Stärke aufweist (Landreth, 2002).

Abschließend sollte die Filialtherapie nicht bei sexuellen Missbrauchsfällen angewendet werden, wenn der Täter aus der eigenen Familie stammt. Das Kind wäre dadurch nicht in der Lage seine innersten Gefühle in der Gegenwart des Täters auszudrücken. Selbst wenn der andere Elternteil die Spielsitzungen durchführen würde, könnte sich das Kind nicht gänzlich öffnen, da es dem Elternteil gegenübersteht, der es verabsäumt hat es vor diesem Missbrauch zu schützen. Das Kind benötigt in solchen Fällen eine Einzeltherapie, in der es das traumatische Erlebnis verarbeiten kann und seine Gefühle in Bezug auf seine Eltern frei äußern kann. Zusätzlich sollten auch die Eltern eine Therapie in Anspruch nehmen, um sich über ihr eigenes Verhalten bewusst zu werden. Die Filialtherapie wurde bereits erfolgreich eingesetzt, nachdem sowohl das Kind als auch die Eltern den Missbrauch überwunden hatten und sofern Eltern und Kind dazu bereit waren einen „gesünderen“ Weg der Interaktion anzustreben (Goetze, 2002; Landreth, 2002).

Wenn keine der oben angeführten Ausschlusskriterien auf die Eltern zutrifft, ist ein dreistufiger Prozess vorgesehen anhand dessen der Filialtherapeut entscheiden kann, ob die Filialtherapie eine geeignete Behandlungsmethode für die Familie darstellt oder nicht.

In einem ersten Schritt trifft der Therapeut die Eltern alleine. Dabei hört der Therapeut empathisch den Eltern zu, was sie zu einer Therapie bewegt hat und ergründet das momentane Problem innerhalb der Familie. Dabei versucht er die ganze Entwicklungs- und Sozialgeschichte des Kindes und der Familie zu ergründen. Für den Therapeuten ist es dabei wichtig ein umfangreiches und vollständiges Bild von dem Kind zu bekommen. Besonders in Bezug auf dessen physische, soziale, emotionale und kognitive Entwicklung. Am Ende des ersten Treffens fasst der Therapeut die Bedenken der Eltern zusammen und teilt deren Reaktionen darauf mit ihnen. Anschließend schlägt er ihnen eine Spielstunde vor,

in der er die Eltern in Interaktion mit ihrem Kind beobachten kann. Der Therapeut erklärt den Eltern, dass die Spielsitzung dabei beide Elternteile umfasst und in etwa 20- 30 Minuten dauert. Der Therapeut beobachtet die Sitzung durch einen Einwegspiegel, eine Videoaufzeichnung oder einer direkten Beobachtung in einem unauffälligen Teil des Zimmers. Ziel dabei ist es, dass der Therapeut einen Einblick in die Interaktion zwischen Eltern und Kind bekommt, um danach mit den Eltern zu besprechen, inwieweit das gezeigte Spielverhalten des Kindes, dem von zu Hause gleicht. Zum Abschluss schlägt der Therapeut den Eltern vor ihre Kinder auf die zukünftigen Spielsitzungen vorzubereiten. Dabei sollen die Eltern ihren Kindern erklären, dass sie für einige Zeit in ein spezielles Spielzimmer gehen werden, indem sie miteinander spielen werden. Dabei sollte vermieden werden zu erwähnen, dass ein Therapeut anwesend sein wird, weil sie „böse“ sind oder psychologische Probleme haben (VanFleet, 2005).

Das zweite Treffen umfasst die Spielsitzung der Familie. Nach dem Eintreffen der Eltern und der Begrüßung der Kinder zeigt der Therapeut der Familie das Spielzimmer und beobachtet durch einen Einwegspiegel oder in einer unauffälligen Ecke des Raumes die Spielsituation. Der Therapeut versucht dabei Verhaltensmuster, Stärken und mögliche Probleme der Familie zu erkennen.

Dabei achtet er folgende Aspekte (Guerney, n.d.):

- 1) Die Interaktion zwischen dem “Problemkind und jedem Elternteil
- 2) Die Interaktion zwischen dem “Problemkind“ und den Geschwistern
- 3) Die Interaktion zwischen allen Kindern und den Eltern
- 4) Die Kontrollüberzeugungen in der Familie
- 5) Methoden, die von dem „Problemkind“ angewendet werden, um dessen Ziele zu erreichen
- 6) Methoden, die von den Eltern verwendet werden, um ihre Kinder unter Kontrolle zu bringen

-
- 7) Verbale und nonverbale Ausdrücke des "Problemkindes" und mögliche Auslöser für diese Gefühle
 - 8) Allgemeines Spielverhalten des „Problemkindes“
 - 9) Neurologische Anzeichen, wie Sprechschwierigkeiten, Koordinationsprobleme und wie leicht sich die Kinder ablenken lassen
 - 10) Problematische Interaktionen zwischen dem „Problemkind“, dessen Eltern und den Geschwistern

Zu dem dritten Treffen verabredet sich der Therapeut wieder alleine mit den Eltern. Die Eltern können dabei das Spielverhalten des Kindes zu Hause mit dem Verhalten während der Spielsitzung vergleichen. Im Anschluss teilt der Therapeut den Eltern mit, was er beobachtet hat und stellt ihnen einige Fragen. Danach bietet der Therapeut seine Hilfe bei dringenden Problemen an und macht eine explizite Empfehlung für eine Filialtherapie oder nicht. Sollten noch Bedenken auf Seiten der Eltern bestehen, so geht der Filialtherapeut auf diese bestmöglich ein.

Wenn der Therapeut die Filialtherapie empfiehlt, diskutiert er mit den Eltern die potentiellen Vorteile, die die Familie daraus ziehen kann. Es ist wichtig, dass die Eltern verstehen, dass das Spiel einen wichtigen Faktor in der Entwicklung ihres Kindes darstellt. In einer Kultur, in der Eltern sich oft wünschen, dass ihre Kinder schnell erwachsen werden und „den Ernst des Lebens erfassen“ wird das Konzept des Spielens oft als trivial und unwichtig angesehen. Der Therapeut bespricht mit den Eltern den Prozess der Filialtherapie, den Ablauf des Trainings für die Eltern, die Spielsitzungen, die unter Aufsicht des Therapeuten stattfinden, die Überführung der Spielsitzungen nach Hause, die Anwendungsmöglichkeit der kindzentrierten Fähigkeiten auf alltägliche Erziehungsgeschehnisse und den Abschluss der Therapie (VanFleet, 2005).

Eltern müssen gut darüber informiert sein, welcher Zeitaufwand sie pro Woche für die Durchführung der Spielsitzungen erwartet. Der Therapeut steht den Eltern für Fragen zur Verfügung und reagiert einfühlsam auf deren Bedenken. Empathisches Zuhören vermittelt den Eltern das Gefühl, dass ihre Bedürfnisse ernst genommen

werden. Der Therapeut bittet die Eltern ihre Zweifel so offen wie möglich auszudrücken (VanFleet, 2005).

Wichtig ist es zudem, dass das Ziel der Filialtherapie bereits zu diesem Zeitpunkt besprochen und priorisiert wird. Spezifische Ziele in Bezug auf das Verhalten des Kindes oder die Eltern-Kind-Beziehung helfen der Therapie eine strukturierte Vorgehensweise zu finden. Als Hausübung werden Eltern Bücher und Artikel über die Begründung, Ziele und den Prozess der Filialtherapie zur Verfügung gestellt. Einige Eltern profitieren dabei besonders von dem Werk “ A Parent’s Handbook of Filial Play Therapy“ (VanFleet, 2005).

Nachdem die allgemeinen Prinzipien der Filialtherapie erläutert wurden, beschäftigt sich das wird nun ausführlich auf die Filialtherapie mit Kleinkindern im Alter von 0-3 Jahren eingegangen. Zu Beginn werden entwicklungsbedingte Überlegungen vorgebracht, die im Anschluss durch Argumente und Fallbeispiele entkräftet werden.

6.3 Entwicklungsbedingte Überlegungen

Therapeuten, die mit Kleinkindern arbeiten, müssen vertraut sein mit der typischen kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung dieser Altersstufe und auch mit den Meilensteinen in der Entwicklung. Dies ist erforderlich, um Eltern dabei zu helfen realistische Erwartungen in ihre Kinder zu setzen (Berk 2003; Schaefer und DiGeronimo 2000). Kinder zwischen 0-3 Jahren beziehen Eltern oft kurz in ihr Spiel ein und fokussieren sich dann wieder auf ein Spielzeug (Schaffer 1984). Für manche Eltern wirkt dass oft so, als ob ihr Kind mehr an den Spielsachen interessiert ist, als an ihnen. Kinder spüren jedoch die Nähe ihrer Eltern, auch wenn sie nicht direkt mit ihnen in Interaktion treten. Kleinkinder, die erst kürzlich zu einer neuen Familie gekommen sind, brauchen einige Zeit bis sie sich sicher in ihrer neuen Umgebung fühlen und ihre neuen Eltern in das Spiel miteinbeziehen können. Eine wichtige Rolle des Filialtherapeuten ist es die Bedürfnisse des Kindes zu beobachten und den Eltern zu helfen ihr Kind nicht zu überfordern. Zur gleichen Zeit ist es für den Filialtherapeuten wichtig die Eltern zu verstehen und zu unterstützen. Dabei muss der Filialtherapeut den Eltern helfen eine Beziehung zu ihrem Baby oder Kleinkind herzustellen und mögliche Abwehrgefühle der Eltern

gegenüber ihrem Kind zu minimieren. Dadurch wird Eltern genügend Zuversicht gegeben, auf die emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes angemessen reagieren zu können (VanFleet, 2005).

Nach Erikson (1950) ist die emotionale Entwicklung eines zweijährigen Kindes durch sein Streben nach Selbstautonomie gekennzeichnet, die eine Vorbedingung für Selbstkontrolle und Selbstvertrauen darstellt. Kinder sollen im Spiel mit ihren Eltern ein Gefühl der Selbstautonomie entwickeln können, ohne von Gefühlen der Zweifel oder Scham überwältigt zu werden. Autonomie kann von Eltern gefördert werden, indem sie ihr Kind ermutigen, selbst Entscheidungen zu treffen und ihnen genügend Möglichkeiten geben ihre Freiheit erkunden zu können. Kinder, die bereits unsichere Bindungen in der Vergangenheit erfahren haben, brauchen Zeit bis sie erste Erfahrungen einer sicheren Bindung zulassen und erfahren können. Erst wenn das gelingt, fühlen sie sich sicher genug, um nach Selbstautonomie streben zu können (VanFleet, 2005).

Babies brauchen eine gesunde Balance der Abhängigkeit von ihren Eltern, gemeinsam mit der Freiheit deren eigenen Fähigkeiten zu erkunden. Ein starkes Vertrauen in die Bezugspersonen und ein Streben nach Autonomie sind die Basis für ein gesundes Selbstwertgefühl (Wilson & Ryan, 2005).

Zudem ist es wichtig, dass Eltern von Kleinkindern deren Streben nach Selbstkontrolle verstehen lernen. Im zweiten Lebensjahr entwickeln Kinder die kognitive Fähigkeit Regeln zu verinnerlichen und sich an die von ihren Eltern gesetzten Grenzen zu halten. Selbstkontrolle entsteht innerhalb primärer Bindungspersonen und kann sich in wünschenswerter Weise entwickeln oder auch nicht. Damit sich Kleinkinder selbst unter Kontrolle bringen können, müssen sie einen Grad an Autonomie entwickelt haben, dabei müssen sie ein Selbst getrennt von ihren Eltern erleben. Kinder, denen Möglichkeiten gegeben werden ihre Handlungen selbstständig zu setzen, fällt es im späteren Verlauf ihrer Entwicklung leichter, sich selbst unter Kontrolle zu bringen (Berk, 2003).

Auf der anderen Seite entwickeln Kinder, die unsichere Bindungen erlebt haben oder die Entwicklungsverzögerungen haben, keine für ihr Umfeld passenden Methoden und Mittel der Selbstkontrolle (Vondra, Shaw, Swearingen, Cohen und

Owens, 2001). Spezielle Spielsitzungen neben der Filialtherapie bieten optimale Bedingungen für diese Entwicklungsaufgabe und sind möglicherweise als zukünftige Präventionsmaßnahme hilfreich.

Babies und Kleinkinder, deren emotionalen Bedürfnisse durch ihre Eltern entsprochen wurden, können sich später besser selbst regulieren und ihre Handlungen unter Kontrolle bringen. Eine empathische Reaktion der Eltern auf die emotionalen Bedürfnisse von Babies, besonders bei dringenden Leiden, beeinflusst dabei wesentlich die Fähigkeit des Kindes sich selbst zu regulieren (Bakersmans - Kraneburg et al. 2003).

Folgende Bedingungen sind essentiell, damit sich Kinder auf ein kreatives Spiel mit ihren Eltern einlassen können (Josefi & Ryan 2004; Ryan 1999).

- 1) Dem Kind müssen Möglichkeiten, eine gewisse Routine innerhalb der Familie zu erfahren. Die Interaktion zwischen dem Kind und seinen Eltern muss dabei durch wechselseitige Anerkennung gekennzeichnet sein. Solche Routinen können durch regelmäßige soziale Spiele in der kindlichen Entwicklung geschaffen werden. Dem Kind sollen Möglichkeiten gegeben werden
- 2) Objekte zu verwenden, die ihm aus dem alltäglichen Leben bekannt sind.
- 3) Es muss sichergestellt werden, dass das Kind motiviert und interessiert an den Spielhandlungen ist (Das zeigt sich etwa, wenn Kinder ein Lieblingsspielzeug entdeckt haben oder eine Person ausgewählt haben, mit der sie spielen wollen)
- 4) Kinder müssen Zugang zu einem „erfahrenen“ Spielpartner haben, der dem Spiel des Kindes folgt und seine sozialen Interaktionen nach der Aufnahmefähigkeit des Kindes richtet.
- 5) Kinder müssen mental und körperlich entspannt sein und das Grundbedürfnis nach Sicherheit muss gedeckt sein.
- 6) Kinder müssen über die notwendige kognitive Aufnahmefähigkeit verfügen. Bei Kindern ist das für gewöhnlich zwischen 12- 18 Monaten der Fall.

-
- 7) Man muss Kinder helfen zwischen „real“ und „so tun als ob“ zu unterscheiden. Dazu kann es hilfreich sein zu lächeln oder seine Stimmlagen zu verändern, um zu signalisieren, ob etwas angemessen ist oder nicht.

Eltern, die wenig mit ihren Kindern spielen oder die selbst traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit durchgemacht haben, ist es zu raten anfangs mehr Zeit mit dem Elterntaining zu verbringen. Dabei lernen sie spielerisch mit ihren Kindern umzugehen. Generell ist es wichtig, dass die Filialtherapie ohne Unterbrechungen stattfindet und zu einer Tageszeit, zu der das Kind aufnahmefähig und wach ist. Die Spielzeiten sollten nicht mit Essens- oder Fernsehzeiten kollidieren. Eltern sollten immer dem Spiel des Kindes folgen und einen eigenen „Spielplatz“ für das Spiel schaffen. Dazu gehören Spielsachen, die das Kind ansprechen und es zu seinem kreativen und freien Spiel anregen (Ryan & Bratton, 2005).

6.4 Ziele

Das primäre Ziel der Filialtherapie liegt darin die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken, indem Eltern sich Kenntnisse und Fähigkeiten der kindzentrierten Therapie aneignen, um dadurch ein positives und wertschätzendes Klima gegenüber ihrem Kind aufbauen zu können (Johnson, 1999).

Die Filialtherapie stellt eine leicht zu erlernende und anzuwendende Methode dar, da von den Eltern lediglich verlangt wird die kindzentrierten Fähigkeiten für etwa 15-30 Minuten pro Woche an ihrem Kind anzuwenden. Die Übertragung der Fähigkeiten auf den Erziehungsalltag ist zwar kein explizites Ziel der Filialtherapie, aber dennoch wünschenswert, um eine langfristige Verbesserung der Eltern- Kind-Beziehung sicherzustellen (VanFleet, 2005).

Da die Eltern die Spielsitzungen mit Ihrem Kind selbstständig durchführen werden bei Ihnen Selbsthilfepotenziale entwickelt. Eltern erfahren, dass mit Hilfe rudimentärer Mittel ein Verfahren durchgeführt werden kann, dass sie selbst weitgehend kontrollieren können und dass es letztendlich auch zu einer

Verbesserung der Familienatmosphäre führen kann (Salzberg-Ludwig & Grüning, 2007).

Durch die starke Einbeziehung der Eltern kann sich der Filialtherapeut weitgehend aus der Therapie zurückziehen, um sich anderen Klienten zu widmen und dadurch mehr Familien widmen. Langfristig gesehen hat die Filialtherapie nach Guernsey (1964) das Potential „as a preventative measure and as a method of building a foundation in childhood for better mental health and self-realization in adulthood“ zu dienen (S.304).

Diese Interaktion der Eltern mit ihren Kindern hat in einem besonderen Raum zu erfolgen, indem es auch klare Grenzen gibt. Kinder, die diese Art der Beziehung erfahren, verinnerlichen eine Art des Selbst das wertvoll, liebenswert, kompetent und tüchtig ist. Das primäre Ziel die Beziehung zwischen Eltern und ihre Kindern zu stärken wird erreicht, wenn man Eltern bei folgenden Aspekten hilft (Landreth & Bratton, 2005):

- 1) Eltern entwickeln eine höhere Sensibilität dafür, was die emotionale Welt ihres Kindes betrifft
- 2) Eltern lernen die Bedürfnisse ihres Kindes zu verstehen und lernen wie sie darauf angemessen reagieren können
- 3) Eltern gewinnen ein Einblick in sich selbst und die Beziehung zu Ihrem Kind
- 4) Eltern lernen die Zielgerichtetheit, Autonomie und Selbstverantwortung ihres Kindes zu stärken
- 5) Eltern verändern ihre negative Wahrnehmung in Bezug auf ihr Kind, die sie bisher daran gehindert hat ihre bedingungslose Akzeptanz für ihr Kind auszudrücken.

Um diese Veränderungen bei den Eltern bewirken zu können, müssen diese ein Elternt raining absolvieren, in dem sie die kindzentrierten Fähigkeiten erlernen und zusätzlich an einer Supervision mit den Filialtherapeuten teilnehmen. Durch didaktische Instruktionen, die Vorführung einzelner Spielsitzungen, Rollenspiele und die Supervision von Spielsitzungen, wird die Sensibilität der Eltern in Bezug

auf die Bedürfnisse ihres Kindes erhöht. Eltern lernen, wie sie eine nicht urteilende und akzeptierende Atmosphäre schaffen können, in der sich ihr Kind sicher und geborgen fühlen kann, um die Beziehung zu seinen Eltern und sich selbst besser erkunden zu können. Während die Filialtherapie in den meisten Fällen bereits auf einer vorhandenen Eltern-Kind-Beziehung aufbaut, kann die Filialtherapie Ryan und Bratton (2008) zufolge auch Adoptiveltern dabei helfen eine Bindung zu ihrem Kind erst aufzubauen.

Das Training von Familien mit Kleinkindern bietet den Vorteil, dass es ein realisierbares Mittel zur frühen Intervention darstellt, anstatt abzuwarten bis sich signifikante Symptome entwickeln, die beim Kind für gewöhnlich nicht vor dem Eintritt in die Schule auftreten. Frühe Intervention kann unnötiges Leiden ersparen. Ein anderer Vorteil bereits mit Kleinkindern im Alter von 0- 3 Jahren zu arbeiten, ist der primäre Fokus auf der Qualität der Eltern- Kind Beziehung und der Schwerpunkt die kindliche Entwicklung zu unterstützen. Studien haben gezeigt, dass die Qualität der Eltern-Kind-Bindung in den ersten Jahren einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Gehirns und die emotionalen Entwicklung hat, die die Basis der Intelligenz und des Lernens darstellt (Greenspan & Greenspan, 1989).

Die ersten zwei Jahre sind entscheidend in Bezug auf den Aufbau einer emotionalen Basis, die die soziale, emotionale, sprachliche und kognitiven Fähigkeiten beinhaltet sowie die Fähigkeit das eigene Verhalten zu regulieren (Greenspan & Wieder, 2006).

Studien haben gezeigt, dass eine sichere Bindung in den ersten zwei Jahren in Verbindung mit einer wünschenswerten kognitiven und sozialen Entwicklung steht (Rosenblith, 1992). Demnach scheint das Filialtherapietraining für Eltern von Kindern unter 3 Jahren, bei denen das Risiko besteht, dass sie Bindungsschwierigkeiten haben, sehr förderlich für das optimale Wachstum und die Entwicklung ihres Kindes zu sein.

Entscheidet sich eine Familie zur Filialtherapie mit ihrem Kleinkind ist der Ablauf ähnlich dem älterer Kinder. Das Elternttraining kann individuell oder in Gruppen stattfinden, je nach den Bedürfnissen des Kindes und der Eltern. Wenn man das

Elterntraining mit Gruppen durchführt, ist es wichtig diese homogen in Bezug auf das Alter des Kindes zu bilden. Diese Bedingung ist erforderlich, aufgrund der erheblichen Entwicklungsunterschiede und Bedürfnissen von Kindern. Auch das Elterntraining von Familien mit Kleinkindern gleicht dem von Familien mit älteren Kindern sehr. Es gibt lediglich kleine Änderungen in Bezug auf die Spielzeit, die Spielzeugauswahl und die Reaktion der Eltern, um angemessen auf die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes zu reagieren (Rosenblith, 1992). Die jeweiligen Modifizierungen sind in den Ausführungen der kindzentrierten Fähigkeiten beschrieben.

6.5 Kindzentrierte Fähigkeiten

Nach dem Einschätzungsprozess werden Eltern in die kindzentrierten Fähigkeiten eingeschult, die essentiell für die Durchführung der Spielsitzungen sind. Dabei stellt der Therapeut den Eltern die vier kindzentrierten Fähigkeiten vor, die man in jeder der Spielsitzung anwendet. Der Filialtherapeut demonstriert diese und dann werden sie von den Eltern anhand immer wieder schwerer werdender Praxisbeispiele geübt. Es ist dabei wichtig, dass der Therapeut ständig versucht die zu erlernenden Fähigkeiten in seinem eigenen Verhalten widerzuspiegeln. Die vier Fähigkeiten werden im Folgenden näher beschrieben und zwar in einer ähnlichen Weise, wie sie der Therapeut den Eltern beschreiben würde.

6.5.1 Strukturieren

Die Fähigkeit Struktur in eine Spielsitzung zu bringen ist wichtig, um den Kindern den Rahmen der Sitzungen verständlich zu machen und mögliche Probleme im Vorhinein auszuschließen. Beim Strukturieren einer Spielsitzung informieren die Eltern die Kinder, über generelle Regeln und versuchen gleichzeitig eine einladende Atmosphäre zu schaffen. Kinder lernen durch die Strukturierung der Spielsitzung, dass sie ihr Spiel frei gestalten können jedoch, dass ihre Eltern über das Durchsetzungsvermögen verfügen angekündigte Konsequenzen beim Verstoß einer Regel zu vollziehen (VanFleet, 2005).

Bei zeitgerechter Information bezüglich des nahenden Endes einer Spielsitzung gibt dies dem Kind die Möglichkeit sein Spiel in einer Art und Weise zu beenden,

wie es sich wünscht. Gerade bei Kleinkindern ist es nicht unüblich, dass sich deren Spiel in den letzten Minuten dramatisch verändert, wenn sie wissen, dass ihre Spielzeit sich dem Ende neigt.

Der Filialtherapeut erklärt die Notwendigkeit eine Spielsitzung gut zu strukturieren und erklärt den Eltern, was sie sagen sollen, wenn das Kind das Spielzimmers betritt, wie man mit Toiletten Pausen umgehen soll und wie man am besten die Spielsitzung beendet und den Raum verlässt (VanFleet, 2005).

6.5.1.1 Betreten des Spielzimmers

Eltern lernen einen einfachen Satz, den sie dem Kind sagen, bevor es den Raum betritt: “ (Name des Kindes), das ist ein ganz spezieller Raum. Du kannst nahezu alles in diesem Spielzimmer machen. Wenn es etwas gibt, dass du nicht machen darfst, werde ich es dich wissen lassen“ (VanFleet, 2005, S. 17).

Dieser Satz soll Kinder das Gefühl vermitteln, dass sie nahezu uneingeschränkt in ihrem Handeln sind und sie ihre Gefühle frei ausdrücken können.

6.5.1.2 Toiletten Pausen

Der Therapeut erklärt den Eltern, dass solche Unterbrechungen vermieden werden können. Beispielsweise kann das Kind vor der Spielsitzung auf die Toilette gehen. Wenn das Kind während der Spielsitzung dennoch auf die Toilette muss, informiert der Elternteil das Kind darüber, dass das Kind den Raum einmal verlassen darf, um auf die Toilette zu gehen. Wenn das Kind wieder in das Spielzimmer zurückkehrt, sollte der Elternteil nachfolgendes sagen: “Du bist nun zurück in dem besonderen Spielzimmer“ (VanFleet, 2005, S.17). Dies sollte gesagt werden, um den Rahmen der Spielsitzung zu verdeutlichen

6.5.1.3 Verlassen des Spielzimmers

Die Eltern lernen, dass sie dem Kind zwei Warnungen geben, bevor das Ende der Spielsitzung eintritt. Fünf Minuten vor dem Ende sollte der Elternteil sagen: “(Name des Kindes), wir haben heute noch fünf Minuten Spielen heute.“ Am Ende der Spielsitzung sollte der Elternteil freundlich, aber bestimmt sagen, “(Name des Kindes), unsere Zeit für heute ist abgelaufen. Wir müssen jetzt das Spielzimmer

verlassen“ im Spielzimmer.“ Das zweite Mal sollte der Elternteil dem Kind eine Minute vor Beendigung der Spielsitzung sagen: „ (Name des Kindes), wir haben noch eine Minute zum (VanFleet, 2005, S. 17f.).

Der Filialtherapeut lehrt den Eltern wie sie mit Kindern umgehen können, wenn diese das Verlassen des Spielzimmers verweigern oder hinauszögern. Dabei lernen Eltern in einem ersten Schritt die Gefühle des Kindes zu reflektieren und nochmals bestimmt darauf hinzuweisen, dass die Spielsitzung vorbei ist. Der jeweilige Elternteil kann das Ende der Spielsitzung durch ein demonstratives Aufstehen verdeutlichen. Falls es notwendig ist, kann der Elternteil das Kind auch an der Hand oder bei der Schulter zur Tür hinausbegleiten. Der Elternteil wechselt dabei sein Verhalten von Akzeptanz in eines das Bestimmtheit und Endgültigkeit signalisiert (VanFleet, 2005).

Wenn man die Filialtherapie mit Kleinkindern durchführt, bedarf es bei der Strukturierung der einzelnen Spielsitzungen kleinen Änderungen. Anders als bei Kindern ab drei Jahren dauert eine Spielsitzung nicht 30 Minuten, sondern hängt vom jeweiligen Interesse des Kindes ab und dauert für gewöhnlich zwischen 10-15 Minuten. Aufgrund des höheren Betreuungsbedarfs von Kleinkindern sollte nicht mehr als eine Spielsitzung unter der Woche unter der Supervision des Therapeuten stattfinden (VanFleet, 2005).

6.5.2 Empathisches Zuhören

Der Therapeut erklärt den Eltern, dass diese Fähigkeit ihnen dabei hilft Sensibilität und Verständnis für ihr Kind auszudrücken, in einer Art und Weise, die Akzeptanz für die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes vermittelt. Das empathische Zuhören hat zudem folgende Zwecke (Landreth, 2002):

- 1) Es drückt das Interesse der Eltern an ihrem Kind aus
- 2) Es erlaubt dem Kind jegliche Missverständnisse hinsichtlich ihrer Gefühle unverzüglich mit ihren Eltern zu klären

-
- 3) Es hilft Kindern Gründe und Bezeichnungen für ihr Verhalten zu finden und dadurch erhöht sich ihre Fähigkeit ihre Emotionen in konstruktiverer Weise auszudrücken
 - 4) Es hilft Kinder sich selbst zu akzeptieren, wenn sie sich von ihren Eltern akzeptiert fühlen

Eltern lernen ihren Kindern in den Spielsitzungen deren ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken. Außerdem lernen sie mit ihren eigenen Worten die Gefühle ihrer Kinder umzuformulieren und laut auszusprechen. Der Therapeut demonstriert die Fähigkeit zuzuhören an einfachen Beispielen und kurzen Vorführungen. Der Therapeut sagt beispielsweise, "Wenn ihr Kind Ihnen eine Zeichnung zeigt, lächelt und sagt, ' Schau dir meine Zeichnung an, ist die nicht toll? Hören sie empathisch zu und sagen, ' Du bist wirklich stolz auf deine Zeichnung! Das gibt dem Kind das Gefühl, dass es in Ordnung ist stolz auf seine Zeichnung sein zu können und hilft ihm dabei Selbstvertrauen aufzubauen." (VanFleet, 2005, S.18)

Dann lehrt der Therapeut den Eltern, wie sie empathische Kommentare ausdrücken können ohne, dass diese das Kind dominieren oder leiten. Der Therapeut kann den Eltern zur Vereinfachung erklären, dass der Inhalt der Reflexion in Bezug auf das Spielverhalten des Kindes ähnlich den Kommentaren eines Sportreporters ist. Im Allgemeinen versucht der Therapeut den Eltern die Bedeutung und Wichtigkeit des Reflektierens der Gefühle des Kindes zu vermitteln. Eltern lernen auch, wie sie sich mit ihrem Kind im Zimmer bewegen sollen, sodass sie nicht aufdringlich, aber aufmerksam wirken (VanFleet, 2005)

Arbeitet man mit Kleinkindern müssen Eltern besonders auf ihre nonverbale Kommunikation und deren Gesichtsausdruck achten. Diese beiden Aspekte sind in diesem Alter des Kindes sehr wertvolle Instrumente in der Kommunikation. Eltern wird gezeigt, wie sie einem Kleinkind kommunizieren können, was sie sehen und hören. Dabei sollen sie eine möglichst einfache Sprache verwenden und auf ihre Stimmhöhe und auf das Interesse ihres Kindes achten. Sie können beispielsweise sagen: „ Du möchtest, dass das Baby ein Bad nimmt“ oder „Schau, das macht Spaß! Das Baby nimmt ein Bad!“. Zudem ist es bei Kleinkindern sinnvoll alle Spielsachen bei ihren Namen zu nennen (Bratton & Ryan, 2008).

6.5.3 Das kindzentrierte Mitspielen

Obwohl viele Eltern mit ihren Kindern regelmäßig spielen, geschieht dies oft in einer direkten Weise, in der das Kind dazu auffordert mit gewissen Spielsachen zu spielen oder für die Entwicklung bedeutende Spiele ausgewählt werden. Eltern schlagen ihrem Kind oft ein bestimmtes Spiel vor oder haben Probleme damit sich in das Spiel ihres Kindes einzubringen (Goetze, 2002; Guernsey, 1964).

Die Fähigkeit kindzentriert spielen zu können, zeigt den Eltern, wie sie in verschiedenen Rollen agieren können, die sich ihr Kind von ihnen wünscht. Die Analogie des Produzierens von Filmen hilft Eltern zu verstehen, welche Rolle sie in dem erfundenen Spiel ihres Kindes einnehmen sollen. Die Rolle der Eltern ist die eines Schauspielers, unter der Direktion des Kindes. Das Kind entscheidet, ob der Elternteil eine aktive Rolle spielt oder nicht. Das Kind schreibt sozusagen das Drehbuch für den Part der Eltern und weist die Eltern ein, wie sie ihre Rolle zu spielen haben. Der Therapeut bittet die Eltern keine Fragen in Bezug auf deren Rolle zu stellen, da es sich für Kinder oft als schwierig erweist ihre Ideen in Worte zu fassen. Stattdessen sind die Eltern aufgefordert auf die verbale und nonverbale Kommunikation ihres Kindes zu achten und den Kontext ihrer Rolle zu beachten. Wenn Eltern dazu in der Lage sind, werden sie sensibel für die Bedürfnisse ihres Kindes und gewinnen dadurch mehr Selbstvertrauen sich in das Spiel des Kindes einzubringen (VanFleet, 2005).

Sollte keine Einladung des Kindes an die Eltern zur Teilnahme am Spiel erfolgen, so besteht deren Rolle darin die Gefühle des Kindes zu akzeptieren und zu reflektieren (Goetze, 2002; Guernsey, 1964).

6.5.4 Die Fähigkeit Grenzen zu setzen

Viele Eltern berichten, dass sie Probleme damit haben gezielte Grenzen zu setzen. Es gibt Eltern, die kaum irgendwelche Grenzen setzen und Eltern die Grenzen in einer lauten, harschen und missbräuchlichen Form einsetzen. Eltern, die auf eine dieser zwei Arten Grenzen setzen haben das Gefühl, dass ihre Kinder die Kontrolle über sie haben (VanFleet, 2005).

Es gibt außerdem Eltern, die Schwierigkeiten haben ihren Grenzen und androhten Konsequenzen auch zu vollziehen. Dies stellt einen sensiblen Aspekt in dem Selbstvertrauen der Eltern dar. Der Therapeut versichert den Eltern, dass er nicht immer eine 100% -ige Konsequenz erwartet, aber dass eine gewisse Durchsetzungskraft erforderlich ist. Die Stärkung der Durchsetzungskraft stellt ein wichtiges Ziel für die Zukunft dar und ist förderlich für das Selbstvertrauen der Eltern (VanFleet, 2005).

Während der Spielsitzungen sollten dem Kind kaum Grenzen gesetzt werden. Laut Landreth und Bratton (2006) darf jedoch nicht gänzlich auf Grenzen verzichtet werden, da ohne konsequente Grenzen keine Sicherheit in der Beziehung geschaffen werden kann. Es ist wichtig, dass Eltern die Notwendigkeit von dem gezielten Setzen von Grenzen erkennen. Das Setzen von Grenzen ist für Kinder wichtig, um einen Rahmen für ihr Handeln zu haben. Sie entwickeln dadurch ein Gefühl der Sicherheit. Kindern ist durchaus bewusst, dass sie unerfahren und verletzlich sind. Wenn sie merken, dass sie Kontrolle über ihre Eltern haben, kann sich ihr Gefühl der Verletzlichkeit erhöhen.

Drohen Eltern ihren Kindern ständig mit Konsequenzen, die sie nie in die Tat umsetzen, wird das Vertrauen der Kinder in die Eltern zerstört. Kinder lernen dadurch, dass sie nicht immer darauf vertrauen können, was ihre Eltern ihnen sagen. Diese Betrachtungsweise ist vielen Eltern bei dem Setzen von Grenzen nicht vertraut. Sensible Therapeuten behandeln diese Sichtweise ausführlich mit ihnen, damit die Eltern ehrgeizig an der Verbesserung dieser Fähigkeit arbeiten (VanFleet, 2005).

Bei der Begründung für das Setzen von Grenzen spricht der Therapeut folgende Punkte an (VanFleet, 2005):

- 1) Das Setzen von Grenzen hilft Kindern zu lernen, dass sie Verantwortung übernehmen müssen, wenn sie sich entscheiden eine Regel zu brechen, vor deren Konsequenzen sie gewarnt wurden.

-
- 2) Während der Spielsitzung sollen Grenzen auf ein Minimum reduziert werden. Das hilft Kinder sich leichter an alle zu erinnern und fördert den freien Ausdruck von Gefühlen.
 - 3) Wenn Grenzen gesetzt werden, muss die Sicherheit des Kindes oberste Priorität haben. Zudem muss die Sicherheit anderer Personen und wertvoller Gegenstände gewahrt sein.
 - 4) Grenzen müssen klar festgelegt und Konsequenzen vollzogen werden, sodass Kindern lernen, “ dass Eltern meinen, was sie sagen“. Das hilft das Testverhalten des Kindes zu reduzieren.

Der Filialtherapeut demonstriert den Eltern das Setzen von Grenzen in einfachster Form. Dabei wird dieselbe Konsequenz beim Brechen einer Regel angewendet. Wenn das Kind nach zweimaliger Ermahnung, dennoch die Regel bricht, muss es unverzüglich das Spielzimmer verlassen und die Spielsitzung ist beendet. Diese Konsequenz zeigt den Kindern, dass Eltern Autorität und Konsequenz aufweisen und die bisher untermauerte Autorität wird wieder hergestellt.

Grenzen umfassen im Wesentlichen die folgenden Punkte (VanFleet, 2005):

- 1) Das Kind soll keine Gegenstände gegen Fenster, Spiegel oder Kameras werfen
- 2) Farbstifte sollen nicht auf Vorhängen, Wänden oder Tafeln verwendet werden
- 3) Scharfe Objekte und Schuhe dürfen nicht herumgeworfen werden
- 4) Das Kind soll das Spielzimmer nicht verlassen, außer für einen Gang zur Toilette
- 5) Spielzeugwaffen dürfen nicht auf Personen gerichtet und geschossen werden, sofern diese geladen sind
- 6) Das Kind soll keine wertvollen Spielsachen zerstören oder sich der Massenerstörung von Spielsachen hingeben
- 7) Eltern müssen ein paar persönliche Grenzen setzen, sollen diese aber auf ein Minimum reduzieren

In dem Modell von Landreth und Bratton (2006) wird den Eltern ein drei Stufenplan vorgestellt, mit der Abkürzung „A-C-T“:

1. “A- Acknowledge the child`s feelings, wishes, wants.
2. C- Communicate the limit.
3. T- Target acceptable alternatives“(S.103).

Laut Landreth und Bratton (2006) muss in einem ersten Schritt von den Eltern die Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle des Kindes erkannt und reflektiert werden. Ein Verstehen und Akzeptieren der Gefühle kann dabei helfen, die Gefühle des Kindes zu reduzieren.

Der zweite Schritt ist es den Kindern verständlich zu erklären, welche Grenze es im Spiel gibt, um späteren Missverständnissen vorzubeugen. Es dürfen beim Kind keine Fragen bleiben, was erlaubt ist und was nicht.

In der letzten Stufe ist es die Aufgabe des Elternteils, dem Kind alternative Verhaltensweisen zum Ausdruck seiner Gefühle zu geben. Die endgültige Entscheidung, ob die Alternative gewählt wird oder nicht liegt beim Kind.

Die Reihenfolge der Stufen ist laut Landreth und Bratton (2006) nicht endgültig festgelegt. Es kann durchaus sein, dass die zweite Stufe vorgezogen wird beziehungsweise manche Schritte erst einige Male wiederholt werden müssen, bis es zur dritten Stufe kommt. Dies hängt immer von der jeweiligen Situation ab.

Die Grenzsetzung in der Filialtherapie ist wichtig, um Kindern die Eigenverantwortung für ihre Handlungen bewusst zu machen. Landreth und Bratton zufolge (2006) kann dies zu einer Änderung des Verhaltens des Kindes beitragen.

Wenn das Kind dabei ist eine Regel zu brechen, muss der Elternteil die Grenze dem Kind in einer kurzen, klaren und ausdrücklichen Weise wiedergeben. Der Klang der Stimme sollte dabei freundlich aber bestimmt und konsequent wirken. Der Elternteil benutzt dabei den Namen des Kindes, reflektiert den Wunsch des Kindes ein verbotenes Verhalten anzustreben und stellt dann noch einmal die

Grenze seines Verhaltens dar. Danach versucht der Elternteil das Spiel des Kindes umzuleiten. Dadurch ist es dem Kind möglich ist, sein Verhalten zu ändern. Das hilft dem Kind zu lernen, wie es seine Impulse verantwortungsbewusster steuern kann (Landreth & Bratton, 2006).

Wenn das Kind eine Grenze überschreitet, auf die der Elternteil bereits einmal hingewiesen hat, wird dem Kind eine Warnung gegeben. Um das zu machen, weist der Elternteil noch einmal die Regel hin und erklärt dem Kind, was es zu erwarten hat, wenn es diese erneut bricht (Das Kind hat das Spielzimmer umgehend zu verlassen). Das erlaubt dem Kind selbst zu entscheiden, ob es die Konsequenzen riskieren möchte. Nachdem die Warnung von dem Elternteil gegeben wurde, kann dieser wieder versuchen das Spiel des Kindes umzuleiten. Zum Beispiel kann der Elternteil sagen, "(Name des Kindes), Erinnerst du dich noch daran, dass ich dir gesagt habe, dass du nicht die Pistole auf mich richten darfst, wenn sie geladen ist? Wenn du die Pistole nach einmal auf mich richtest, werde ich die Spielsitzung für heute beenden. Du kannst aber sonst ziemlich alles andere machen "(Landreth & Bratton, 2006).

Wenn das Kind eine Regel zum dritten Mal während einer Spielsitzung bricht, muss der Elternteil umgehend die angekündigte Konsequenz durchführen. Der Elternteil weist dabei ein drittes Mal auf die Regel hin und führt die Konsequenz, die er in der Warnung gegeben hat aus. Der Elternteil begleitet dabei das Kind aus dem Spielzimmer. Diese Vorgehensweise hilft Kinder zu lernen, dass sie für ihre Entscheidungen Verantwortung übernehmen müssen. Der Elternteil kann dabei folgendes sagen: "(Name des Kindes), kannst du dich erinnern, dass ich dir gesagt habe, dass wir das Spielzimmer verlassen, wenn du die geladenen Pistole noch einmal auf mich richtest? Da du dich entschieden hast sie noch einmal auf mich zu richten, muss wie jetzt das Spielzimmer verlassen. Und zwar sofort " (Landreth & Bratton, 2006).

Eltern lernen mögliche Trotzanfälle ihres Kindes nach dem Verlassen des Spielzimmers zu ignorieren. Wenn ein Kind in der darauffolgenden Spielsitzung die gleiche Regel bricht, so steigt der Elternteil gleich damit ein, die gebrochene Regel anzusprechen und eine Warnung zu geben, was passiert, wenn es die

Regel noch einmal bricht. Bei einer neuen Übertretung einer Grenze beginnt der Elternteil bei der ersten Stufe: der Aufklärung des Kindes über die Grenzen im Spielzimmer und dem Versuch das Spiel des Kindes umzulenken.

Wenn der Filialtherapeut Eltern mit Kindern unter zwei Jahren hilft Grenzen festzulegen, muss der Therapeut einschätzen können, inwieweit ein Kind in der Lage ist eine Grenze zu verinnerlichen und darauf zu antworten. Wenn auch der Ablauf des Setzens von Grenzen ähnlich dem von älteren Kindern ist, bedarf es auch hier gewisser Modifizierungen. Die Sprache in der ein Erwachsener mit seinem Kleinkind kommuniziert, sollte möglichst einfach gewählt werden und dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen. Während dem zweiten Lebensjahr eines Kindes beginnt dieses eine Selbstkontrolle zu entwickeln und durch die Beziehung zu Bezugspersonen zu lernen, was angemessen ist und was nicht (Wilson & Ryan, 2005). Bereits mit zwei Jahren konnte man bei Kindern beobachten, wie sie sich unter Anwendung der kindzentrierten Fähigkeiten ihrer Eltern ihr Verhalten selbst unter Kontrolle bringen konnten (Landreth, 1991).

Kleinkinder brauchen mehr Zeit als ältere Kinder sich selbst unter Kontrolle zu bringen. Es ist daher von großer Bedeutung, dass Eltern viel Geduld aufbringen. Die Grenzen müssen möglicherweise mehrmals neu formuliert werden, um Kindern zu ermöglichen die Grenze zu hören, die Aussage zu verinnerlichen und ihr Verhalten in Kontrolle zu bringen. Wichtig ist die Erkenntnis, dass das effektive Setzen von Grenzen nicht funktionieren kann, wenn Eltern nicht die Fähigkeit der Empathie entwickelt haben. Viele Eltern sind daran gescheitert, mit Kindern unter 2 Jahren effektiv Grenzen zu setzen, weil es ihnen wichtiger war ihr Kind unter Kontrolle zu haben, anstatt ihrem Kind die Möglichkeit zu geben ihr Verhalten selbst zu regulieren (Ryan & Bratton, 2008).

Das folgende Beispiel veranschaulicht, wie sich ein 24- Monate altes Kind selbst unter Kontrolle bringen konnte. Die Mutter des Kindes war selbst Spieltherapeutin und führte selbstständig etwa 6 Monate, bevor sie ihr Kind in die Filialtherapie brachte Spielsitzungen zu Hause durch. Die folgenden Sequenzen stammen aus der zweiten Spielsitzung die außerhalb des gewohnten Zuhauses durchgeführt wurde. Es ist dabei zu beachten, dass das Spielzimmer vollkommen ausgestattet

war. Das heißt, dass auch Wasser und Sand vorhanden waren, die auch ein etwas schmutzigeres Spiel ermöglichten, was zu Hause nicht der Fall war. Die 24 Monate alte Sarah genoss es besonders während der ersten Spielsitzung Wasser in die Sandkiste zu füllen und damit zu spielen. Sarahs Mutter setzte daraufhin die Grenze, dass ihre Tochter nur drei Becher mit Wasser in die Sandkiste füllen durfte. Sarah hatte während der ersten Spielsitzung Schwierigkeiten sich an die Grenze zu halten, schaffte es aber schließlich doch sich selbst unter Kontrolle zu bringen. Während der letzten fünf Minuten der Spielsitzung ging Sarah zu der Sandkiste, blickte hinein und sagte, „Drei Becher“. Sarah ging unverzüglich in die Küche und holte einen Becher mit Wasser, den sie dann in die Sandkiste füllte. Die Mutter war beeindruckt, dass ihre Tochter sich die Grenze gemerkt hatte und reflektierte, „Du weißt, dass du nur drei Becher Wasser in die Sandkiste füllen darfst.“ Sarah hielt kurz an, um ihre Mutter anzusehen und holte dann einen zweiten Becher mit Wasser und sagte, „Zwei“, als ob sie mitzählen würde. Als Sarah den dritten Becher holte und das Wasser in die Sandkiste füllte blickte sie zu ihrer Mutter und sagte, „Drei“. Ihre Mutter nickte und sagte, „Du weißt, dass wir jetzt bei drei Bechern sind.“ Diese Interaktion erlaubte der Mutter zu beobachten, dass ihr Kind die Grenze verstand. Das war eine neue Entwicklung die Sarahs Mutter bisher von ihrer Tochter nicht kannte. Allerdings machte Sarah das Füllen der Sandkiste mit Wasser so viel Freude, dass sie zurückging, um einen vierten Becher mit Wasser zu holen. Sarahs Mutter sagte darauf, „Sarah, ich weiß, dass du gerne mehr Wasser in der Sandkiste möchtest, aber für heute ist bereits genug Wasser in der Sandkiste.“ Sarah war bereits kurz vor der Sandkiste und bereit das Wasser einzufüllen. Ihre Mutter wiederholte noch zweimal freundlich, aber bestimmt die festgelegte Grenze während Sarah ihr dabei in die Augen sah und ein bisschen Wasser in die Sandkiste eintröpfelte. Sarahs Mutter wiederholte ein drittes Mal die Grenze und Sarah sagte daraufhin, „Man kann Wasser auch in das Spülbecken geben“ (Sarah hat dabei mit ihren zwei Jahren eine konkrete Alternative für ihre Bedürfnisse gefunden, was für ihre Entwicklung angemessen und wichtig ist). Sarah schaute zum Waschbecken und begann sich dorthin zu bewegen. Sie füllte einige Becher mit Wasser und goss diese in das Spülbecken. Sarahs Mutter berichtete nach der Spielsitzung, dass sie

überrascht war, dass ihre Tochter sich selbst unter Kontrolle bringen konnte. Durch das beständige Üben der Empathie und der niedrigeren Anzahl von Grenzen gab Sarahs Mutter ihrer Tochter die Möglichkeit zu akzeptieren, dass auch sie Verantwortung für ihr Verhalten trägt. Das ermöglichte Sarah Kontrolle über sich und ihr Verhalten zu erlernen (Ryan & Bratton, 2008).

Kleinkinder brauchen für gewöhnlich mehr Hilfe als Sarah, um ihr eigenes Verhalten unter Kontrolle zu bringen und aus diesem Grunde sollten Spielsachen so ausgewählt werden, dass das Spiel des Kindes nur wenige Grenzen bedarf. Das Setzen von Grenzen entsteht meist aus dem Interesse des Kindes mit unsicheren, wertvollen oder dreckigen Sachen zu spielen. Wie bereits beschrieben, entwickeln Kinder in diesem Alter erst die Fähigkeit sich selbst zu regulieren und brauchen daher viel Übung. Bei Babys müssen Eltern die Grenze nennen und das Kind körperlich von dem unsicheren oder unerwünschten Verhalten zu einem erwünschten Verhalten umleiten. Die meisten Eltern brauchen dabei Unterstützung und Aufsicht von einem Filialtherapeuten, wie sie zu Beginn der Therapie angemessen auf das Verhalten ihres Kindes reagieren können (Ryan & Bratton, 2008).

Eltern von Kleinkindern bedürfen in etwa zwei bis drei Sitzungen, um sich die kindzentrierten Fähigkeiten anzueignen. Im Folgenden wird der Trainingsprozess der Eltern geschildert, bis diese ihre ersten Spielsitzungen alleine mit dem Kind durchführen können.

6.6 Das Elterntaining

Der Filialtherapeut nützt eine Reihe von Methoden, um den Eltern die kindzentrierten Fähigkeiten beizubringen. Beispielsweise verwendet er Demonstrationen, kurze Vorträge, Rollenspiele, praktische Übungen, konstruktives Feedback und Bekräftigung. Während der einzelnen Trainingseinheiten kann es sein, dass der Filialtherapeut die Eltern bittet einige Teile aus "A Parent's Handbook of Filial Play Therapy" (VanFleet, 2000) zu lesen, welches deren Wissen über die kindzentrierten Fähigkeiten erhöhen kann.

Wenn der Therapeut den Eltern die Filialtherapie empfiehlt, gibt er ihnen nicht nur eine rationale Begründung dafür, sondern auch einen Überblick der Spielsitzungen und die von den Eltern zu erlernenden Fähigkeiten. Der Therapeut erklärt ihnen dabei die vier kindzentrierten Fähigkeiten und bespricht mit den Eltern, die Wichtigkeit der Mithilfe der Eltern in der Entwicklung des Kindes. Der Therapeut lehrt die kindzentrierten Fähigkeiten in drei Phasen (VanFleet, 2005):

- 1) Die Vorführung von Spielsitzungen
- 2) Das anfängliche Elterntaining
- 3) Rollenspiele

Alle drei Phasen werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

6.6.1 Die Vorführung von Spielsitzungen

Um den Eltern eine bessere Vorstellung zu geben, wie eine Spielsitzung aussieht, führt der Filialtherapeut individuelle Spielsitzungen mit jedem Kind der Familie durch, während die Eltern diese beobachten können. Am besten ist es, wenn Eltern die Spielsitzung durch einen Einwegspiegel beobachten, aber es kann auch mittels einer live Videoaufzeichnung erfolgen oder sie können in einer unauffälligen Ecke des Raumes das Geschehen verfolgen. Im späteren Verlauf zeigt der Filialtherapeut den Eltern, wie sie sich unauffällig Notizen machen, die dann im Anschluss besprochen werden können. Es hat sich ein unerwarteter Vorteil ergeben, wenn Eltern im Spielzimmer verweilen, anstatt durch einen Einwegspiegel das Geschehen zu beobachten. Während der Therapeut mit den

Kindern spielt, schauen diese oft zu ihren Eltern, zeigen ihnen Sachen, sprechen mit ihnen oder fragen ihre Eltern, ob sie mitspielen möchten. Der Filialtherapeut setzt die Spielsitzung einfach fort und hilft den Eltern dadurch in der Rolle des Beobachters zu bleiben. Der Wunsch des Kindes die Aufmerksamkeit seiner Eltern auf sich zu haben, kann dann nach der Spielsitzung diskutiert werden. Dabei kann den Eltern verdeutlicht werden, wie wichtig sie für ihr Kind sind und ihr Einbezug in die Therapie daher unbedingt erforderlich ist. Die Vorführung der Spielsitzung braucht für gewöhnlich eine ganze Einheit. Bei Familien mit mehr als einem Kind, sollten idealerweise beide Eltern die Spielsitzung beobachten, falls dies aber nicht möglich sein sollte, kann auch ein Elternteil in der Zwischenzeit auf die anderen Kinder aufpassen. Im Anschluss können die Eltern in der nächsten Spieleinheit tauschen. Wichtig ist dabei nur, dass jeder Elternteil zumindest einmal mit einem seiner Kinder eine Spielsitzung beobachtet hat (VanFleet, 2005).

Therapeuten müssen gegebenenfalls während der Spielsitzungen Regeln aufstellen und Konsequenzen anführen, wenn ein Kind während der Spielsitzung eine Regel bricht und die Eltern darüber bereits im Vorhinein informieren. Obwohl es sehr selten vorkommt, dass man aufgrund eines häufigen Regelbruches die Spielsitzung beenden muss, müssen die Eltern auch über diese Möglichkeit informiert sein. Falls das Kind aggressiv beim Verlassen des Spielzimmers reagiert, kann der Therapeut einen geeigneten Weg für die Eltern entwickeln, wie diese ihr Kind wieder beruhigen können (VanFleet, 2005).

Der Therapeut führt etwa 15- 20 minütige Spielsitzungen mit jedem der Kinder durch. Der Therapeut kann die jeweilige Dauer der Spielsitzung bei Familien mit mehr als zwei Kindern verkürzen. Nach der Demonstration der Spielsitzung geht der Therapeut auf die Fragen, Zweifel und Beobachtungen der Eltern ein. Wenn ein Kind während der Supervision ein Problem aufweist oder nicht verweilen möchte, kann der Therapeut die Supervision auf die nächste Einheit verschieben, aber generell ist es wichtig die Supervision direkt nach der Spielsitzung durchzuführen (VanFleet, 2005).

Der Therapeut fordert die Eltern auf offen über ihre Bedenken und Fragen zu sprechen, hört ihnen dabei empathisch zu und beantwortet Fragen über die

Spielsitzung. Der Therapeut zeigt den Eltern auch die bereits angewendeten kindzentrierten Fähigkeiten auf.

6.6.2 Das anfängliche Elterntraining

Die nächste Phase der Filialtherapie umfasst das praktische Training der Eltern im Strukturieren, empathischen Zuhören, kindzentrierten Mitspielen und dem Setzen von Grenzen. Der Therapeut erklärt die Begründung für jede der vier Fähigkeiten und bezieht sich auf Situationen aus den Demonstrationen der Spielsitzung, die die Eltern beobachtet haben. Mit Hilfe von Spielsachen stellt der Therapeut eine Situation aus den Demonstrationen nach. Zum Beispiel häuft der Therapeut einen Baustein nach dem anderen aufeinander und versucht die Eltern zu motivieren den Inhalt des Geschehens zu reflektieren. Diese können beispielsweise sagen, „*Du legst einen Baustein auf den anderen. Einem nach dem anderen und jetzt gibst du noch einen dazu. Du machst einen großen Turm.*“ Dann wirft der Therapeut den ganzen Turm wieder um und scheint dabei Freude auszudrücken. Wenn die Eltern dabei keine Emotion des Kindes reflektieren, kann der Therapeut unverzüglich darauf sagen, „Was glauben Sie, wie ich mich dabei fühle?“. Der Therapeut hilft den Eltern empathisch zuzuhören und zum Beispiel zu sagen, „Es macht Spaß den Turm wieder umzuwerfen. Du magst das!“ (VanFleet, 2005, S.24). Der Therapeut fährt mit solchen Übungen fort bis jeder Elternteil in der Lage ist den wesentlichen Inhalt zu erkennen und zu reflektieren. Der Therapeut versucht die Eltern positiv zu bestärken während er ihnen Feedback gibt. Der Therapeut bleibt immer sensibel und macht sich bewusst, dass sich die Eltern noch in einem Lernprozess befinden (VanFleet, 2005).

Korrigierendes Feedback verlangt auch Sensibilität seitens des Filialtherapeuten. Der Therapeut gibt den Eltern nicht mehr als ein- bis zwei kindzentrierte Fähigkeiten, auf die sie sich konzentrieren sollen. Feedback kann der Therapeut geben, indem er beispielsweise das Folgende sagt: „Mir gefiel, was Sie zu mir(in der Rolle des Kindes) gesagt haben. Es war hervorragend, dass Sie meine Gefühle aufgegriffen haben. Sie haben nur ziemlich ruhig gewirkt, als ich die ersten Bausteine aufeinander gesetzt habe. Ich würde mir wünschen, dass Sie das nächste Mal versuchen meine Handlungen zu beschreiben. Das hilft dem Kind

zu wissen, dass sie ihm immer Beachtung schenken, auch wenn es spielt. Haben sie irgendwelche Anmerkungen oder Fragen dazu?“ (VanFleet, 2005, S.24)

In der Trainingsphase behandelt der Therapeut nicht nur die vier kindzentrierten Fähigkeiten, sondern auch wie Eltern mit negativen Reaktionen ihres Kindes während der Spielsitzung umgehen können. Eltern lernen -wenn ein Kind negative Gefühle äußert- diesen empathisch zuzuhören. Der Therapeut zeigt Eltern, wie sie Verständnis für die Gefühle ihres Kindes zeigen können und gleichzeitig gewisse Grenzen ansprechen und die Konsequenzen durchführen können (VanFleet, 2005).

Kinder stellen manchmal Fragen während der Spielsitzung und der Therapeut zeigt den Eltern, wie sie empathisch darauf reagieren können, anstatt automatisch darauf zu antworten. Wenn das Kind zum Beispiel fragt, wie spät es ist, kann der Elternteil das Kind darauf aufmerksam machen, dass es noch genügend Zeit zum Spielen hat. Es sollte vermieden werden dem Kind die exakte Zeit zu sagen, um die nicht direktive Atmosphäre beizubehalten und nicht den Fokus des Kindes auf die Uhrzeit zu lenken. Wenn das Kind dennoch darauf besteht, kann dies der Erwachsene tun und im Zuge dessen die Gefühle des Kindes reflektieren. Es ist wichtig, dass Eltern lernen Fragen in einer ähnlichen nicht direktiven Weise zu behandeln und dabei immer die Gefühle des Kindes zu reflektieren. Diese Phase kann mit einer Sitzung abgeschlossen werden (VanFleet, 2005).

6.6.3 Rollenspiele

In der nächsten Phase des Trainingsprozesses lernen Eltern individuell die Spielsitzungen, indem der Therapeut in die Rolle des Kindes schlüpft. Der Therapeut wählt dabei selbst den Grad der Schwierigkeit für die Eltern. Die Spielsitzung eines jeden Elternteils mit dem Filialtherapeuten dauert dabei in etwa 10-15 Minuten, wobei der Therapeut zu Beginn meist ein Kind spielt, das gut erzogen ist und wenige Probleme aufweist. Der Therapeut wählt den Inhalt jeder Spielsitzung mit großer Sorgfalt, um die Eltern nicht zu überfordern. Meistens spielt der Therapeut seine Rolle in einer Art und Weise, die zum einen die Eltern herausfordert und zum anderen sie dazu anregt ihre erlernten Fähigkeiten anzuwenden. Der Schwierigkeitsgrad sollte dabei so gewählt sein, dass die Eltern

bereits bei den ersten Versuchen Erfolge aufweisen. Der Therapeut muss seine Rolle als Kind so spielen, dass die Eltern die wesentlichen Fähigkeiten in der Spielsitzung üben können: Das Betreten des Spielzimmers, empathisches Zuhören auch bei einem leicht aggressiven Spiel, ein Wunschscenario des „Kindes“, zumindest eine Grenzüberschreitung, eine Warnung fünf und eine Minute vor dem Ende der Spielsitzung zu geben und das Verlassen des Spielzimmers. Des Weiteren sollte der Filialtherapeut Themen in der Spielsitzung aufbringen, die mit den momentanen Problemen der Familie zusammenhängen. Durch die Gespräche mit den Eltern und den bisherigen Spielsitzungen mit den Kindern hat der Therapeut einen Einblick davon bekommen, wie sich Kinder ihren Eltern gegenüber verhalten. Wenn sich ein Kind immer wieder aggressiv im Spiel verhält, so wird der Therapeut ähnliche Sequenzen nachspielen, um den Eltern zu ermöglichen das Setzen von Grenzen besser zu lernen. Der Therapeut versucht jedoch nicht ein Kind aus der Familie nachzuspielen, sondern nur Themen aufzubringen, die die Familie zu dieser Zeit belasten. Während der zweiten Sitzung des Rollenspiels erhöht der Filialtherapeut den Schwierigkeitsgrad der Spielsitzung, in Abstimmung mit den erhöhten Fähigkeiten der Eltern. Kindzentrierte Fähigkeiten, die in dem ersten Rollenspiel noch kaum oder nicht ausreichend zur Geltung kamen, werden dabei verstärkt vom Therapeuten gefordert. Der Therapeut versucht in seinem Spiel immer mehr Grenzen auszutesten und die Eltern mehr in sein Spiel einzubeziehen. Das Ziel dabei ist es sicherzustellen, dass die Eltern die meisten Situationen einer Spielsitzung selbstständig bewältigen können und den kindzentrierten Prinzipien folgen. Normalerweise reichen zwei Sitzungen für Rollenspiele, sollten sich die Eltern jedoch nicht sicher genug fühlen und Probleme mit der einen oder anderen Fähigkeit haben, kann der Therapeut noch eine dritte Sitzung einberufen, in der verstärkt schwierige Situationen geübt werden. Unabhängig von der Anzahl der Sitzungen muss ständig Feedback vom Therapeuten während und nach dem Rollenspiel erfolgen. Jeder Elternteil erhält dabei ein individuelles Feedback. Während dem Rollenspiel kann der Therapeut kurz aus seiner Rolle schlüpfen und den Eltern Feedback geben. Das kann Eltern dabei helfen ihre Fähigkeiten zu verbessern und mindert ihre Ängste bezüglich ihrer Leistung. Ein ausführliches

Feedback wird allerdings erst nach dem Rollenspiel gegeben. Der Therapeut diskutiert mit den Eltern ihr Verhalten während dem Rollenspiel und hört ihnen empathisch zu. Im Anschluss gibt der Therapeut den Eltern Feedback über deren korrekte Anwendung der kindzentrierten Fähigkeiten. Dabei versucht der Therapeut so positiv wie möglich die Ereignisse zusammenzufassen und zusätzlich den Eltern ein paar Ratschläge zu geben, wie sie ihre Reaktionen noch verbessern können (VanFleet, 2005).

Eltern sind in der Lage selbstständig mit ihren Kinder Spielsitzungen durchzuführen, wenn sie den Großteil der Zeit empathisch zuhören, den Wunsch des Kindes folgen und gezielt Grenzen nach dem 3 Stufenprozess setzen können. Die Entscheidung zur nächsten Phase überzugehen, wird von den Eltern und dem Therapeuten gemeinsam getroffen. Die Aneignung kindzentrierten Fähigkeiten dauert lediglich ein paar Sitzungen. Bei Gruppen von etwa sechs bis acht Elternpaaren in etwa 2 Monate (Guerney & Guerney, 1987).

6.6.4 Die ersten Spielsitzungen der Eltern

Wenn die Trainingsphase beendet ist, bereitet der Filialtherapeut die Eltern auf ihre erste Spielsitzung mit ihrem Kind vor. Der Therapeut steht den Eltern dabei für jegliche Fragen zur Verfügung und bespricht mit den Eltern deren Erwartungen in die erste Spielsitzung mit ihrem Kind. Wenn das Kind ein aggressives Spielverhalten während der Beobachtung mit dem Therapeuten aufgezeigt hat, wird der Therapeut erneut sicherstellen, dass die Eltern ihren Kind empathisch zuhören und effektiv Grenzen setzen können. Obwohl viele Situationen in dem Rollenspiel durchgespielt und diskutiert wurden, weist der Therapeut darauf hin, dass nicht alle Situationen vorhersehbar und planbar sind. Wenn sich Eltern während der Spielsituation verunsichert fühlen, haben sie immer die Möglichkeit eine fünf Minuten Warnung auszusprechen und dann die Spielsitzung zu beenden. Der Therapeut versichert den Eltern, dass er sie während der Spielsitzung beobachtet und in kritischen Situationen jederzeit eingreifen kann. Abschließend sollte der Therapeut den Eltern sein Vertrauen in ihre kindzentrierten Fähigkeiten ausdrücken, um ihnen dadurch Selbstvertrauen zu geben (VanFleet, 2005).

6.6.5 Supervision der anfänglichen Spielsitzungen

Die erste Spielsitzung der Eltern mit ihrem Kind sollte in etwa 20 Minuten dauern, alle folgenden Sitzungen in etwa 30 Minuten. Bei Kleinkindern dauern die Spielsitzungen für gewöhnlich zwischen 10- 15 Minuten.

Während der Spielsitzung spielt ein Elternteil mit dem Kind und schenkt ihm seine volle Aufmerksamkeit. Der Therapeut beobachtet die Spielsitzung und gibt dem durchführenden Elternteil im Anschluss Feedback. Falls es möglich ist, sollte der zweite Elternteil auch die Spielsitzung beobachten. Im besten Falle in einem anderen Raum oder falls nicht anderes möglich mittels Videoaufzeichnung oder in einem unauffälligen Teil des Raumes. Die Situation, dass der Therapeut oder der andere Elternteil sich Notizen macht während er von dem Kind angesehen wird, sollte vermieden werden. Der Therapeut achtet während seiner Beobachtung besonders darauf, wie Eltern ihre kindzentrierten Fähigkeiten anwenden (VanFleet, 2005).

Der Therapeut bespricht im Anschluss mit dem Elternteil, der die Sitzung durchgeführt hat seine Beobachtungen. Der andere Elternteil wird zur Diskussion miteinbezogen, aber es ist ihm nicht gestattet Ratschläge oder Kritik zu äußern. Zu Beginn hört der Therapeut empathisch den Reaktionen der Eltern zu. Es kann für den Elternteil, der die Spielsitzung durchgeführt hat, sehr hilfreich sein, als Erster seine Kritik und Erfahrungen in der Spielsitzung mitzuteilen. Der Therapeut bietet dann gezieltes Feedback zu den kindzentrierten Fähigkeiten. Dabei ist es wichtig, dass er sich auf konkrete Situationen aus der Spielsitzung bezieht. Der beobachtende Elternteil kann Fragen zu der Spielsitzung stellen, nachdem der Therapeut sein Feedback beendet hat. Eine Kopie der Notizen des Therapeuten kann die Eltern-Therapeut-Beziehung stärken (VanFleet, 2005).

Nachdem das Feedback erfolgt ist, rückt das Spiel des Kindes in den Vordergrund. Der Filialtherapeut hilft den Eltern einen Einblick in die Symbolik des Spiels ihres Kindes zu gewinnen. Zu diesem Zeitpunkt werden Eltern vom Therapeuten aufgefordert ihre Bedenken und Fragen bezüglich des Spiels ihres Kindes zu äußern. Danach spricht der Therapeut noch Themen und Motive an, die im Spiel des Kindes aufgetreten sind oder angedeutet wurden. Wenn ein Kind zum

Beispiel die Grenzen des Elternteils ignoriert hat, wird der Therapeut nachfragen, ob sich ähnliche Probleme auch zu Hause finden lassen. In einem weiteren Schritt bespricht der Therapeut dann mit den Eltern, wie man mit solchen Situationen in Zukunft besser umgehen kann und hilft Konsequenzen effektiver durchzusetzen. Der Therapeut vermittelt den Eltern zusätzlich Anzeichen, die ihnen dabei helfen sollen aufkommende Themen oder Motive besser zu erkennen. Prinzipiell beinhalten die Kriterien: die Intensität des Spiels, die Frequenz eines Kindes mit einem bestimmten Gegenstand zu spielen und die Inszenierung des Kindes eines immer gleichbleibenden Spiels. Wenn beispielsweise ein kleiner Junge immer wieder ein machtvolleres Monster, einen Superhelden oder einen Giganten spielen möchte, kann der Therapeut den Eltern nahe legen, dass dies ein Ausdruck dafür sein könnte, dass der Junge mehr Kontrolle über sein Leben haben möchte. Normalerweise bedarf es zwei oder drei Sitzungen, um die kindzentrierten Fähigkeiten zu verfeinern. Kindern nutzen besonders die ersten Sitzungen zu dem Erkunden der Spielsachen, des Spielzimmers und um sich mit der Umgebung vertraut zu machen. Weiters versuchen Kinder ein Gefühl im Hinblick auf den Ablauf einer Spielsitzung zu bekommen (VanFleet, 2005).

Gerade durch die ersten Spielsitzungen entstehen bei manchen Eltern Bedenken und Ängste bezüglich dem Spiel ihres Kindes. Es ist nicht unüblich, dass sich manche Eltern fragen, ob sich ihr Kind später als Straftäter entpuppt, wenn es ein großes Interesse an Pistolen zeigt oder sind sich unsicher bezüglich der Geschlechtsidentität ihres Sohnes, wenn dieser immer wieder mit Puppen spielt. Filialtherapeuten müssen dabei alle Fragen der Eltern ernst nehmen und ihnen eine nicht wertende Akzeptanz ihrer Gefühle gegenüberbringen. In dieser Phase müssen Filialtherapeuten den Eltern rückversichern, dass das Verhalten deren Kindes kein Grund zur Besorgnis darstellt (VanFleet, 2005).

Ein aggressives Spiel ist vor allem in den anfänglichen Spielsitzungen ganz natürlich und die Eltern können anhand ihrer erlernten Fähigkeiten Ihrem Kind dabei helfen ein gesundes und verantwortungsbewusstes Kind zu werden. Zudem spielen Jungen genauso gerne mit Puppen wie Mädchen, wenn ihnen die Möglichkeit dazu gegeben wird. Es besteht immer eine Tendenz, dass Eltern zu

viel in das Spielverhalten ihres Kindes interpretieren. Filialtherapeuten helfen ihnen ihre Interpretationen rational zu betrachten. Zusätzlich warnt der Therapeut davor das Verhalten außerhalb der Spielsitzung zu hinterfragen und jegliche Bedenken mit den Therapeuten vorab zu besprechen (VanFleet, 2005).

Die Durchführung der Spielsitzungen und die direkte Supervision durch den Therapeuten dauern bei Kleinkindern in etwa vier bis sechs Sitzungen.

Nach den anfänglichen Sitzungen entwickelt sich ein themenbezogenes Spiel des Kindes auf das im Folgenden näher eingegangen wird.

6.6.6 Das themenbezogene Spiel

In der dritten oder vierten Spielsitzung tauchen für gewöhnliche Symbole und Themen in dem Spiel des Kindes auf, die es zurzeit bewegen. Sobald Kinder das Gefühl haben, sich in einer nicht wertenden Atmosphäre zu befinden, beginnen sie ihre inneren Konflikte und Gefühle im Spiel auszudrücken. Die Themen des Spiels beziehen sich oft auf reale Situationen aus dem Familienalltag. Themen wie Aggression, Kontrolle, Macht, Gut und Böse, Familien und Beziehungen zu Gleichaltrigen sind sehr verbreitet. Die Spielsachen und Methoden, die Kinder benutzen, um ihre Gefühle auszudrücken sind dabei grenzenlos. Kinder, besonders jene die Aggressionsprobleme aufweisen und die zu Hause unterdrückt wurden, weisen oft ein aggressives Spiel während der ersten Spielsitzungen auf. Sie verwenden Plastikpistolen, Seile oder ein Plastikmesser und agieren sehr aktiv damit. Auch das Austesten von Grenzen ist bei solchen Kindern erhöht. Eltern äußern manchmal Bedenken, dass ein solches Verhalten in der Spielsitzung die Situation zu Hause eher verschlimmern könnte. Filialtherapeuten müssen Eltern, die solche Bedenken äußern, erklären, dass dieser Anstieg an dem aggressiven Spiel jedoch nur temporär und vollkommen natürlich ist. Ziel der Therapie ist es dem Kind dabei zu helfen seine Aggressionen in einer konstruktiven Weise auszudrücken. Die Interpretation und die Bedeutung des Spiels muss dabei immer im Familienkontext stehen (VanFleet, 2005). Interpretationen folgen dabei nicht einem Schema wie in einem Kochbuch. Beispielsweise kann man nicht sagen, dass Dinosaurier immer für Aggressionen stehen. Die Routine im Spiel des Kindes, dessen Intensität und andere Verhaltensweisen geben lediglich einen

Hinweis, was ihr Spiel bedeuten mag. Der Therapeut hat bei seinen Überlegungen immer die Herkunft des Kindes, seine jetzige und damalige Familiensituation einzubeziehen, um das Spiel des Kindes in den richtigen Kontext zu sehen. Die Eltern stellen dabei für den Therapeuten echte Partner dar, die mehr über das Kind und den Hintergrund des Kindes wissen als jeder andere. Die Bedeutung, die hinter dem Spiel des Kindes steht, ist dabei nicht immer eindeutig. Filialtherapeuten helfen Eltern „Hypothesen“ über die mögliche Bedeutung des Spiels zu finden. Zudem helfen sie Eltern zu verstehen, dass es nicht immer notwendig ist alles an dem Spiel des Kindes zu verstehen (VanFleet, 2005).

6.6.7 Der Transfer der Spielsitzung

Mit der Planung die Spielsitzungen in das Zuhause der Kinder zu transferieren, kann bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Filialtherapie beginnen. Während der Trainingsphase gibt der Therapeut den Eltern eine Liste mit Spielsachen, die sie für die Spielsitzungen zu Hause besorgen sollen. Der Therapeut erinnert die Eltern dabei an die Notwendigkeit, die Spielsachen bereits zu dem Zeitpunkt der Supervision zu sammeln. Beim Transfer der Spielsitzung in das Zuhause des Kindes hilft der Therapeut den Eltern sie für die ersten Spielsitzungen vorzubereiten. Beispielsweise hilft er den Eltern bei der Beschaffung der Spielsachen, bei der Entscheidung nach einem geeigneten Spielort, bei der zeitlichen Planung der Spielsitzungen, bei dem Umgang mit Unterbrechungen und bei dem Beobachten, wie sich das Spiel des Kindes im Laufe der Zeit verändert (VanFleet, 2005).

6.6.7.1 Die Beschaffung der Spielsachen

Der Therapeut bestärkt die Eltern darin ein Set an Spielsachen zu beschaffen, das von den Kindern fern gehalten wird und nur während der Spielsitzungen verwendet wird. Die ungefähren Kosten für ein solches Set belaufen sich zwischen 100 bis 150 Euro. Viele Familien können sich dies, jedoch nicht leisten. In solchen Fällen sollte der Filialtherapeut ökonomische Wege suchen, um das Spielzimmer auszustatten. Beispielsweise kann man ein Kartenhaus als Ersatz für ein Puppenhaus verwenden oder aus Socken kleine Spielpuppen nähen. Zudem stellen Flohmärkte oder ein Ausverkauf eine gute Möglichkeit dar, um an günstige

Spielsachen zu kommen. Manchmal erhalten auch Filialtherapeuten Spenden von Sozialeinrichtungen, die sie den Eltern zur Verfügung stellen können (VanFleet, 2005).

6.6.7.2 Einen Ort für die Spielsitzung finden

Der Filialtherapeut hilft den Eltern dabei einen geeigneten Platz für die Spielsitzungen in ihrem Haus oder ihrer Wohnung zu finden. Das Zimmer muss dabei nicht für immer als Spielzimmer fungieren, sondern kann nach der Spielsitzung wieder umgestellt werden. Bei der Suche nach einem passenden Ort müssen folgende Punkte beachtet werden (VanFleet, 2005):

1. Der Ort muss groß genug sein, um einen aufblasbaren Boxsack, zwei Personen und alle übrigen Spielsachen unterzubringen
2. Der Ort sollte keine zerbrechlichen oder wertvollen Gegenstände beinhalten
3. Der Ort sollte einen aktiven und wilden Spiel standhalten können ohne, dass es vieler Grenzen bedarf
4. Der Ort sollte für Wasserspiele geeignet sein.

Häufig werden die Küche, der Keller oder eine Garage oder auch kleinere Bereiche in einem großen Wohnzimmer gewählt. Von Eltern, die in kleinen Wohnungen wohnen wird viel Kreativität gefordert. In sehr kleinen Zimmer kann man beispielsweise eine große Decke aufbereiten und diese als " Spielzone" festlegen. Nachdem ein geeigneter Platz mit dem Therapeuten gefunden wurde, werden Grenzen festgelegt. Die Anzahl der festgelegten Grenzen sollten dabei auf ein Minimum reduziert werden, um eine offene Atmosphäre schaffen zu können (VanFleet, 2005).

6.6.7.3 Ablaufplan der Spielsitzung

Der Therapeut empfiehlt den Eltern, dass sie einmal pro Woche mit jedem Kind für etwa 30 Minuten eine Spielsitzung in ihren Zeitplan einberechnen. Änderungen sind teilweise durchführbar, falls unerwartete Ereignisse eintreten. Es hat jedoch oberste Priorität, dass Spielsitzungen regelmäßig stattfinden und für die Kinder

vorhersehbar sind, um die angestrebten Ziele zu erreichen. Aufgrund der bisherigen Sitzungen mit den Therapeuten haben viele Paare dieses Problem bereits zu Beginn beseitigt. Der Therapeut weist dennoch auf die hohe Bedeutung regelmäßig stattfindender Spielsitzungen hin und weist die Eltern darauf hin immer die Interessen der Kinder im Hinterkopf zu bewahren. Spielsitzungen, die zeitlich mit Lieblingsserien, dem Fußballtraining oder Esszeiten kollidieren, weisen sehr selten Erfolge auf und sollten daher gar nicht erst gewählt werden (VanFleet, 2005).

6.6.7.4 Der Umgang mit Unterbrechungen

Störungen stellen eine Gefahr dar, die offene Atmosphäre zu zerstören und treten für gewöhnlich zu Hause auf. Der Therapeut fordert die Eltern bereits vorab auf über mögliche Störquellen nachzudenken und sich zu überlegen, wie man damit umgehen kann. Die Eltern können beispielsweise Verwandte oder Nachbarn informieren, dass sie zu gewissen Zeiten nicht erreichbar sind und ihre Mobiltelefone auf lautlos stellen.

Geschwister haben oft ein großes Potential für Störungen zu sorgen. In Familien mit zwei Partnern kann sich immer der Partner, um die Geschwister kümmern, der nicht gerade die Spielsitzung durchführt. Bei alleinerziehenden Eltern stellt dies jedoch ein großes Problem dar. Der Einbezug von Großeltern, Tanten oder Nachbarn des Kindes ist oft unabdingbar. Manchmal kann auch der Stundenplan älterer Geschwister hilfreich sein, um während deren Schulzeit Spielsitzungen durchzuführen. Logistische Probleme dieser Art können mit der Hilfe des Therapeuten und etwas Kreativität einfach gelöst werden (VanFleet, 2005).

6.6.7.5 Das Engagement

Bevor die Spielsitzungen zu Hause beginnen können, müssen Eltern in etwa 10 Wochen in die Filialtherapie einbezogen sein und sich maßgeblich in den Prozess eingebracht haben. Es ist wichtig, dass Eltern ein großes Engagement aufweisen die Spielsitzungen fortan zu Hause durchzuführen. Eltern müssen ihrem Kind während der Spielsitzung vermitteln, dass sie nun oberste Priorität haben und nichts wichtiger ist, als in dieser Zeit mit ihrem Kind zu spielen. Falls eine

unerwartete Änderung in der Planung eintrifft, müssen Eltern ihre Kinder darüber rechtzeitig in Kenntnis setzen (VanFleet, 2005).

6.6.7.6 Veränderungen im Spiel des Kindes

Die letzte Vorbereitung der Eltern betrifft unerwartete Veränderungen im Spiel des Kindes. Der Therapeut erklärt den Eltern, dass es durchaus möglich ist, dass sich das Verhalten des Kindes durch die Änderung der Umgebung ändern kann. Manchmal versuchen Kinder in den ersten Spielsitzungen zu Hause vermehrt die Grenzen auszutesten. Normalerweise sind Veränderungen im Spiel minimal und Eltern können damit leicht umgehen, aber es ist hilfreich im Vorhinein über mögliche Veränderungen informiert worden zu sein, um sich nicht unnötig Sorgen zu machen (VanFleet, 2005).

6.6.7.7 Heimsitzungen und die Generalisierung der kindzentrierten Fähigkeiten

Wenn Eltern die Spielsitzungen selbstständig durchführen, beginnt eine neue Phase in der Filialtherapie. Der Fokus liegt nun auf folgenden Punkten (VanFleet, 2005):

- 1) Das Beibehalten der kindzentrierten Fähigkeiten
- 2) Die fortwährende Diskussion über Themen, die Eltern und Kinder betreffen
- 3) Das Verfolgen des therapeutischen Prozesses zur Zielerreichung
- 4) Die Anwendung der kindzentrierten Fähigkeiten im Alltag
- 5) Das Erlernen und die Anwendung zusätzlicher Fähigkeiten, die förderlich in der Erziehung sind

Der Filialtherapeut trifft die Eltern wöchentlich oder alle zwei Wochen, um mit den Eltern die Spielsitzungen zu besprechen. Der Therapeut bittet die Eltern eine Selbstbeurteilung nach jeder Spielsitzung auszufüllen, um diese in den Treffen zu diskutieren.

Die Selbstbeurteilung umfasst vier Fragen (VanFleet, 2005):

-
- 1.) Welche Situationen habe ich gut gemeistert?
 - 2.) Welche Aspekte haben sich in der Spielsitzung verbessert?
 - 3.) Wo lag der Fokus im Spiel des Kindes?
 - 4.) Welche Fragen hat die Spielsitzung in Bezug auf die Filialtherapie, meine Fähigkeiten, mein Kind, meine Familie oder über mich aufgeworfen?

Gemeinsam mit dem Therapeuten können Eltern in den regelmäßigen Treffen ihre Stärken und Schwächen in Bezug auf die kindzentrierten Fähigkeiten herausfinden. Zudem können Fragen zu dem Verhalten des Kindes geklärt werden und die aufgeworfenen Themen in der Spielsitzung besprochen werden. Falls die Eltern signifikante Probleme in der Durchführung der Spielsitzungen haben oder der Therapeut das Gefühl hat, dass Eltern ihre erlernten Fähigkeiten nicht mehr effektiv einsetzen, können die Eltern den Therapeuten als Supervisor zur Unterstützung einsetzen. Falls es notwendig ist, kann der Therapeut alle 6 bis 8 Wochen für eine Supervision zur Verfügung stehen.

Die Spielsitzungen sollten bei Kleinkindern mindestens sechs Mal zu Hause durchgeführt (Ryan & Bratton, 2008).

Nachdem der erfolgreiche Transfer der Spielsitzungen eingeleitet wurde, kann darüber nachgedacht werden die Abschlussphase der Filialtherapie einzuleiten. Im nachfolgenden Unterkapitel wird auf diese Thematik ausführlich eingegangen.

6.6.8 Die Abschlussphase

Wenn Eltern auf dem Weg sind die therapeutischen Ziele zu erreichen, wird die Planung der Abschlussphase eingeleitet. Bei Eltern von Kleinkindern beinhaltet das in etwa zwei bis drei Sitzungen mit den Therapeuten.

Die Filialtherapie basiert auf Erziehungskomponenten der Intervention und Therapeuten streben eine Unabhängigkeit der Eltern an. Filialtherapeuten achten auf gewisse Signale, die das Ende der Therapie einleiten. Im Folgenden werden vier Anzeichen näher beschrieben (VanFleet, 2005):

-
- 1) Zu Beginn der Filialtherapie verpflichten sich Eltern ihre kindzentrierten Fähigkeiten anzuwenden und den Therapieprozess nicht zu behindern. Falls der Therapeut jedoch merkt, dass sich die Eltern nicht mehr beständig dem therapeutischen Ziel widmen oder sie sich an andere Therapeuten wenden, so sollte der Filialtherapeut das Ende der Therapie einleiten. Der Therapeut kümmert sich dann um den Abbruch der Therapie ohne den Eltern Vorwürfe zu machen.
 - 2) Zudem kann das Ende der Behandlung begonnen werden, wenn die anfänglichen Probleme nahezu gelöst sind. Wenn zu Beginn der Therapie therapeutische Ziele festgelegt wurden, kann schnell festgestellt werden, ob diese auch erreicht wurden oder man kurz davor steht.
 - 3) Das Ende der Filialtherapie kann auch durch das Kind eingeleitet werden. Wenn das Kind beispielsweise kein Interesse mehr an den Spielsitzungen hat oder es kein Thema mehr anspricht, kann dies darauf hinweisen, dass die Therapie zu einem Abschluss kommen muss. Wenn das Desinteresse nicht an der Durchführung der Spielsitzungen durch die Eltern besteht, dann kann ein Abschluss in Erwägung gezogen werden.
 - 4) Wenn der Therapeut das Gefühl hat, dass Eltern ihre kindzentrierten Fähigkeiten verbessert haben und große Erfolge im Therapieprozess aufweisen, so kann er diesen anbieten in Zukunft die Spielsitzungen selbstständig und ohne seine Mithilfe durchzuführen.

Der Verabschiedungsprozess wird durch ein Gespräch des Therapeuten mit den Eltern eingeleitet. Dabei besprechen sie das nahende Ende der Filialtherapie und den bisherigen Therapieprozess. Die Entscheidung die Therapie zu beenden, kann nur gemeinsam getroffen werden. Der Therapeut bittet Eltern Fragebögen bezüglich deren kindzentrierten Fähigkeiten und den Verlauf der bisherigen Therapie auszufüllen. Es erweist sich als äußerst hilfreich die Voruntersuchung mit dem jetzigen Verhalten des Kindes zu vergleichen. Wenn der Vergleich ein Ende der Therapie andeutet, bereitet der Therapeut die Eltern für die letzten Spielsitzungen ohne Supervision vor. Der Therapeut strebt jedoch an die Spielsitzungen noch so lange durchzuführen, solange die Kinder ein Interesse

daran haben. Wenn Kinder kein Interesse mehr an der Spielsitzung haben, sollten Eltern zumindest einmal in der Woche für 30 Minuten sogenannte „besondere Zeiten“ einführen (VanFleet, 2005). Diese „besondere Zeit“ ist auch kindzentriert. Eltern erlauben ihren Kindern dabei sich aus einer Auswahl an Aktivitäten etwas auszusuchen. Zur Auswahl können Ausflüge in den Park, Brettspiele, gemeinsam essen zu gehen oder jegliche andere Aktivität stehen, die dem Elternteil und dem Kind eine ungestörte Interaktion ermöglicht. Die „besonderen Zeiten“ können auch auf weitere Familienmitglieder ausgeweitet werden, die daran teilnehmen möchten. Je nach den Bedürfnissen der Eltern kann der Therapeut ihnen bei der Abschlussphase helfen. Beispielsweise können sich der Therapeut und die Eltern bei Bedarf alle 4- 6 Wochen treffen, um die Spielsitzungen oder „besonderen Zeiten“ zu Hause zu besprechen. Zuletzt informiert der Filialtherapeut die Eltern darüber, dass sie jederzeit mit Fragen oder Bedenken zu ihm kommen können. Aufgrund des Umstandes, dass Eltern die kindzentrierten Fähigkeiten erlernt und einige Zeit angewendet haben, können sie für gewöhnlich sehr gut mit neuen Situationen umgehen. Dem Therapeuten ist es wichtig, dass die Eltern ein Vertrauen in ihre Fähigkeiten entwickelt haben, sich bei Fragen immer auf die Hilfe des Therapeuten verlassen können (VanFleet, 2005).

Nach der theoretischen Auseinandersetzung erfolgen einige Fallbeispiele, die einen Einblick in die Filialtherapie mit Kleinkindern geben. Darin wird unter anderem veranschaulicht, wie man die Filialtherapie mit Zwillingen im Alter von 21 Monaten und einem Kind von 2 Jahren ausführen kann. Außerdem wird gezeigt, wie das effektive Setzen von Grenzen das Verhalten des Kindes ändern kann. Davor erfolgt jedoch eine Zusammenfassung der theoretischen Erkenntnisse.

6.7 Zusammenfassung

Der theoretische Bezugspunkt der Filialtherapie liegt in der personenzentrierten Spieltherapie nach Guerney. Durch das therapeutische Spiel kann es zu einer erhöhten Selbstanpassung sowie einem erhöhten Selbstwertgefühl des Kindes kommen. Diese Therapieform wiederum kann späteren Verhaltensproblemen entgegenwirken. Der Unterschied zur Spieltherapie liegt darin, dass dem Kind keine fremde Person gegenübergestellt wird, sondern ein Elternteil. Die

Begründung dafür liegt unter anderem darin, dass der jeweilige Elternteil das eigene Kind am besten kennt. Zudem werden Selbsthilfepotentiale bei den Eltern aktiviert durch die sie erfahren, dass sie anhand einfacher Methoden die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder selbst lösen können und zudem noch die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt werden kann.

Zu den wichtigsten Prinzipien der Spieltherapie zählt es dem Spiel des Kindes zu folgen. Dabei darf das Kind unabhängig davon ob es mit dem Therapeuten oder einem Elternteil spielt frei entscheiden mit welchen Spielsachen es spielen möchte und inwieweit es eine andere Person in sein Spiel einbeziehen möchte.

Die Spielsachen für das Spielzimmer müssen äußerst ausgewählt werden, um einen therapeutischen Nutzen zu gewährleisten. Das ist besonders wichtig, wenn Eltern die Spielsitzungen selbstständig zu Hause durchführen. Zudem ist es wichtig, dass das Spielzimmer des Therapeuten nicht in Konkurrenz zu dem der Eltern steht. Der Filialtherapeut verteilt die Spielsachen überall im Raum, sodass eine einladende Situation für das Kind entsteht, mit diesen auch spielen zu wollen (VanFleet, 2005).

Für Kinder unter zwei Jahren empfehlen sich Spielsachen, die einen symbolischen Charakter haben, nicht zu inkludieren. Anders als bei älteren Kindern können bei Kindern unter 3 Jahren die Spielsachen verwendet werden, die eine Familie bereits zu Hause besitzt. Eltern können neue Spielsachen kaufen, wenn sie das Interesse des Kindes erhöhen wollen. Bei Kleinkindern sollten die Spielsachen entsprechend der jeweiligen Entwicklung des Kindes ausgewählt werden. Die ausgewählten Spielsachen sollten nicht giftig, zerbrechlich oder verschluckbar sein. Außerdem sollten sie keine scharfen Kanten enthalten, an denen sich das Kind verletzen könnte. Die oberste Regel ist hierbei Spielsachen so auszuwählen, die ein Minimum an Grenzsetzung erfordert. Beispielsweise sollte ein Schaumball einem Gummiball vorgezogen werden, da dieser beim Werfen weniger Schaden verursachen kann.

Geeignete Spielsachen für Kleinkinder zwischen 0- 2 Jahren können in zwei Kategorien unterteilt werden (Bratton & Ryan, 2008):

- Spielsachen, die die Entwicklung des Kindes unterstützen

Diese beinhalten manipulierende Spielsachen und Spielsachen, die auf die Berührung durch das Kind reagieren. Darunter fallen Aufklappfiguren, eine Supermarktkassa, Spielsachen, die Musik erzeugen oder klappern usw.

- Lebensnahe Spielsachen

Dazu zählen Plastikgeschirr, Spieltelefon, ein paar realistische Tierfiguren, die dem Kind bekannt sind (z. B. Hund, Katze, Kuh, Pferd, etc.), Autos und Lastkraftwagen. Zudem ist es wichtig Sachen hinzuzufügen, die das Kind aus dem alltäglichen Familienleben kennt wie z. B. eine Tasse oder Flasche.

Bevor Eltern eine Filialtherapie vorgeschlagen wird, muss der Filialtherapeut abschätzen inwieweit Eltern und Kind dafür geeignet sind. Probleme wie Angstgefühle, Depression, die Verarbeitung von traumatischen Reaktionen, Schüchternheit, Probleme mit anderen Kindern zu spielen, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, Missbrauchsfälle, Ablehnung in die Schule zu gehen und Bettnässen lassen sich gut mit der Filialtherapie behandeln. Die Filialtherapie sollte nicht mit Eltern begonnen werden die über mangelnde intellektuelle oder emotionale Fähigkeiten verfügen, um sich die kindzentrierten Fähigkeiten anzueignen. Auch Eltern, die permanent mit ihrem Kind unzufrieden sind werden nicht in Betracht für eine Filialtherapie gezogen, außer diese würden sich vor der Filialtherapie für eine individuelle Therapie entscheiden. Weiters sollte Eltern, denen der Bezug zur Realität fehlt oder die an Depressionen leiden nicht zur Filialtherapie geraten werden. Eltern, die sich in Suchtherapie befinden sind ebenfalls davon abzuraten. Des Weiteren sollte die Filialtherapie nicht angewendet werden, wenn die Eltern von ihren eigenen Bedürfnissen so überwältigt sind, dass sie sich nicht gänzlich den Bedürfnissen ihres Kindes widmen können. Eltern, die sich erst kürzlich getrennt haben oder noch unter der Scheidung leiden, sollten vorab eine individuelle Therapie absolvieren, um genügend emotionale Kräfte zu schöpfen, um ihrem Kind helfen zu können. Abschließend sollte die Filialtherapie nicht bei sexuellen Missbrauchsfällen angewendet werden, wenn der Täter aus der eigenen Familie stammt. Das Kind

wäre dadurch nicht in der Lage seine innersten Gefühle in der Gegenwart des Täters auszudrücken. Selbst, wenn der andere Elternteil die Spielsitzungen durchführen würde, könnte sich das Kind nicht gänzlich öffnen, da es dem Elternteil gegenübersteht, der es verabsäumt hat es vor diesem Missbrauch zu schützen (Goetze, 2002; Landreth, 2002).

Wenn keine der oben angeführten Ausschlusskriterien auf die Eltern zutrifft, ist ein dreistufiger Prozess vorgesehen anhand dessen der Filialtherapeut entscheiden kann, ob die Filialtherapie eine geeignete Behandlungsmethode für die Familie darstellt oder nicht. Erweist sich eine Familie als geeignet für die Therapie so beginnt das Elterntraining, das unter anderem die Aneignung der kindzentrierten Fähigkeiten beinhaltet. Der Therapeut lehrt die kindzentrierten Fähigkeiten in drei Phasen (VanFleet, 2005):

- 1) Die Vorführung von Spielsitzungen
- 2) Das anfängliche Elterntraining
- 3) Rollenspiele

In der Vorführung der Spielsitzung zeigt der Therapeut den Eltern, wie eine Spielsitzung abläuft. Er führt dabei individuelle Spielsitzungen mit jedem Kind der Familie durch, während die Eltern diese beobachten können. Die nächste Phase der Filialtherapie umfasst das praktische Training der Eltern im Strukturieren, empathischen Zuhören, kindzentrierten Mitspielen und dem Setzen von Grenzen. Der Therapeut erklärt die Begründung für jede der vier Fähigkeiten und bezieht sich auf Situationen aus den Demonstrationen der Spielsitzung, die die Eltern beobachtet haben. In den Rollenspielen lernen Eltern individuell die Spielsitzungen, indem der Therapeut in die Rolle des Kindes schlüpft. Der Therapeut wählt dabei selbst den Grad der Schwierigkeit für die Eltern.

Die vier kindzentrierten Fähigkeiten werden im Folgenden noch einmal kurz erläutert. Die Fähigkeit Struktur in eine Spielsitzung zu bringen ist wichtig, um den Kindern den Rahmen der Sitzungen verständlich zu machen und mögliche Probleme im Vorhinein auszuschließen. Beim Strukturieren einer Spielsitzung informieren die Eltern die Kinder über generelle Regeln und versuchen gleichzeitig eine einladende Atmosphäre zu schaffen. Kinder lernen durch die Strukturierung

der Spielsitzung, dass sie ihr Spiel frei gestalten können jedoch, dass ihre Eltern das Durchsetzungsvermögen verfügen angekündigte Konsequenzen beim Verstoß einer Regel zu vollziehen. Die Fähigkeit des empathischen Zuhörens hilft den Eltern dabei Sensibilität und Verständnis für ihr Kind auszudrücken, in einer Art und Weise, die Akzeptanz für die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes vermittelt. Obwohl viele Eltern mit ihren Kindern regelmäßig spielen, geschieht dies oft in einer direkten Weise, in der das Kind dazu auffordert mit gewissen Spielsachen zu spielen oder für die Entwicklung bedeutende Spiele ausgewählt werden. Die Fähigkeit kindzentriert spielen zu können, zeigt den Eltern, wie sie in verschiedenen Rollen agieren können, die sich ihr Kind von ihnen wünscht. Es ist wichtig, dass Eltern die Notwendigkeit von dem gezielten Setzen von Grenzen erkennen. Das Setzen von Grenzen ist für Kinder wichtig, um einen Rahmen für ihr Handeln zu haben. Sie entwickeln dadurch ein Gefühl der Sicherheit (VanFleet, 2005).

Wenn die Trainingsphase beendet ist, bereitet der Filialtherapeut die Eltern auf ihre erste Spielsitzung mit ihrem Kind vor. Der Therapeut beobachtet die erste Spielsitzung und gibt dem durchführenden Elternteil im Anschluss Feedback. Falls es möglich ist, sollte der zweite Elternteil auch die Spielsitzung beobachten. Der Therapeut bespricht im Anschluss der Sitzung mit dem Elternteil, der die Sitzung durchgeführt hat, seine Beobachtungen. Der andere Elternteil wird zur Diskussion miteinbezogen, aber es ist ihm nicht gestattet Ratschläge oder Kritik zu äußern. Nachdem das Feedback erfolgt ist, rückt das Spiel des Kindes in den Vordergrund. Gerade während der ersten Spielsitzungen entstehen bei manchen Eltern Bedenken und Ängste bezüglich dem Spiel ihres Kindes. Ein aggressives Spiel ist vor allem in den anfänglichen Spielsitzungen ganz natürlich und die Eltern können anhand ihrer erlernten Fähigkeiten Ihrem Kind dabei helfen ein gesundes und verantwortungsbewusstes Kind groß zu werden. Die Durchführung der Spielsitzungen und die direkte Supervision durch den Therapeuten dauern bei Kleinkindern in etwa vier bis sechs Sitzungen. In der dritten oder vierten Spielsitzung tauchen für gewöhnliche Symbole und Themen in dem Spiel des Kindes auf, die es zurzeit bewegen. Sobald Kinder das Gefühl haben, sich in einer nicht wertenden Atmosphäre zu befinden, beginnen sie ihre inneren Konflikte und

Gefühle im Spiel auszudrücken. Die Bedeutung, die hinter dem Spiel des Kindes steht, ist dabei nicht immer eindeutig. Filialtherapeuten helfen Eltern „Hypothesen“ über die mögliche Bedeutung des Spiels zu finden. Zudem helfen sie Eltern zu verstehen, dass es nicht immer notwendig ist, alles in dem Spiel des Kindes zu verstehen (VanFleet, 2005).

Wenn die Eltern die ersten Spielsitzungen alleine bewältigt haben, kann mit der Planung des Transfers der Spielsitzungen in das Zuhause der Kinder überlegt werden. Beim Transfer der Spielsitzung in das Zuhause des Kindes hilft der Therapeut den Eltern sie für die ersten Spielsitzungen vorzubereiten. Beispielsweise hilft er den Eltern bei der Beschaffung der Spielsachen, bei der Entscheidung nach einem geeigneten Spielort, bei der zeitlichen Planung der Spielsitzungen, bei dem Umgang mit Unterbrechungen und bei dem Beobachten, wie sich das Spiel des Kindes im Laufe der Zeit verändert.

Nachdem der erfolgreiche Transfer der Spielsitzungen eingeleitet wurde, kann darüber nachgedacht werden die Abschlussphase der Filialtherapie einzuleiten. Wenn Eltern auf dem Weg sind die therapeutischen Ziele zu erreichen, wird die Planung der Abschlussphase eingeleitet. Bei Eltern von Kleinkindern beinhaltet das in etwa zwei bis drei Sitzungen mit den Therapeuten.

Der Verabschiedungsprozess wird durch ein Gespräch des Therapeuten mit den Eltern eingeleitet. Dabei besprechen sie das nahende Ende der Filialtherapie und den bisherigen Therapieprozess. Die Entscheidung die Therapie zu beenden, kann nur gemeinsam getroffen werden. Der Therapeut bittet Eltern Fragebögen bezüglich deren kindzentrierten Fähigkeiten und den Verlauf der bisherigen Therapie zu bewerten. Es erweist sich als äußerst hilfreich die Voruntersuchung mit dem jetzigen Verhalten des Kindes zu vergleichen. Wenn der Vergleich ein Ende der Therapie andeutet, bereitet der Therapeut die Eltern für die letzten Spielsitzungen ohne Supervision vor. Der Therapeut strebt jedoch an die Spielsitzungen noch so lange durchzuführen, solange die Kinder ein Interesse daran haben. Wenn Kinder kein Interesse mehr an der Spielsitzung haben, sollten Eltern zumindest einmal in der Woche für 30 Minuten sogenannte „besonderen Zeiten“ einführen. Diese „besondere Zeit“ ist auch kindzentriert. Eltern erlauben

ihren Kindern dabei sich aus einer Auswahl an Aktivitäten etwas auszuwählen. Zur Auswahl können Ausflüge in den Park, Brettspiele, gemeinsam essen zu gehen oder jegliche andere Aktivität stehen, die dem Elternteil und dem Kind eine ungestörte Interaktion ermöglichen (VanFleet, 2005).

Zuletzt informiert der Filialtherapeut die Eltern darüber, dass sie jederzeit mit Fragen oder Bedenken zu ihm kommen können. Dem Therapeuten ist es wichtig, dass die Eltern ein Vertrauen in ihre Fähigkeiten entwickelt haben sich jedoch bei Fragen immer auf die Hilfe des Therapeuten verlassen können.

7 FALLBEISPIELE

Im folgenden Kapitel werden zwei Fallbeispiele der gegenwärtigen Literatur präsentiert, in denen versucht wurde die Filialtherapie mit Kindern unter 3 Jahren durchzuführen.

Das erste Fallbeispiel von Bratton und Ryan (2008) soll dabei zeigen, dass die Filialtherapie mit Kleinkindern eine effektive Behandlungsmethode bei Verhaltens- oder Bindungsstörungen darstellen kann. Dabei werden die einzelnen Prinzipien der Filialtherapie aus der Sicht der Eltern dargelegt, um diese besser nachvollziehen zu können. Zudem werden die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern analysiert und Komponenten der Bindungstheorie aufgezeigt.

Das Fallbeispiel von dem homosexuellen Elternpaar Robert und Patrick zeigt, wie diese mit Hilfe der Filialtherapie eine Beziehung zu deren Adoptivkindern aufbauen konnten.

7.1 Daniel und Mark

Daniel und Marks Fallgeschichte wird aus der Sicht der Eltern dargestellt, um die einzelnen Prinzipien der Filialtherapie besser nachvollziehen zu können. Zudem werden die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern analysiert und Komponenten der Bindungstheorie aufgezeigt.

Daniel und Mark waren zweieiige Zwillinge, die im Alter von 13 Monaten zur Adoption an ein homosexuelles Paar namens Robert und Patrick gegeben wurden. Beide Jungen waren von Geburt an körperlich gesund. Daniel und Mark waren die jüngsten von neun Kindern. Beide blieben zwei Tage bei ihrer leiblichen Mutter und unter ärztlicher Kontrolle im Spital. Robert und Patrick waren bereits seit 18 Jahren ein Paar und hatten keine anderen Kinder. Zu Beginn der Filialtherapie waren Daniel und Mark 21 Monate alt. Bevor Daniel und Mark zu Robert und Patrick kamen waren sie bei Pflegeeltern untergebracht. Robert war ein ausgebildeter und erfahrener Filialtherapeut sowie ein Spiel- und Familientherapeut. Sein Partner Patrick war ein erfahrener Sozialarbeiter, der mit der Bindungstheorie aufgrund seiner eigener Arbeit vertraut war. Robert

beschrieb, dass seine Kinder anders waren, als sie von den Pflegeeltern beschrieben wurden. Daniel schien sehr ängstlich zu sein während sein Bruder Mark eher gelassen und fröhlich wirkte. Robert bemerkte von Anfang an, dass Mark hinter seinem Lächeln noch ängstlicher und vorsichtiger war, als sein um 13 Minuten älterer Bruder Daniel (Ryan & Bratton, 2008).

7.1.1 Das Kennenlernen der Zwillinge

Die Woche bevor Robert und Patrick die Zwillinge zugewiesen bekommen haben, beschrieben sie als die stressigste Zeit des ganzen Adoptionsprozesses. Das Training für die Filialtherapie fand zumeist unter der Woche statt und Robert musste in dieser Zeit Patrick beim Aneignen der kindzentrierten Fähigkeiten unterstützen. Robert betonte, dass die Fähigkeit der Empathie für ihn die wichtigste Fähigkeit in der Spieltherapie darstellte. Eine Unterstützung im Trainingsprozess stellten die Pflegeeltern von Daniel und Mark dar. Das Paar gab Robert und Patrick die Bestätigung, dass sie durch das Training profitieren würden und gab ihnen positives Feedback in Bezug auf ihre neue Eigenschaft als Eltern. Beide waren sich deren Rolle als Eltern bewusst und aufgrund der Tatsache, dass Robert mehr Erfahrung im Umgang mit neuen und engen Bindungen zu Kindern hatte, konnte er Patrick die nötige emotionale Unterstützung geben. Dies half beiden ihre Ängste - als Eltern zu versagen - zu mindern und ihre Beziehung zu Daniel und Mark zu erkunden. Die Pflegeeltern wurden von Robert und Patrick schnell als Bindungsfiguren angesehen. Als neue Eltern hatten Patrick und Robert die Pflegeeltern aufgesucht, um sie über Daniel und Mark zu befragen. Die Pflegeeltern waren von Beginn an sensibel für Patrick und Roberts Bedürfnisse ihnen näher zu kommen. Da Daniel und Mark bei ihrem ersten Treffen mit ihren neuen Eltern noch sehr ängstlich waren, erschien es notwendig, dass sich Robert und Patrick vorab mit ihren eigenen Unsicherheiten und Ängsten auseinandersetzten. Robert beschrieb das erste Treffen mit den 13 Monate alten Zwillingen wie folgt (Ryan & Bratton, 2008, S.52):

They had their favorite toys in the sitting room. I decided to get onto the floor, to be at their level. Instead of to eagerly picking up their toys and starting to play with them, I let Daniel and Mark initiate all the interactions between us. I noticed that Daniel was braver- Mark sat and watched his brother from a distance and did not venture nearer. After a relatively short

time, Daniel moved a truck he liked across the room, starting to get closer to me...There was lots of times during this matching week, and especially this first time, that it was important to follow our children's lead and not to rush them. It seemed right to let them come close to us when they wanted and not to pick them up and hold them too soon just because we desperately wanted to.

Robert beschreibt, dass die Kinder bei ihrem ersten gemeinsamen Treffen ihre Lieblingsspielsachen mitbrachten. Robert beschloss sich auf den Boden zu Daniel und Mark zu setzen, um auf derselben Ebene mit ihnen spielen zu können. Um die Zwillinge nicht zu drängen, wartete Robert auf eine Interaktion von ihnen. Ihm fiel auf, dass Daniel weitaus mutiger war als sein Bruder Mark, der aus der Ferne alles genau beobachtete. Obwohl es Robert und Patrick nicht leicht fiel die Kinder nicht in den Arm zu nehmen und sie zum Spielen aufzufordern, verstanden sie, dass es für den Therapieprozess wichtig war, dass die Kinder die Interaktion mit ihnen suchten und sie nicht dazu gedrängt wurden eine Beziehung zu ihren Eltern aufzubauen (Ryan & Bratton, 2008).

Für beide stellte die erste Woche des Zusammentreffens mit den Zwillingen eine kurze, aber sehr intensive Zeit dar. Robert empfand es als wichtig bei dem ersten Treffen im Haus der Pflegeeltern zu sein und erst später mit Daniel und Mark in ihrem neuen Zuhause zu spielen. In der ersten Woche, in der Robert und Patrick die Kinder kennenlernten, waren immer die Pflegeeltern anwesend. Für Robert und Patrick war es anfangs sehr schmerzlich, dass die Pflegeeltern immer in der Nähe waren und sie von Daniel und Mark noch nicht akzeptiert wurden. Daniel half es aber immer mehr aus sich herauszugehen und seine Umgebung zu erkunden und auch Marks anfängliche Schüchternheit wurde geringer. Es schien, als ob Mark sein Verhalten immer ein bisschen an das von Daniel anpasste, um neue Beziehung erkunden zu können (Ryan & Bratton, 2008).

Als erster war Robert in Lage seine eigenen Ängste zu beherrschen, um dann Patrick dabei zu helfen. Er versuchte ihm zu erklären, dass es von großer Bedeutung ist dem Spiel ihrer Kinder zu folgen und sie nicht zu dem Aufbau neuer Beziehung zu drängen. Daniel und Mark war es dadurch möglich sich ihren neuen Eltern zu nähern oder auf Distanz zu gehen, wie sie es wünschten. Zudem

ermöglichte Roberts Erfahrung mit der Spieltherapie wertzuschätzen, dass die Zwillinge mit Hilfe ihrer Spielsachen und Handlungen nahezu nonverbal mit ihm kommunizierten. Er sah eine Bedeutung dahinter, dass Daniel ihm immer ein gewisses Spielzeug zeigte. Robert entwickelte ein Verständnis dafür, dass Mark vorsichtiger als Daniel war und nicht selbst entscheiden konnte, an wen er sich wenden sollte, bevor sein Bruder die Entscheidung traf (Ryan & Bratton, 2008).

7.1.2 Die erste Zeit im neuen Zuhause

Als Mark das erste Mal in für ihn fremder Umgebung war, setzte er sich die meiste Zeit in eine Ecke, aus der er das Spiel von Daniel mit seinen neuen Eltern beobachten konnte. Daniel schien Marks „sichere Basis“ zu sein und seine wichtigste Bezugsperson in den ersten Monaten in ihrem neuen Zuhause. Mark wollte sich in den ersten zwei bis drei Monaten nicht in das Spiel mit seinen neuen Eltern einbringen und spielte oft alleine. Robert hatte das Gefühl er verstand Marks Bedürfnis den Kontakt mit seinen neuen Eltern selbst bestimmen zu wollen. Mark war nach einigen Monaten Filialtherapie immer noch sehr vorsichtig, indem er ein Buch oder Spielzeug benutzte, um den Kontakt zu seinen neuen Eltern zu initiieren. Trotz der hohen Vorsichtigkeit wirkte Mark selbstsicherer. Daniel wirkte bereits sehr entspannt und begann Robert und Patrick öfters zu umarmen. Robert fand Marks Verhalten verständlich, angesichts seiner anfänglichen Ängste ihnen gegenüber. Robert war in der Lage seinen Partner Patrick dabei zu unterstützen Marks Verhalten besser zu verstehen. Patrick, dessen Verhalten mehr dem von Mark glich, realisierte, dass die Reaktionen seines Sohnes mehr eine Abwehr gegenüber seinen eigenen Ängsten darstellte, als eine Ablehnung gegenüber ihnen als Eltern anzusehen war. Daniel war schnell in der Lage mit seinen neuen Eltern zu interagieren. Marks Abwehr gegenüber Robert und Patrick hingegen ist in den ersten Monaten gleich geblieben. Mark war nicht in der Lage für ihn Neues zu erkunden oder die Nähe seiner neuen Eltern zu suchen. Mark sah Daniel weiterhin als seine „sichere Basis“, obwohl es Daniel in seinem Alter nicht möglich war seinem Bruder Schutz in dieser Form zu bieten. Erst nach einiger Zeit gelang es Mark nach und nach seine Umgebung zu erkunden und Schutz bei Robert und Patrick zu suchen (Ryan & Bratton, 2008).

7.1.3 Das Phantasiespiel

Robert war begeistert zu sehen, wie beide Kinder langsam an einem ihrer Entwicklung angepasstes Spiel teilnahmen. Er stellte fest, dass er und Patrick schon ganz frei mit ihren Kindern spielen konnten. Als Robert und Patrick das erste Mal bei den Zwillingen waren, genossen diese es Bücher mit seinen Pflegeeltern durchzublättern und Türme aufzubauen, die sie dann wieder umstießen. Daniel und Marks Spiel hatte sich im Alter von 21 Monaten in mehrerer Hinsicht weiterentwickelt. Marks anfänglich liebstes Spiel, das er auch immer wiederholte war „Kuckuck“, was Robert und Patrick als eine Reaktion verstanden, wie Mark mit dem Verlust seiner Pflegeeltern umgehen konnte und zugleich eine Beziehung zu seinen neuen Eltern suchte. Daniel und Mark nahmen mehr an konstruktiven Spielen, wie das Errichten von Spieltürmen, Steckspielen, Puzzles teil und begannen Robert und Patrick in ihr Phantasiespiel zu integrieren. Daniel und Mark ließen Pferde auf ihrer Farm galoppieren, essen und trinken. Robert beschrieb, dass Patrick sich besser im organisierten und strukturierten Spiel verstand und die Interaktionen mit jedem einzelnen Kind besser beherrschte. Robert auf der anderen Seite verstand es besser spontan im Spiel zu reagieren und sich in das Phantasiespiel der Zwillinge zu integrieren. Als Mark beispielsweise in einer Nacht den Kopf seines Teddybären unter das Betttuch steckte, erinnerte das Robert an seinen Familienhund, der oft eine solche Art gegessen hatte. Robert schlug Mark vor, dass der Bär vielleicht hungrig ist und Mark begann den Teddy begeistert zu „füttern“. Die Zwillinge befanden sich zu dem damaligen Zeitpunkt viel mehr in wechselseitiger Interaktion. Wenn sie zum Beispiel ein Bad nahmen, spritzten sie sich gegenseitig mit Wasser an und Daniel frottierte manchmal den Kopf von Mark, wenn dieser ein bisschen zu weinen begann. Mark und Daniel widmeten sich zu Hause immer mehr dem spontanen und kreativen Spiel. Wenn die Zwillinge bei den Großeltern waren, verhielten sie sich trotz einer anlockenden Spielbox etwas ruhiger in ihrem Spiel. Daniel hatte im Laufe der Zeit begonnen eine einzigartige Beziehung mit Mark zu entwickeln, indem er ihm liebevoll über den strich, wenn dieser weinte. Das war ein typisches Anzeichen für einen sicher gebundenen Zweijährigen (Ryan & Bratton, 2008).

7.1.4 Die Strukturierung

Roberts bester Rat, den er an zukünftige Adoptiveltern geben konnte, war die gewohnte Routine der Kinder, die sie aus der Vergangenheit gelernt hatten, beizubehalten. Er und Patrick empfanden es als sehr hilfreich tägliche Routinen, wie die Schlafenszeit, Essenszeit, Spielzeit etc. mit den Kindern beizubehalten. Robert befand, dass durch diese tägliche Routine, die Kinder eine Art familiäre Atmosphäre erlebten, die ihr Vertrauen in sie stärkte. Dieses steigende Vertrauen hat sich unter anderem darin gezeigt, dass Daniel und Mark es früher zeitlich versuchten als andere Adoptivkinder ihre neue Umgebung zu erkunden. Beispielsweise kündigten Robert und Patrick ihren Kinder die Schlafenszeit fünf Minuten vorher an, weil die beiden Zwillinge es von ihren Pflegeeltern gewohnt waren und sie sich dadurch besser auf das zu Bett gehen einstellen konnten (Ryan & Bratton, 2008).

Wie in dem Elternttraining der kindzentrierten Fähigkeiten bereits beschrieben, zeigte sich, dass die Fähigkeit des Strukturierens auch eine wichtige Rolle im täglichen Leben von Robert und Patrick darstellte (Ryan & Bratton, 2008).

7.1.5 Das Setzen von Grenzen

Robert beobachtete, dass er und Patrick sehr sicher darin waren klare Grenzen für ihre Kinder zu formulieren. Sie sprachen diese in einer freundlichen aber bestimmten Art aus und ärgerten oder distanzierten sich nicht von ihren Kindern, wenn diese übertreten wurden. Robert brachte folgendes Beispiel. Es stammt aus der Zeit als Daniel und Mark bereits 21 Monate alt waren:

Für Robert und Patrick war es wichtig, dass ihre Kinder nicht ihre Musikanlage beschädigten. Aus diesem Grund erklärten sie den Zwillingen auf eine ihrer Entwicklung angemessenen Weise, dass es nicht erlaubt ist mit oder auf der Anlage zu spielen. Als Daniel und Mark die ersten Male ganz frei spielten, gab es nur wenige Regeln. Als Daniel und Mark noch ganz klein waren, spielten sich diese Regeln zumeist noch in den Köpfen der Eltern ab. Robert und Patrick sagten maximal „Kein Spielen“ und unterstützten ihre Kinder dabei sich zu einem anderen Ort oder Spielzeug zu bewegen. Mit 21 Monaten schienen ihre Kinder, jedoch die Regeln zu kennen, da sie nicht mehr so oft versuchten auf der Stereoanlage zu

spielen. Die Kinder schienen sich an die "Hausregeln" angepasst zu haben und testeten deren Autonomie- eine normale Entwicklungsaufgabe in ihrem Alter- nur ab und an aus. Robert und Patrick benützten das Setzen von Grenzen viel gezielter, wenn beispielsweise ein Kind mit einem Spielauto dennoch über die Stereoanlage fuhr. Zuerst sprachen sie die Grenze freundlich, aber bestimmt aus "Die Stereoanlage ist für Väter " und dann warteten sie auf eine angemessene Reaktion ihrer Kinder. Wenn ihre Kinder ihr Verhalten nicht änderten, wiederholten sie erneut die Regel. Wenn dies nicht genügte, nahmen Robert und Patrick ein anderes Auto, das sie am Boden fahren ließen und wiesen ihre Kinder daraufhin, dass ihr Auto auch auf dem Boden fahren kann. Wenn dieses Vorgehen nicht half, gingen Robert und Patrick in die nächste Stufe der Grenzsetzung über. Beide reflektierten die Gefühle ihrer Kinder, indem sie sagten: „ Du möchtest hier wirklich spielen! Komm und spiel hier.“ Wenn dann immer noch keine Reaktion erfolgte, betonten sie noch einmal deutlich die Regel: "Die Stereoanlage ist für Väter ". Danach gefolgt sagten sie "Dein Auto wird ansonsten weggelegt ". Wenn Mark und Daniel nicht auf die Warnung reagierten, wurde das Auto von der Stereoanlage entfernt, die Autos, die am Boden waren blieben jedoch(Ryan & Bratton, 2008).

Dieses Fallbeispiel stellt einen kleinen Ausschnitt dar, wie man Grenzen bei Kindern zwischen 0-3 Jahren setzen kann. Bei älteren Kindern wird die Regel festgelegt, die Gefühle des Kindes anerkannt und das Verhalten des Kindes umgelenkt. Nach der zweiten Erklärung der Grenze wird die Konsequenz vorgestellt und bei einem Bruch der Regel, die Konsequenz durchgeführt.

7.2 Ausblick aus Sicht der Eltern

Robert betonte wie zufrieden er mit der momentanen Beziehung zu seinen Kindern war und seinen Fortschritt im „Elterndasein“. Robert hatte das Gefühl, dass das Elterntraining beiden dabei half eine enge und starke Beziehung mit ihren Kindern aufzubauen. Zudem haben Patrick und Robert ein großes Interesse daran ausreichend Zeit mit ihren Kindern spielend zu verbringen. Robert hatte das Gefühl, dass er und Patrick jeden Tag noch dazulernen, was es bedeutet Eltern zu sein. Robert und Patrick wissen, dass homosexuelle Paare in Großbritannien nicht

vollständig in der Gesellschaft akzeptiert werden. Beiden ist daher bewusst, dass sie in Zukunft noch auf einige Herausforderungen stoßen werden. Zum damaligen Zeitpunkt genossen Daniel und Mark es mit beiden Eltern zu spielen. Wie es bei Zwillingen jedoch oft der Fall ist verbrachten sie die meiste Zeit damit miteinander zu spielen. Die noch bestehende Unsicherheit Marks spüren Robert und Patrick immer noch, deshalb ist es für sie weiterhin von großer Bedeutung individuelle Spielsitzungen durchzuführen. Das kann ihnen dabei helfen Marks Vertrauen zu stärken, so wie es bei Daniel bereits der Fall ist. In Zukunft werden sie versuchen einige Male alleine mit Mark zu spielen, um die Beziehung zu ihm zu stärken (Ryan & Bratton, 2008).

Das zweite vorgestellte Fallbeispiel stammt von Hilda Glazer, die die 10 Wochen Filialtherapie nach Landreth und Bratton (2006) für die Arbeit mit Kleinkindern modifiziert hat. Im Folgenden wird daher ihr Modell näher beschrieben, da sie anhand dessen die Spielsitzung durchgeführt hat.

7.3 Modifizierung des 10 Wochen Modells

Glazer hat das 10 Wochen Modell nach Landreth und Bratton (2006) insofern modifiziert, indem sie Veränderungen im zeitlichen Ablauf vorgenommen hat. Das Training zur Aneignung kindzentrierter Fähigkeiten wurde hingegen nicht geändert. Glazer (2008) hält fest, dass ein Einzeltraining weniger Zeit benötigt, als eines mit Gruppen. Sie verwendet für ihr Modell zwei wesentliche Prozesse: Der erste beinhaltet die Durchführung der Spieltherapie für die ersten 3- 5 Sitzungen. Der zweite Prozess beginnt mit der Durchführung der Filialtherapie (Glazer, 2008).

Eines der Ziele in der ersten Sitzung ist die beste Behandlung für das momentane Problem der Familie mit ihrem Kleinkind zu finden. Glazer verwendet dabei zumeist die Spiel- und Filialtherapie in Kombination. Ein ausschlaggebender Faktor für den Erfolg stellt dabei die Bereitschaft der Eltern dar. Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Familiendynamik. Dabei wird auf die Eltern-Kind-Beziehung geachtet, sowie im Falle eines Traumas oder Verlustes wird die Beziehung zwischen beiden Elternteilen näher betrachtet. Manche Eltern sind in solchen Situationen unfähig an der Filialtherapie teilzunehmen, während andere es gerne versuchen wollen (Glazer, 2008).

Als Teil der Diskussion muss die Wichtigkeit des Spiels für die kindliche Entwicklung angesprochen werden. Außerdem werden die Filialtherapie und deren Prozesse den Eltern ausführlich erklärt. Wenn die Eltern der Filialtherapie zustimmen, wird ein Plan der jeweiligen Sitzungen zwischen Therapeut und Eltern festgelegt.

Sitzung 1: In der ersten Sitzung werden den Eltern die Ziele der Filialtherapie erklärt und spezifische Verhaltensziele für das Kind gesetzt. Verhaltensziele mit beobachtbaren Ergebnissen werden deshalb gesetzt, um spätere Veränderungen sehen zu können (Glazer, 2008).

Die Hausübung der ersten Woche umfasst etwas Neues über sein Kind herauszufinden und eine Liste mit drei Stärken des Kindes anzufertigen. Zudem erfolgt eine Diskussion der Spielsitzungen und des Rollenspiels.

Sitzung 2: Das Ziel der zweiten Sitzung ist es den Eltern die emotionale Entwicklung ihres Kindes zu erklären und ihnen die kindzentrierten Fähigkeiten vorzustellen. Die erste Hausübung wird im Anschluss der Vorstellung der kindzentrierten Fähigkeiten besprochen. Abhängig von dem Interesse der Eltern werden ihnen Leseproben mitgegeben. Die ersten zwei Fähigkeiten, die ihnen vorgestellt werden, sind das reflektierende Zuhören und Aufspüren von Gefühlen. Dazu wird ihnen ein Video gezeigt, in dem eine Spielsitzung durchgeführt wird. Ein Teil der Zeit wird im Spielzimmer verbracht, um die kindzentrierten Fähigkeiten vorzustellen und auszuprobieren. Der Therapeut schlüpft dabei in die Rolle des Kindes, damit die Eltern ihre erlernten Fähigkeiten anwenden können. Hausübung in dieser Woche ist es jeweils 5 Minuten pro Tag dem Kind reflektierend zuzuhören und die Gefühle des Kindes zu ergründen. Teil dieser Sitzung ist es auch über Probleme und Bedenken innerhalb der Familie zu sprechen (Glazer, 2008).

Sitzung 3: Das Ziel der dritten Sitzung ist es die Eltern auf ihre ersten Spielsitzungen mit ihrem Kind vorzubereiten. Der erste Teil der Sitzung beinhaltet die Besprechung der Hausübung und dann im Rollenspiel mit den Therapeuten die kindzentrierten Fähigkeiten zu üben. Der jeweilige Erfahrungsstand der Eltern bestimmt den weiteren Verlauf der Sitzung. Wenn das Niveau der Fähigkeiten

unzureichend ist, wird die dritte Sitzung zur Besprechung genutzt. Wenn das Niveau der kindzentrierten Fähigkeiten bereits ausreichend ist, werden in einem nächsten Schritt die Prinzipien der Spieltherapie nach Axline (1947) besprochen. Zudem werden die Liste der zu besorgenden Spielsachen und die Prinzipien der Spieltherapie besprochen. Den Eltern zu erklären, dass die Spielsitzungen mit ihrem Kind ganz besondere Zeiten ohne Störungen sein sollten, ist eine wichtige Aufgabe des Therapeuten. Daneben erfolgt eine Diskussion über die emotionale Entwicklung des Kindes und die Bedeutung der Benennung von Emotionen. Es soll dabei der Frage nachgegangen werden, warum man Emotionen reflektiert und dies anhand von Beispielen zu Hause geübt werden. Hausübung in der dritten Woche ist es Spielsachen zu kaufen oder in einer Kiste zu sammeln und dem Kind von den zukünftigen Spielsitzungen zu erzählen. Außerdem soll nochmals das Zuhören der Eltern geübt werden, sowie sollen sie versuchen erste Gefühle ihres Kindes durch das aktive Zuhören zu erkennen (Glazer, 2008).

Sitzung 4: Das ist die erste Sitzung, in der das Kind anwesend ist. Während dieser Sitzung spielt ein Elternteil in etwa 30 Minuten mit dem Kind, während der Therapeut das Geschehen durch einen Einwegspiegel oder eine Videoaufzeichnung verfolgt. Falls es notwendig ist, kann der Therapeut Eltern durch Kommentare helfen die Spielsitzung für sie zu erleichtern (Glazer, 2008).

Sitzung 5: Das Ziel dieser Sitzung ist, dass Eltern eine Spielsitzung alleine durchführen und diese im Anschluss mit dem Filialtherapeuten besprechen. Der Therapeut stellt dabei folgende einsteigende Frage:

„War irgendetwas in dieser Woche nach der ersten Spielsitzung anders, als zuvor?“

Diese Frage dient für gewöhnlich als wichtiger Einstieg in die Diskussion der Eltern-Kind-Beziehung. In dieser Sitzung wird auch das Setzen von Grenzen besprochen, wie die Eltern bereits in der ersten Sitzung erfahren haben. Im Anschluss erfolgt eine Einführung zu dem Thema Kommunikation nach den Kommunikationsregeln nach Ginott (1958).

Die wesentlichen Punkte sind dabei (Glazer, 2008, S. 75):

1. „Wenn du etwas nicht mit 10 Worten oder weniger ausdrücken kannst, dann sag es nicht!
2. Stelle niemals eine Frage, dessen Antwort du bereits kennst.
3. Sei ein emotionaler Thermostat und kein Thermometer.
4. Es zählt nicht was du sagst, sondern was du sagst, nachdem du es gesagt hast.“

Dieser Sitzung folgen Spielsitzungen, die anschließend mit den Filialtherapeuten besprochen werden. Eltern merken schnell, wie die kindzentrierten Fähigkeiten zu Veränderungen in der Familie führen. Wenn man im Laufe der Sitzungen die gesetzten Ziele bespricht, zeigen sich oft zusätzlich positive Veränderungen in Bezug auf das Verhalten des Kindes. Eltern beginnen ihr Kind als Individuum zu sehen und stellen nicht mehr dessen Probleme in den Mittelpunkt. Nachdem ein Grad der Zufriedenheit hinsichtlich der kindzentrierten Fähigkeiten erreicht wurde, kann damit begonnen werden die Spielsitzungen nach Hause zu verlegen. Dabei werden die einzelnen Spielsitzungen mittels Video aufgezeichnet und anschließend mit dem Therapeuten besprochen. Die Abschlussphase der Filialtherapie wird dann eingeleitet, wenn Eltern und Kind die Spielsitzungen als wöchentliche Routine begehen. Während der letzten Sitzungen mit den Eltern werden die anfangs gesetzten Ziele noch einmal besprochen. Es folgen weiterführende Telefongespräche mit der Option zusätzliche Sitzungen etwa drei bis sechs Wochen nach dem Abschluss abzuhalten. Eltern führen die Spielsitzung für gewöhnlich nach dem Abschluss regelmäßig durch und haben dadurch eine Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung erfahren. Der Transfer in das alltägliche Leben geschieht dabei auf ganz natürlichem Weg, wenn sich Eltern wohl mit den erlernten Fähigkeiten fühlen. Es stellt für sie eine neue Form der Interaktion mit ihrem Kind dar, selbst wenn die Spielsitzungen enden (Glazer, 2008).

Nachdem die modifizierte Version der 10 Wochen Therapie nach Glazer kurz erläutert wurde, folgt das Fallbeispiel mit dem zweijährigen Charlie. Zu Beginn wird auch bei diesem Fall eine kurze Einführung in die Vorgeschichte der Familie gegeben.

7.4 Charlie

Das vorliegende Fallbeispiel beschreibt ein Familientrauma, das von dem zweijährigen Charlie beobachtet wurde.

Sein vierjähriger Bruder wurde vor dem Haus seiner Eltern von einem Auto angefahren. Charlie und seine Mutter hatten diesen Unfall miterlebt. Der Unfall ereignete sich in einem kurzen Moment, in dem Charlies Mutter abgelenkt war und nicht sah wie ihr Sohn einem Ball auf der Straße naheilte. Charlie ging nicht zu dem Begräbnis seines Bruders und verhielt sich kurz nach dessen Tod, als ob nichts passiert wäre. Nachdem seine Onkel, Tanten und Großeltern abgereist waren, begann Charlie Alpträume zu entwickeln und nachts zu weinen. Er wollte zu diesem Zeitpunkt nicht über seinen Bruder sprechen. Die Eltern suchten nach einer geeigneten Therapie für sich und Charlie. Beide Eltern kamen zu der Aufnahme bei Hilda Glazer. Sie waren beim Eingangsgespräch sehr ängstlich, da sie Charlie das erste Mal nach dem Begräbnis alleine ließen. Charlie wurde zuvor von einem Pädiater als „normal“ hinsichtlich seiner Fähigkeit zu sprechen und gehen eingestuft (Glazer, 2008).

7.4.1 Die ersten Sitzungen

In der ersten Sitzung berichteten die Eltern von den Ereignissen, seit dem Unfall ihres vierjährigen Sohnes. Die Erzählungen hinsichtlich des Verhaltens von Charlie wiesen auf kein rückschrittliches Verhalten oder Essstörungen hin. Charlies Vater beschloss Charlie zu den Sitzungen zu bringen und erzählte, wie er Charlie und seinen Bruder immer zum Baden und ins Bett brachte. Nach dem Gespräch war sicher, dass eine Filialtherapie die beste Intervention für die Familie darstellte. Forschungsergebnissen zufolge ist bei trauernden Kindern eine nicht direktive Haltung am effektivsten, um einen schmerzlichen Verlust verarbeiten zu können. Mancini und Bonanno (2006) stellten fest, dass eine neutrale, nicht direktive und entsprechende Erfahrung des Therapeuten ausschlaggebend dafür sind, ob eine „sichere“ Umgebung für das Kind geschaffen werden kann.

Aufgrund des Umstandes, dass die Familie noch sehr unter dem Vorfall litt, erhielten Charlies Eltern zu Beginn eine individuelle Therapie, während Glazer mit Charlie die Spieltherapie begann. Als Glazer das Gefühl hatte, dass Charlies Vater bereit war die Filialtherapie durchzuführen, setzte sie ihn ein (Glazer, 2008).

Charlies Spielverhalten erwies sich Glazer (2008) zufolge als "normal" für einen Jungen in seinem Alter. Die Leichtigkeit Beziehungen aufzubauen, war für Glazer jedoch sehr ungewöhnlich. Kinder, die ein solch traumatisches Ereignis erlebt hatten, zeigten für gewöhnlich ein regressives Verhalten und suchten die Nähe ihrer Eltern oder anderer Bezugspersonen. Charlie hingegen wollte oft schon das Spielzimmer betreten, bevor er überhaupt von Glazer begrüßt und ihm die Tür geöffnet wurde.

Die erste Sitzung mit Charlie glich vielen anderen Sitzungen mit traumatisierten Kindern. Charlie erkundete zuerst das Spielzimmer und nahm diesmal nur zögernd Kontakt mit Glazer auf. Am Ende der Spielsitzung spielte Charlie mit der Puppenfamilie. Er benutzte eine Mutter-, eine Vater- und zwei Kinderfiguren. Das zweite Kind stellte Charlie zufolge Allie, seine Schwester dar (Glazer, 2008).

In der zweiten Spielsitzung spielte Charlie wieder mit der Puppenfamilie und stellte diesmal den Autounfall seines Bruders nach, wie er ihn erlebt hatte. Er spielte jedes Detail - an das er sich erinnern konnte - nach. Die Schreie seiner Mutter, das Blut, das aus den Ohren seines Bruders floss, das Zusammenbrechen der Mutter und wie sie ihm sagte, dass alles wieder gut werden würde, als er in den Armen seines Vaters war. Charlie empfand das Spielzimmer als sichtlich sicheren Platz, um das Trauma in seinem Spiel zu verarbeiten. Zuzufolge Charlies Vaters wollte Charlie zu Hause solche Szenen nicht nachspielen, aber nach den bisherigen Spielsitzungen war Charlie zumindest nicht mehr so aufgebracht, wenn der Name seines verstorbenen Bruders fiel und er begann nach und nach über seinen Bruder zu sprechen (Glazer, 2008).

In der dritten Spielsitzung ließ Charlie Barbiepuppen von einem Hausdach fallen. Charlie meinte, dass sie verletzt waren, aber es ihnen sonst gut ginge. Danach hatten zwei der männlichen Puppenfiguren einen Streit, in dem eine Puppe die andere schlug und Charlie erzählte, dass Allie ihn gebissen hatte.

In der vierten Spielsitzung spielte Charlie, wieder mit den männlichen Puppenfiguren. Diesmal nahmen die Puppen ein Bad und spielten gemeinsam. Sein Spiel dauerte etwa zehn Minuten der 45 minütigen Spielsitzung. Den Rest der Spielzeit widmete Charlie dem Sandspielen.

Nach der vierten Sitzung rief der Charlies Vater Glazer bezüglich einer Beratung an. Zu diesem Zeitpunkt begannen Glazer und Charlies Vater über die selbständige Ausführung der Spielsitzungen des Vaters und seine Ängste zu sprechen. In den Sitzungen wurden Charlies Vater einige Videobeispiele gezeigt einige Bücher mitgegeben, die ihm dabei helfen sollten seine Ängste zu überwinden (Glazer, 2008).

In der fünften Sitzung hatte Charlie Probleme damit sich von seinem Vater zu trennen und suchte ihn in etwa alle fünf Minuten. Sein Spiel wirkte zerstreut und es kam kein wirkliches Thema in seinem Spiel auf. Am Ende der Sitzung erzählte Charlie, wie sein Bruder vom Auto gefallen ist und sich verletzt hat. Dann nahm er eine Fischpuppe und biss Glazer damit. Er erzählte ihr, dass sie ihn nun zurückbeißen sollte. Charlie hatte diesmal Schwierigkeiten den Raum zu verlassen und Charlies Vater musste Glazer dabei helfen ihre Aussagen zu bekräftigen (Glazer, 2008).

In der sechsten Sitzung wurde Charlies Vater in die Filialtherapie einbezogen. Glazer verbrachte davor einige damit Zeit, Charlies Vater im reflektierenden Zuhören zu trainieren. Glazer saß in der Nähe des Raumes, aber nicht in unmittelbarer Nähe von Charlie und dessen Vater. Charlie nahm wieder zwei Spielpuppen, die miteinander ein Bad nahmen. Charlies Vater zeigte eine sichtbare Reaktion zu Charlies Spiel, aber da diese hinter Charlies Rücken passierte, merkte Charlie nichts davon. Das Thema der verbleibenden Spielzeit war das „Kochen für den Vater“. Charlies Vater reflektierte, dass das Kochen im Spiel dem Vorbereiten des Frühstücks zu Hause glich. Diese Sitzung dauerte 30 Minuten. Nachdem Charlie und sein Vater zu Hause waren, rief Charlies Vater Glazer an, um ihr zu erklären warum er auf die Szene im Bad reagiert hatte. Die Szene die Charlie innerhalb der Sitzung nachspielte, ereignete sich vor dem Tod seines Bruders. Charlie verwendete sogar die gleichen Worte wie damals. Für

Charlies Vater schien das ein Ausdruck von Trauer zu sein, durch den Charlie seine Eltern wissen ließ, dass er das Leben nun anderes sah. Glazer sprach mit Charlies Vater über soziales Lernen und wie man das in Charlies Spiel erkennen kann. Die Annahme wurde in einer späteren Sitzung verstärkt, in der Charlie so tat, als ob er aus einer Flasche Bier trinken würde. Dies glich dem Verhalten seines Vaters. Charlies Vater saß Glazer beiseite und ihm war nie bewusst, wie sehr Charlie sich an ihm orientierte. Charlies Vater entwickelte von nun an schnell die kindzentrierten Fähigkeiten und genoss die Sitzungen mit seinem Sohn. Dabei gab es zwei Sitzungen pro Woche. In der einen wurde eine Spielsitzung durchgeführt und in der anderen wurden Charlies Vater die Techniken der Filialtherapie perfektioniert. Charlie führte durch das Spiel und gab seinen Vater Anweisungen, was er tun sollte. Sein Vater wurde versiert Charlies Spiel zu folgen und fragte ihn was er tun und sagen sollte.

Der Vater berichtete, dass er damit begann seine Fähigkeiten auch zu Hause anzuwenden und diese selbst in der Konversation mit seiner Gattin anwendete. Er erzählte, dass er zunehmend aktiv zuhörte, was Charlie und andere sagten. Im nächsten Schritt wurde darüber gesprochen die Spielsitzungen nach Hause zu verlegen und sie mittels Videokamera aufzuzeichnen, um sie später besprechen zu können (Glazer, 2008).

Die Sitzungen zu Hause funktionierten sehr gut und Glazer traf sich jede Woche mit dem Vater, um die Sitzungen und über seine kindzentrierten Fähigkeiten zu sprechen. Nach der neunten Sitzung wurde über die festgelegten Ziel zu Beginn der Therapie gesprochen und inwieweit Charlie dabei war diese zu realisieren. Es wurde über die Trauer bei Kinder gesprochen und was man für die Zukunft erwarten kann. Nach zehn Wochen wurden die Treffen mit Glazer nur mehr alle zwei Wochen abgehalten und stattdessen jeden Monat ein Telefonat geführt. Sechs Monate später erzählte Charlies Vater, dass sein Sohn wieder in das Spielzimmer will. Glazer war sehr zufrieden, als sie sah wie viel Spaß Charlie und sein Vater beim Spiel hatten. Charlies Vater sagte, dass die Filialtherapie ihn in seinem Erziehungsstil verändert hatte und er Charlie nun in einem ganz anderen Licht sah. Weitere sechs Monate später hörte Glazer, dass es Charlie und seinen

Eltern sehr gut geht. Charlies Vater führte die Spielsitzungen nicht mehr so regelmäßig durch, er hatte aber eine Kiste mit Spielsachen für eine „besondere Zeit“ mit seinem Sohn griffbereit. Einige Zeit später besuchten Charlie und sein Vater Glazer. Charlie erkundete dabei das Spielzimmer, ob neue Spielsachen hinzugekommen waren und begann mit seinem Vater zu spielen. Eine starke Beziehung war zwischen beiden durch das Spiel deutlich spürbar. Charlie fiel es schwer das Spielzimmer wieder zu verlassen und wollte dort am liebsten übernachten. Charlies Vater wendete gekonnt seine kindzentrierten Fähigkeiten an, um die Spielsitzung zu beenden. Charlies Vater berichtete, dass Charlie weiter über seinen Bruder redete und über die Vorfälle, die sich ereignet hatten. Charlie schien ein anderes Verständnis entwickelt zu haben, was mit seinem Bruder passiert war und begann Fragen darüber zu stellen, die er vor zwei Jahren noch nicht stellte (Glazer, 2008).

7.4.2 Die Erfahrungswerte des Vaters

Charlies Vater wurde zwei Jahre nach der Filialtherapie zu seinem persönlichen Gespräch eingeladen. Ziel war es ihn zu seinem persönlichen Erleben der Filialtherapie zu befragen. Charlies Vater schilderte seine Erfahrungen folgendermaßen (Glazer, 2008, S. 80):

The sessions that [Charlie] and I attended were amazing. Filial therapy allowed [Charlie] to express his grief in ways I didn't know were available. The fact that I could learn to see and hear [Charlie] and my other child in a more caring way has made this a life-changing experience for me. We've built a terrific relationship that continues to flourish because I'm a better listener to my kids. [Charlie] is a very nurturing and sensitive child who was protecting [his] mom and me by not expressing [his] own pain and loss of his brother. Through several sessions of filial therapy, [Charlie] opened himself up to me through our special playtime activities, expressing what made [him] happy and sad. These playtime activities allowed me to watch Charlie express emotions through playing something I didn't know was possible but made me a better listener. I became more aware of [Charlie's] emotions in our everyday life, which made me a better parent.

Charlies Vater beschreibt in seinem Bericht, dass die einzelnen Spielsitzungen mit Charlie für ihn unglaublich waren. Die Filialtherapie ermöglichte Charlie seine Trauer auszudrücken und der Umstand, dass Charlies Vater dies hautnah erleben konnte, stellte eine lebensverändernde Erfahrung für ihn dar. Durch die

Filialtherapie konnte Charlies Vater Charlie und seinen anderen Kinder in einer fürsorglicheren Art begegnen. Charlies Vater hatte das Gefühl, dass er seitdem ein besserer Zuhörer geworden ist. Er sah, wie fürsorglich und sensibel Charlie war, indem er versuchte seine Eltern vor dem Schmerz zu bewahren und seine eigene Trauer verbarg. Durch die Filialtherapie gelang es Charlie seine Gefühle auszudrücken und während der „besonderen Spielzeiten“ kommunizierte er mit seinem Vater, was ihn glücklich und was ihn traurig machte. Das Zusehen und Erleben von Charlies emotionalem Erleben ermöglichte dem Vater besser zuhören zu können. Zudem brachte er diese Fähigkeit in den erzieherischen Alltag ein, was ihm das Gefühl vermittelte ein besserer Vater zu sein.

Der Erfahrungsbericht des Vaters zeigt, dass sich nicht nur die Symptomatik von Charlie gebessert hatte, sondern auch die Beziehung zwischen Vater und Sohn stärker wurde.

Eine qualitative Studie aus dem Jahr 2006 von Foley, Higdon und White hat ergeben, dass Eltern, die an der Filialtherapie teilgenommen haben eine positive und fortschrittliche Erfahrung hinsichtlich ihrer Fähigkeiten als Eltern wahrnahmen. Diese Eltern haben auch berichtet, dass die Filialtherapie ihr Selbstbewusstsein, ihre Fähigkeit Probleme zu lösen, ihre Zuversicht und die Beziehung zu ihren Kindern verbessert hat.

7.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die Filialtherapie hat sich in beiden Fallbeispielen als eine effektive Behandlung bei Kleinkindern erwiesen. Charlies Familie hat selbst nach dem Ende der Filialtherapie weiterhin ihre erlernten Fähigkeiten angewendet. Die Eltern-Kind-Beziehung konnte mithilfe der Filialtherapie aufgebaut oder gestärkt werden, was einen entscheidenden Faktor für den Erfolg einer Therapie mit Kleinkindern darstellt (Glazer, 2008).

Glazer hat zur Anwendung der Filialtherapie mit Charlie das 10 Wochen Modell von Landreth modifiziert. Ihre Änderungen umfassten im Wesentlichen den zeitlichen Ablauf der Therapie. Die Aneignung und Anwendung der kindzentrierter

Fähigkeiten ist jedoch gleich geblieben. Glazer verwendet in ihrem Modell zwei essentielle Prozesse:

Der erste Prozess beinhaltet die Durchführung von Spieltherapie und umfasst etwa 3-5 Sitzungen. Der zweite Prozess beginnt mit der Durchführung der Filialtherapie. Wie auch schon in Kapitel 6 ausführlich erläutert, richtet sich die jeweilige Dauer der Spielsitzungen immer nach dem Alter und dem Interesse des Kleinkindes. Es ist daher abzusehen einen festen zeitlichen Rahmen für die Sitzungen einzuplanen (Glazer, 2008).

Ziele der ersten Spielsitzungen sind es den Eltern die kindzentrierten Fähigkeiten anhand praktischer und theoretischer Beispiele näher zu bringen und anhand von Hausübungen deren Wissenstand zu überprüfen. Erst wenn sich der Filialtherapeut sicher ist, dass die Eltern die wesentlichen Fähigkeiten beherrschen und möglicherweise auch schon in ihren Alltag einsetzen, wird mit der Filialtherapie durch die Eltern begonnen (Glazer, 2008).

Charlie war den Erzählungen seiner Eltern nach anfangs nicht in der Lage über den Tod seines Bruders zu sprechen oder irgendwelche Gefühle der Trauer aufkommen zu lassen. Dieses Verhalten veranlasste die Eltern dazu sich nach einer geeigneten Therapie für ihren Sohn zu erkunden. Da beide Eltern selbst noch unter dem tragischen Unfall ihres Sohnes litten, absolvierten sie zunächst eine individuelle Therapie, um das Geschehene verarbeiten zu können. Nachdem sie die Therapie absolviert hatten, erklärte sich Charlies Vater bereit zukünftig die Spielsitzungen mit seinem Sohn durchzuführen. Nach einem ausführlichen Elterntraining nach dem modifizierten 10 Wochen Modell von Landreth begann der gemeinsame Therapieprozess von Charlie und seinem Vater (Glazer, 2008).

Charlies Vater hatte zu Beginn der Spielsitzungen einige Probleme damit seine Reaktionen zu kontrollieren. Es gelang ihm jedoch nach kurzer Zeit sich auf Charlies Spiel einzulassen. Das gemeinsame Spielen ermöglichte Charlies Vater zu erleben, wie sein Sohn den tragischen Unfall seines Bruders wahrgenommen hatte und wie er vergangene gemeinsame Ereignisse mit seinem Vater und seinem Bruder erlebt hatte. Charlies Vater war zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst, wie sehr sich sein Sohn an ihm orientierte und ihn als Vorbild ansah. Je

mehr Spielsitzungen der Vater mit Charlie hatte desto besser entwickelten sich seine kindzentrierten Fähigkeiten und er hatte das Gefühl sein Kind besser zu verstehen. Charlie schaffte es durch die gemeinsamen Spielsitzungen mit seinem Vater seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen und begann nach und nach über den Unfall zu sprechen. Charlies Vater sah hinter Charlies anfänglicher Zurückgezogenheit einen Versuch seine Eltern zu schützen, indem er sie nicht noch zusätzlich mit seinen Gefühlen belastete. Charlies Vater bemerkte was für einen sensiblen und rücksichtsvollen Sohn er hatte und es gelang ihm im erzieherischen Alltag die Fähigkeit der Empathie und des aktiven Zuhörens einfließen zu lassen (Glazer, 2008).

In dem Erfahrungsbericht von Charlies Vater meinte dieser, dass er durch die aktive Teilnahme an Charlies Trauerprozess ein besserer Vater geworden ist, der seinen Kindern aktiv zuhört und einen besseren Einblick in deren Gefühlswelt hat. Zudem berichtete er, dass durch die Filialtherapie seine Beziehung zu Charlie und seinen anderen Kindern deutlich verbessert wurde (Glazer, 2008).

In dem zweiten Fallbeispiel hatte sich eine enge Beziehung von Robert und Patrick zu ihren Adoptiv - Zwillingen Daniel und Mark aufgebaut, sowie genossen die Adoptiveltern die wöchentlichen Spielsitzungen zunehmend mit ihren Kindern.

Das anfängliche Elterntaining erwies sich für Robert und Patrick als die stressigste Woche während der gesamten Filialtherapie, da das Training im Anschluss an ihren wöchentlichen Arbeitsalltag erfolgte. Die Pflegeeltern stellten für das homosexuelle Paar Robert und Patrick zum einen eine große Stütze im Trainingsprozess dar, zum anderen war es für sie aber schmerzlich nicht von Beginn an alleine mit ihren Kindern spielen zu können. Robert verbrachte neben seiner Arbeit und dem Elterntaining viel Zeit damit seinen Partner Patrick bei der Aneignung der kindzentrierten Fähigkeiten zu unterstützen. Zu Beginn der Therapie bemerkte Robert, dass Daniel weitaus mutiger darin war die Interaktion zu seinen neuen Eltern zu suchen, während Mark es bevorzugte das Spielgeschehen aus der Ferne zu beobachten. Zudem glich Mark sein Interaktionsverhalten sehr an das von Daniel an und wagte nicht den Kontakt zu

Robert und Patrick zu suchen, wenn das Mark nicht auch tat (Ryan & Bratton, 2008).

Besonders für Patrick erwies sich Marks anfängliche Schüchternheit als äußerst schmerzvoll. Er empfand es als eine Ablehnung ihm gegenüber. Durch die Hilfe von Glazer und seinem Partner erkannte er aber, dass sich diese Zurückhaltung nicht gegen ihn richtete, sondern gegen Marks eigene Ängste den Kontakt zu seinen neuen Eltern zu suchen (Ryan & Bratton, 2008).

Im Laufe der Therapie fiel es beiden Zwillingen zusehends leichter ihre neuen Eltern in ihr Spiel einzubeziehen. Vor allem Daniel begann seine Eltern immer öfter zu umarmen und ihnen Spielsachen zu zeigen. Zudem befanden sich die Zwillinge in zunehmender wechselseitiger Interaktion und Daniel verstand es seinen Bruder zu trösten und mit ihm liebevoll zu spielen (Ryan & Bratton, 2008).

Robert und Patrick empfanden es als äußerst hilfreich die täglichen Routinen, die ihre Kinder gewohnt waren, beizubehalten. Sie nahmen keine Änderungen in Bezug auf die Schlafens- oder Esszeiten vor, um ihren Kindern ein Gefühl der Vertrautheit und Sicherheit zu vermitteln. Darüber hinaus beherrschten Robert und Patrick es sehr gut ihren Kindern klare und verständliche Grenzen zu vermitteln. Wie im Elterntaining gelernt, reduzierten sie diese jedoch auf ein Minimum. Anhand des Beispiels mit der Stereoanlage in Kapitel 7 wurde gezeigt, wie Daniel und Mark sich an die Grenzsetzung hielten und wie bei einem Regelbruch seitens der Zwillinge Konsequenzen von Robert und Patrick effektiv umgesetzt wurden (Ryan & Bratton, 2008).

In einem gemeinsamen Ausblick mit der Filialtherapeutin Glazer schilderten Robert und Patrick wie glücklich sie über die enge und vertraute Beziehung zu ihren Zwillingen waren. Beide genossen das tägliche Spiel mit ihren Kindern und lernten jeden Tag neuen Aspekt in dem Leben ihrer Kinder kennen. Daniel und Mark bevorzugten zu diesem Zeitpunkt- wie es für Zwillinge in ihrem Alter üblich ist- am meisten das gemeinsame Spielen, jedoch bezogen sie ihre Eltern immer mehr in ihr Spiel ein. Da Marks anfängliche Unsicherheit zu dem damaligen Zeitpunkt immer noch bestand, beschlossen die Eltern einzelne Spielsitzungen mit

ihm durchzuführen, um dessen Vertrauen in seine neuen Eltern zu stärken (Ryan & Bratton, 2008).

Trotz der noch nicht sehr hohen gesellschaftlichen Akzeptanz von homosexuellen Paaren in Großbritannien sind Robert und Patrick zuversichtlich die künftigen Herausforderungen gemeinsam mit ihren Kindern zu meistern (Ryan & Bratton, 2008).

Das Potential der Filialtherapie mit Kleinkindern ist unendlich. Besonders bei dem Erleben traumatischer Ereignisse, dem Verlust einer wichtigen Person oder bei Kindern, die Bindungsstörungen aufweisen, stellt die Filialtherapie eine effektive Maßnahme dar. Der Einbezug der Familie kann dabei hilfreich sein den Heiligungsprozess zu fördern. Die Filialtherapie weist eine Reihe von nützlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten auf, die sich oft positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken (Glazer, 2008).

In Zukunft könnte die Filialtherapie den Altersbereich von Babies bis zu Jugendlichen abdecken. Zudem kann Kleinkindern der Platz in der Familie zugewiesen werden, den sie brauchen. Deren psychischen und entwicklungsbedingte Bedürfnissen könnten somit früher entsprochen werden, mit der Hoffnung spätere schwere Probleme zu verhindern (Glazer, 2008).

Der nächste wichtige Schritt ist es Kliniker und Forscher davon zu überzeugen die Filialtherapie mit Kleinkindern durchzuführen und eine Feinabstimmung der Filialtherapie mit Babies und deren Eltern vorzunehmen. Neben dem klinischen Programm ist es erforderlich ein abgestimmtes Forschungsprogramm zu starten. Es erscheint sinnvoll auch Kinder mit besonderen Bedürfnissen einzubinden. Diese Form der Forschung kann einen wichtigen Beitrag zur Literatur frühzeitiger Interventionsmaßnahmen leisten. Abschließend bleibt zu hoffen, dass die Filialtherapie mit Kleinkindern den Eltern dabei hilft mit späteren Herausforderungen, die das Leben mit sich bringt, besser und selbstsicherer umgehen zu können und die Beziehung zu ihrem Kind zu stärken (Glazer, 2008).

8 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Aufgrund der steigenden Arbeitslosigkeit sind eine erhöhte Scheidungsrate sowie mehr alleinerziehende Mütter zu beobachten. Gerade in Zeiten des gesellschaftlichen Wandels müssen Kinder jedoch Rückhalt und Schutz innerhalb ihrer Familie erfahren. Das beinhaltet, dass Eltern körperliche und emotionale Nähe ihrer Kinder zulassen und ihre Rolle als Vorbild wahrnehmen. Eltern die Verhaltenstendenzen, wie Egoismus und Unsicherheit im gesellschaftlichen Leben aufweisen, laufen in Gefahr, dass ihre Kinder nicht selten Egozentrismus und eine hohe Bedürftigkeit nach einer Bezugsperson aufweisen. Darüber hinaus verfügen sie über eine eher geringe Frustrationstoleranz und auch ihre Selbstkontrolle und Aufmerksamkeit erweist sich als eingeschränkt. Eltern fürchten deshalb über mangelnde erzieherische Fähigkeiten zu verfügen, um diesen schwierigen Situationen gerecht zu werden. Eine fehlende sichere Bindung zu den Eltern kann wiederum dazu führen, dass es zu einer Entkräftung des kindlichen Selbstwertgefühls und des Selbstbildes kommt (Ostermayer, 2006).

Kinder die von Geburt an die Erfahrung machen, dass ihre Eltern auf ihre Bedürfnisse reagieren, lernen sich auf ihre Bezugspersonen verlassen zu können. Die Verinnerlichung, dass sie durch die Befriedigung ihrer Bedürfnisse liebenswert und liebensfähig sind, gibt ihnen das nötige Vertrauen ihre Umgebung selbstständig zu erkunden (Grossmann & Grossmann, 2004).

Verabsäumen Eltern die Bedürfnisse ihre Kinder zu befriedigen, stellt die Filialtherapie eine geeignete Intervention zu Vermeidung und Reduzierung von Verhaltensproblemen dar. Der Vorteil liegt darin, dass Eltern die Möglichkeit gegeben wird langfristig auch ohne einen externen Experten die Verhaltensprobleme ihrer Kinder zu lösen und gleichzeitig dem Gefühl entgegenzuwirken einer möglicherweise schwierigen Beziehung zu ihrem Kind nicht selbst gerecht zu werden. Die Filialtherapie stellt dabei nicht nur einen Therapie-, sondern auch einen Erziehungsansatz dar, der zu einer Stärkung der Eltern-Kind-Bindung beitragen kann (Guerney, 1964).

Die Methode der Filialtherapie hat sich bis heute erfolgreich bei verschiedenen ethnischen Gruppen (Lee & Landreth 2003; Jang 2000), bei Familien mit niedrigem Einkommen, geschiedenen Elternpaaren, Pflege- und Adoptiveltern (Glazer & Kottmann, 1994), Kindern mit chronischen Erkrankungen (Glazer-Waldman, Zimmerman, Landreth und Norton, 1995), trauernden Kindern (Glazer, 2006) erwiesen. Studien haben gezeigt, dass Eltern durch die Filialtherapie gelernt haben ihre Kinder mehr zu akzeptieren, ihnen mehr Selbstständigkeit zu gewähren und empathisch auf deren Bedürfnisse zu reagieren.

Zudem wurde in Studien gezeigt, dass eine sichere Bindung und ein erforschendes Spiel zu einer positiven Beziehung Eltern-Kind-Beziehung beitragen können (Belsky, Garduque und Hrncir 1984). Slade (1987) hat in ihren Studien aufgezeigt, dass das Spiel zwischen Kind und Eltern besonders bei sicher gebundenen Kindern und deren Müttern zu einer erhöhten Selbsterkundung und Steigerung der Fähigkeiten des Kindes beitrugen. Der klinische Bericht der American Academy of Pediatrics aus dem Jahr 2006 betont die Wichtigkeit des Einbezugs der Eltern in das kindliche Spiel. Durch das Spiel ist es Eltern möglich eine dauerhafte Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und dessen Erlebnisse und Sichtweisen besser zu verstehen.

Trotz der positiven Studienergebnisse der Filialtherapie wird diese bis heute nahezu ausschließlich mit Kindern zwischen 3-10 Jahren durchgeführt. Die vorliegende Diplomarbeit hat sich daher der Frage gewidmet, inwieweit die Filialtherapie auch eine geeignete Behandlungsmethode für Kinder zwischen 0-3 Jahren darstellen kann.

Entwickelt eine Mutter keine sichere Bindung in den ersten Lebensjahren eines Kindes, so sind spätere Verhaltensprobleme wahrscheinlich. Zu dem Ergebnis kamen Fearon und seine Mitarbeiter in der Analyse von 69 Studien, an denen 6.000 Kinder teilgenommen hatten. Der Studienleiter Pasco Fearon (2010) ist davon überzeugt, dass es eine eindeutige Assoziation zwischen unsicheren Bindungen und späteren Verhaltensauffälligkeiten gibt.

Da sich die Eltern- Kind Bindung in den ersten Lebensjahren entwickelt, kann die Filialtherapie mit Familien von Kleinkindern eine präventive Maßnahme darstellen, um spätere Verhaltensprobleme gar nicht auftreten zu lassen.

Kapitel 5 hat sich daher ausführlich mit der Entstehung der Bindung sowie der Messung der Qualität der Mutter- Kind Bindung auseinandergesetzt.

Entscheidet sich eine Familie die Filialtherapie für ihr Kind zwischen 0-3 Jahren in Anspruch zu nehmen, ist es eines der Ziele, dass Eltern selbstständig als therapeutische Vertreter agieren können und mit ihrem Kind zu Hause Spielsitzungen durchführen (Landreth & Bratton, 2006). Ihr Training umfasst didaktische Einheiten, Demonstrationen von therapeutischen Spielsitzungen, sowie Supervisionen mit dem Filialtherapeuten. Durch die Einführung in die strukturierten Spielsitzungen lernen die Eltern, welche Spielsachen sie verwenden dürfen, sowie wie sie eine wertungsfreie, verstehende und akzeptierende Atmosphäre für ihr Kind schaffen können. Landreth und Bratton (2006) zufolge führt dieser Ansatz zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und ermöglicht eine positive Veränderung des Verhalten und der Interaktionsform des Kind und dessen Eltern.

Eines der wichtigsten Prinzipien innerhalb einer Spielsitzung ist, dass immer das Kind das Spiel leitet und nicht der Therapeut oder ein Elternteil. Das Kind darf während der Spielsitzung alle Spielsachen frei auswählen und damit spielen, wie es sich wünscht. Der Therapeut sollte beständig einführendes Verstehen für die Handlungen und Gefühle des Kindes zeigen und immer empathisch zuhören. Zu Beginn der Sitzung stellt der Therapeut lediglich ein paar Regeln auf, um eine freie und offene Atmosphäre zu schaffen, in der er und das Kind sich wohlfühlen. Der Filialtherapeut beteiligt sich am Spiel des Kindes nur wenn er dazu aktiv aufgefordert wird und auch dann nur in einer Art und Weise, wie es von dem jeweiligen Kind gewünscht wird (Aixline, 1969).

Für Kinder unter zwei Jahren empfehlen sich keine Spielsachen, die einen symbolischen Charakter haben. Kinder in dieser Altersstufe können für gewöhnlich den symbolischen Wert der Spielsachen noch nicht erkennen (Ryan & Bratton, 2008). Anders als bei älteren Kindern können bei Kindern unter 3 Jahren die

Spielsachen verwendet werden, die eine Familie bereits zu Hause hat. Eltern können jedoch neue Spielsachen kaufen, wenn sie das Interesse des Kindes erhöhen. Bei Kleinkindern sollten Spielsachen entsprechend der jeweiligen Entwicklung des Kindes ausgewählt werden. Dabei sollten einige Spielsachen ausgewählt werden, die dem Niveau des Kindes gerecht werden und einige Spielsachen, die ein wenig darüber liegen. Spielsachen, die unter dem Entwicklungsstand des Kindes sind, sind dann einzubeziehen, wenn das Kind beispielsweise zu neuen Adoptiveltern kommt oder es Störungen im Aufbau einer sicheren Bindung gegeben hat.

Therapeuten, die mit Kleinkindern arbeiten, müssen vertraut sein mit der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung dieser Altersgruppe und auch mit den jeweiligen Meilensteinen in der Entwicklung. Das ist notwendig, um Eltern dabei zu helfen realistische Erwartungen in ihre Kinder zu setzen (Berk 2003; Schaefer und DiGeronimo 2000). Kinder zwischen 0-3 Jahren beziehen Eltern oft kurz in ihr Spiel ein und fokussieren sich dann wieder auf ein Spielzeug (Schaffer 1984). Für manche Eltern wirkt das so, als ob ihr Kind mehr an den Spielsachen interessiert ist als an ihnen. Kinder spüren jedoch die Nähe ihrer Eltern, auch wenn sie nicht direkt mit ihnen in Interaktion treten. Kleinkinder, die erst kürzlich zu einer neuen Familie gekommen sind, brauchen einige Zeit bis sie sich sicher in ihrer neuen Umgebung fühlen und ihre neuen Eltern in das Spiel miteinbeziehen. Eine wichtige Rolle des Filialtherapeuten ist es die Bedürfnisse des Kindes zu beobachten und den Eltern zu helfen ihr Kind nicht zu überfordern. Zur gleichen Zeit ist es für Filialtherapeuten wichtig die Eltern zu verstehen und zu unterstützen. Dabei muss der Filialtherapeut den Eltern helfen eine Beziehung zu ihrem neuen Baby oder Kleinkind herzustellen und mögliche Abwehrgefühle der Eltern gegenüber ihrem Kind zu minimieren. Dadurch geben sie Eltern genügend Zuversicht auf die emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes angemessen reagieren zu können (VanFleet, 2005).

Nachdem ein Einschätzungsprozess des Filialtherapeuten durchgeführt wurde und keine Ausschlusskriterien aufzufinden sind, wird mit dem Elterntaining begonnen. Das Training von Familien mit Kleinkindern bietet den Vorteil, dass es

ein realisierbares Mittel zur frühen Intervention darstellt, anstatt abzuwarten, bis sich signifikante Symptome entwickeln, die beim Kind für gewöhnlich nicht vor dem Eintritt in die Schule auftreten.

Nach dem Einschätzungsprozess werden Eltern in die kindzentrierten Fähigkeiten eingeschult, die essentiell für die Durchführung der Spielsitzungen sind. Dabei stellt der Therapeut den Eltern die vier kindzentrierten Fähigkeiten vor, die man in jeder der Spielsitzung anwendet. Der Filialtherapeut demonstriert diese und dann werden sie von den Eltern anhand immer wieder schwerer werdender Praxisbeispiele geübt. Es ist dabei wichtig, dass der Therapeut ständig versucht die zu erlernenden Fähigkeiten in seinem eigenen Verhalten widerzuspiegeln. Die kindzentrierten Fähigkeiten umfassen das Strukturieren, die Empathie, das kindzentrierte Mitspielen und die Fähigkeit effektiv Grenzen zu setzen. Um den Eltern einen guten Überblick in den Verlauf einer Filialtherapie zu geben erfolgt das Training in drei Phasen:

- 1) Die Vorführung von Spielsitzungen
- 2) Das anfängliche Elterntraining
- 3) Rollenspiele

In der Vorführung der Spielsitzung führt der Filialtherapeut mit jedem der Kinder eine Spielsitzung durch, die er die Eltern beobachten lässt. Das anfängliche Elterntraining umfasst das praktische Training der Eltern im Strukturieren, empathischen Zuhören, kindzentrierten Mitspielen und dem Setzen von Grenzen. Der Therapeut erklärt die Begründung für jede der vier Fähigkeiten und bezieht sich auf Situationen der Demonstrationen, die die zuvor Eltern beobachtet haben. In der nächsten Phase des Trainingsprozesses lernen Eltern individuell die Spielsitzungen, indem der Therapeut in die Rolle des Kindes schlüpft. Der Therapeut wählt dabei selbst den Grad der Schwierigkeit für die Eltern. Die Spielsitzung eines jeden Elternteils mit dem Filialtherapeut dauert dabei in etwa 10-15 Minuten, wobei der Therapeut zu Beginn meist ein Kind spielt, das gut erzogen ist und wenige Probleme aufweist. Der Therapeut wählt den Inhalt jeder Spielsitzung mit großer Sorgfalt, um die Eltern nicht zu überfordern.

Wenn die Trainingsphase beendet ist, bereitet der Filialtherapeut die Eltern auf ihre erste Spielsitzung mit ihrem Kind vor. Der Therapeut steht den Eltern dabei für jegliche Fragen zur Verfügung und bespricht mit den Eltern deren Erwartungen in die erste Spielsitzung mit ihrem Kind. Wenn das Kind ein aggressives Spielverhalten während der Beobachtung mit dem Therapeuten aufgezeigt hat, wird der Therapeut erneut sicherstellen, dass die Eltern ihren Kind empathisch zuhören und effektiv Grenzen setzen können. Obwohl viele Situationen in dem Rollenspiel durchgespielt und diskutiert werden, weist der Therapeut darauf hin, dass nicht alle Situationen vorhersehbar und planbar sind.

Die erste Spielsitzung der Eltern mit ihrem Kind sollte in etwa 20 Minuten dauern, alle folgenden Sitzungen in etwa 30 Minuten. Mit Kleinkindern dauern die Spielsitzungen für gewöhnlich zwischen 10- 15 Minuten.

Während der Spielsitzung spielt ein Elternteil mit dem Kind und schenkt ihm seine volle Aufmerksamkeit. Der Therapeut beobachtet die Spielsitzung und gibt dem durchführenden Elternteil im Anschluss Feedback. Falls es möglich ist, sollte der zweite Elternteil auch die Spielsitzung beobachten. Im besten Falle in einem anderen Raum oder falls nicht anderes möglich mittels Videoaufzeichnung oder in einem unauffälligen Teil des Zimmers. Die Planung, die Spielsitzungen in das Zuhause der Kinder zu transferieren, kann bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Filialtherapie beginnen. Während der Trainingsphase gibt der Therapeut den Eltern eine Liste mit Spielsachen, die sie für die Spielsitzungen zu Hause besorgen sollen. Der Therapeut erinnert die Eltern dabei an die Notwendigkeit, die Spielsachen bereits zu dem Zeitpunkt der Supervision zu sammeln. Beim Transfer der Spielsitzung in das Zuhause des Kindes hilft der Therapeut den Eltern sie für die ersten Spielsitzungen vorzubereiten (VanFleet, 2005).

Nachdem der erfolgreiche Transfer der Spielsitzungen eingeleitet wurde, kann darüber nachgedacht werden, die Abschlussphase der Filialtherapie einzuleiten. Wenn Eltern auf dem Weg sind, die therapeutischen Ziele zu erreichen, wird mit der Planung der Abschlussphase begonnen. Bei Eltern von Kleinkindern beinhaltet das in etwa zwei bis drei Sitzungen mit den Therapeuten.

In den Fallbeispielen von Glazer, Bratton und Ryan wurde aufgezeigt, wie man eine Filialtherapie mit Kindern unter 3 Jahren praktisch durchführen kann. In dem Fallbeispiel von Charlie gelang es ihm durch die Filialtherapie mit seinem Vater, den Unfall seines Bruders zu verarbeiten sowie wurde dessen Beziehung zu seinem Vater gestärkt. In dem Fall von Daniel und Mark gelang es den Adoptiveltern eine Beziehung zu ihren Zwillingen aufzubauen und deren anfängliche Ängste zu mindern.

Das Potential der Filialtherapie mit Kleinkindern ist unendlich. Besonders bei dem Erleben traumatischer Ereignisse, dem Verlust einer wichtigen Person oder bei Kindern, die Bindungsstörungen aufweisen, stellt die Filialtherapie eine effektive Maßnahme dar. Der Einbezug der Familie kann dabei hilfreich sein, den Heiligungsprozess zu fördern. Die Filialtherapie weist eine Reihe von nützlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten auf, die sich oft positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken (Glazer, 2008).

In Zukunft könnte die Filialtherapie den Altersbereich von Babies bis zu Jugendlichen abdecken. Zudem kann Kleinkindern der Platz in der Familie zugewiesen werden, den sie benötigen. Deren psychischen und entwicklungsbedingten Bedürfnissen könnten somit früher entsprochen werden, mit der Hoffnung spätere schwere Probleme zu verhindern (Glazer, 2008).

Der nächste wichtige Schritt besteht darin Kliniker und Forscher davon zu überzeugen, die Filialtherapie mit Kleinkindern vermehrt durchzuführen und eine Modifizierung der Filialtherapie mit Babies und deren Eltern vorzunehmen. Neben dem klinischen Programm ist es notwendig ein abgestimmtes Forschungsprogramm zu starten. Es erscheint dabei sinnvoll auch Kinder mit besonderen Bedürfnissen einzubinden. Diese Form der Forschung kann einen wichtigen Beitrag zur Literatur frühzeitiger Interventionsmaßnahmen leisten. Abschließend bleibt zu hoffen, dass die Filialtherapie mit Kleinkindern den Eltern dabei hilft mit späteren Herausforderungen, die das Leben mit sich bringt, besser und selbstsicherer umgehen zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development. In: M. P. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp.99-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- American Academy of Pediatrics (2006). Clinical report: the importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent- child bonds. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Andronico, M. P., Fidler, J., Guernsey, B. G., Jr., & Guernsey, L. F. (1969). The combination of didactic and dynamic elements in filial therapy. In: B.G. Guernsey, Jr. (Ed.), *Psychotherapeutic Agents: New Roles for Nonprofessionals, Parents and Teachers*, S. 371- 377. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R.M. (2004): *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium. 4. Auflage
- Axline, V.M. (1947). Play therapy. Cambridge, MA: Houghton-Mifflin.
- Axline, V. M. (2002). Kinder- Spieltherapie im nicht- direktiven Verfahren. Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Band 11. München [u.a.]: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bakersmans- Kraneburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Juffer, F. (2003). Less is more: Meta- analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 192-215.
- Becker- Stoll, F. (2009) Handbuch. Kinder in den ersten drei Lebensjahren.Theorie und Praxis für die Tagesbetreuung.Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.
- Belsky, J., Garduque, L. , Hrncir, E. (1984). Assessing performance, competence, and executive capacity in infant play: Relations to home environment and security of attachment. *Developmental Psychology* 20 (3), 406-417.
- Berk, L. (2003). Child development. Boston: Allyn & Bacon.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, vol.1, Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment (2 nd ed.). New York: Basic Books.
- Bratton, S.C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with Children: A Meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376- 390.

-
- Bratton, S. C, Landreth, G. L. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4 (1), 61-80.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg R. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley A. M., Roisman, G. I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child development*, 81(2), 435- 456.
- File, N., Hutterer, R., Keil, W.W., Korunka, C., Macke- Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2001- 2008. Ein narrativer Review. *Person* 12 (2), S. 5-32.
- Foley, Y.C., Higdon, L., White, J. F. (2006). A qualitative study of filial therapy. Parents's voices. *International Journal of Play Therapy* 15 (1), 37-64.
- Ginott, H. G. (1959). *Psychotherapy with children. The living relationship*. Greeley, CO: Carron.
- Glazer, H. R., Kottman, T. (1994). Filial therapy. Rebuilding the relationship between parents and children of divorce. *Journal of Humanistic Education and Development* 33 (1), 4-12.
- Glazer, H. R. (2008). Filial play therapy for infants and toddlers. In: Schaefer, C.E, Sophronia, K. Z., McCormick, J., Akiko, O. : *Play therapy for very young children*. Maryland: Jason Aaronson, 67-85.
- Goetze, H. (2001). Filialtherapie. *Sonderpädagogik*. 31(2), S. 94- 101.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe- Verlag.
- Gordon, T. (2007). *Die neue Familienkonferenz. Kinder erziehen ohne zu strafen*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Greenspan, S. ,Greenspan, N. (1989). *The essential partnership. How parents and children can meet the emotional challenges of infancy and childhood*. New York: Pinguin.
- Greenspan, S. , Wieder, S. (2006). *Infant and early childhood mental health. A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship. Fathers' sensitive and challenging play as the pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, 11, 307-331.

-
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, L. (Hrsg.) *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*, S. 21-41. München: Reinhardt.
- Guerney, B. G. (1964). Filial therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 28, No. 4., S. 303- 310.
- Guerney, L. F. (2000). Filial Therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, Vol. 9 (2), S. 1- 17.
- Guerney, L.F. (n. d.) Family Play Observations. Unpublished paper, State College, PA.
- Guerney, B., L. Stover, L. (1972). Facilitative Therapist Attitudes in Training Parents as Psychotherapeutic Agents. *The Family Coordinator* 21 (3), S. 275-278.
- Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy* 9 (2), 39-55.
- Johnson L., et.al. (1999). The use of child- centered play therapy and filial therapy with head start families: a brief report. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 25, No. 2, S. 169- 176.
- Josefi, O. ,Ryan, V. (2004). Non directive play therapy for young children with autism. A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 9 (4), 533-551.
- Kindler, H. & Grossmann, K. (2004). Vater- Kind Bindung und die Rollen von Vätern in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder. In: Ahnert, L. (Hrsg.) *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*, S. 240- 255, München: Reinhardt.
- Landreth, G. (1991). Playtherapy. The art of relationship. 2 nd ed. New York: Brunner Routledge.
- Landreth, G.L., Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76 (2), 157-165.
- Landreth, G. L. (2002). Play therapy: The art of the relationship (2nd ed.). New York: Brunner Routledge.
- Landreth, G. L., Bratton S.C. (2006). Child- Parent- Relationship (C-P-R) Therapy : a 10-session filial therapy model. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Lee, M. ,Landreth, G.L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play therapy* 12 (2), 49-66.
- Lohaus, A., Vierhaus, M. Maass, A. (2010). Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer Verlag.

-
- Mancini, A. D., Bonanno, G.A. (2006). Bereavement. In Evidence- based psychotherapy, ed. J.E. Fisher and W. T. O' Dodohue, 122-130. New York: Springer.
- Minuchin, S.(1976). Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg: Lambertus 1977.
- Ostermayer, E. (2006). Die Bedeutung und Notwendigkeit von sicherer Bindung und Beziehung für eine gesunde Entwicklung aus Perspektive der Soziologie und Sozialpsychologie. Verfügbar unter:
<http://www.kindergartenpaedagogik.de/1496.html> [9.10.2010]
- Rogers, C. R. (1951) *Client-Centered Counselling*, Boston: Houghton-Mifflin. Rosenblith, J.F. (1992). In the beginning. Development from conception to age two. London: Sage.
- Roth, G. (2001). (Hrsg.) *Angst, Furcht und ihre Bewältigung* . Oldenburg: BIS.
- Ryan, V. (1999) Developmental delay, symbolic play, and a non- directive playtherapy. Essentials in atypical and normal development. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 4 (2), 167-185.
- Ryan, V., Bratton, S. (2008). Child-centered Play Therapy for Very Young Children In: Schaefer, C.E, Sophronia, K. Z., McCormick, J., Akiko, O.: *Play therapy for very young children*. Maryland: Jason Aaronson, 25- 67.
- Salzberg - Ludwig, K., Grüning, E. (Hrsg.) (2007). Pädagogik für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lern- und Lebenssituationen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schaefer, C. , DiGeronimo, T. (2000). Ages and stages. New York: Wiley.
- Schaffer, H.R. (1984). The child's entry into a social world. London: Academic Press.
- Schmidtchen, S. (2001). Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.
- Slade, A. (1987). Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology* 23 (1), 78-85.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1998¹¹). Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person. Göttingen: Hogrefe.
- Truax C.B. & Carkhuff R.R. (1967) *Towards Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Van Fleet (2000). A parent's handbook of filial play therapy. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- Van Fleet, R. (2005). Strengthening Parent- Child Relationships through play. Sarasota, Florida: Practitioner's resource Press.

-
- Vondra, J. D.S., Shaw, L., Swearingen, M. Cohen, E. Owens (2001). Attachment, stability and emotional and behavioural regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology* 13, 13-33.
- Wilson, K., V. Ryan (2005). Playtherapy. A non- directive approach for children and adolescents. 2 nd ed. London: Elsevier Science.

ANHANG

Kurzfassung

Diese Arbeit zeigt anhand einer neuen Meta- Analyse, dass besonders Jungen, denen eine sichere Bindung im Kleinkindalter fehlte im späteren Verlauf mehr Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Dieses Studienergebnis weist darauf hin, dass unterstützende und tröstende Beziehungen zwischen Eltern und Kinder deren Eigenschaften unter anderem auch die der sozialen Fähigkeiten im späteren Lebensverlauf stark beeinflussen. Erfahren Kleinkinder eine wertschätzende und urteilsfreie Atmosphäre so wird deren Verhalten weniger aggressiv und besser angepasst ausfallen. Frühe Interventionsmaßnahmen, wie die Filialtherapie können späteres unnötiges Leiden verhindern. Zudem kann die Filialtherapie spätere schwerere Beeinträchtigungen vorbeugen, was ein weiteres Argument für die Filialtherapie als effektive Intervention darstellt.

Das Ziel der Therapie ist es Eltern Grundhaltungen und Fähigkeiten nahe zu bringen, die es ihnen ermöglichen eine engere Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen. Innerhalb der Therapie erfahren Kinder Akzeptanz und Verständnis, umgeben von klaren und konsequenten Grenzen. Kinder, die diese Art der Beziehung mit ihren Eltern erleben fühlen sich liebenswerter, leistungsfähiger und sicherer.

Die Filialtherapie wird vorwiegend bei Kindern zwischen 3- 10 Jahren angewendet. Bis zu dem heutigen Zeitpunkt liegen keine Forschungsergebnisse mit Babies und Kleinkindern vor. Während bereits relevante Studien zur Effektivität der Filialtherapie mit älteren Kindern geben, bedarf es noch mehr Studien die Filialtherapie mit Kleinkindern anzuwenden, um sie als eine evidenzbasierte Methode anwenden zu können. Langzeitstudien sind erforderlich, um nachweisen zu können wie lange Eltern nach dem Ende der Therapie die Spielsitzungen weiterführen und welchen Effekt dies auf die Familie hat.

Anhand der neuesten Literatur und aktuellen Fallbeispielen wird die Filialtherapie in dieser Arbeit als sinnvolle Intervention dargestellt. Das Ziel dabei ist es auch im europäischen Raum mehr klinische und wissenschaftliche Studien für den Einsatz von der Filialtherapie mit Kindern unter 3 Jahren anzuregen.

Abstract

This thesis explains with a new meta analysis that especially boys with an insecure maternal attachment in early childhood are later facing externalizing problems. This finding indicate that that supportive und comforting relationships between parents and children promote various qualities and including social ones, abilities in children, which make them less likely to become aggressive or maladjusted. Early interventions like the filial therapy can diminish unnecessary suffering. It also prevents the development of more serious impairment throughout the lifespan, another strong argument for filial therapy as an effective intervention.

The goal of filial therapy is to help parents learn the attitudes and skills necessary to develop a closer emotional relationship to their children. Within the therapy children experience acceptance and understanding from their parents within the boundaries of clear and consistent limits. Children, who experience this type of relationship, feel more lovable, capable and competent.

The age range in most of cases of filial therapy is between 3 to 10, which is the typical age for play therapy. At the moment there is no research on filial therapy with infants and toddlers. While there is a strong empirical support for filial therapy with elderly children, more research is needed to move filial therapy into an evidenced- based therapy. Longitudinal research is needed to determine how long parents continue play sessions and the long term effects of filial therapy on the family.

Based on the newest literature and case studies filial therapy with infants and toddlers are shown in this thesis to be an effective intervention. In filial therapy the developmental and mental needs of very young children are met early, alongside their older siblings' needs, with the hope that serious future problems will be ameliorated.

LEBENS LAUF

Name	JASMIN NIERER
E-mail	j.nierer@gmx.at
Staatsangehörigkeit	Österreich

ARBEITSERFAHRUNG

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Datum (von – bis)• Name und Adresse des Arbeitgebers | Oktober 2009 bis aktuell
Gesundes Niederösterreich
Stattersdorfer Hauptstrasse 6
A-3100 St. Pölten
Gesundheitsförderung
Moderatorin
Moderation und Betreuung von LehrerInnen |
| <ul style="list-style-type: none">• Tätigkeitsbereich oder Branche• Beruf oder Funktion• Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten• Datum (von – bis)• Name und Adresse des Arbeitgebers | April 2009- September 2009
MEDahead
Davidgasse 82-90
A-1010 Wien
Medizinischer Fachverlag
Projektmanagement
Kundenakquisition
Eventmanagement
Aktualisierung der Kundendatenbank |
| <ul style="list-style-type: none">• Tätigkeitsbereich oder Branche• Beruf oder Funktion• Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten• Datum (von – bis)• Name und Adresse des Arbeitgebers | Juli 2004- März 2009
Austrian Airlines
Spitalgasse 31
A-1091 Wien
Luftfahrt
Travel Coach
Kundenbetreuung
Kundenberatung
Marketingumfragen
Kundenakquisition |
| <ul style="list-style-type: none">• Tätigkeitsbereich oder Branche• Beruf oder Funktion• Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten• Datum (von – bis)• Name und Adresse des Arbeitgebers | Oktober 2003- Juni 2004
HKE Hannes kids & family events
Jedlersdorferstraße 349
A-1210, Wien
Eventagentur
Kinderanimateurin
Kinderbetreuung -und animation |

SCHUL- UND BERUFSBILDUNG

• Datum (von – bis)

Oktober 2003 bis aktuell

• Name und Art der Bildungs- oder
Ausbildungseinrichtung

Universität Wien
Diplomstudium Bildungswissenschaften
Abschluss der 1. Diplomprüfung 2005

• Datum (von – bis)

September 2007 bis Juni 2010

• Name und Art der Bildungs- oder
Ausbildungseinrichtung

IMC Krems
Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement
Bachelor of Arts in Business

• Datum (von – bis)

September 1995 – Juni 2003

• Name und Art der Bildungs- oder
Ausbildungseinrichtung

Schule der Dominikanerinnen
AHS- Neusprachlicher Zweig