



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Spieltherapie zur Förderung sozialer Kompetenzen bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen

Bachelorarbeit

Fachbereich soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

vorgelegt von

Gundlach, Juliane

Datum der Abgabe: 26.05.2023

Erstprüferin: Prof. Dr. Helm

Zweitprüferin: Dipl.-Soz. Päd. Schwarz

URN Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0410-5

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	III
Einleitung	1
1 Soziale Kompetenzen.....	3
1.1 Soziale Entwicklung	4
1.2 Soziale Kompetenz aus Sicht klinischer Kinderpsychologie.....	13
1.3 Training sozialer Kompetenzen als Interventionsmöglichkeit.....	15
2 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.....	17
2.1 Besonderheiten der Entwicklungspsychopathologie.....	21
2.2 Klassifikation als Grundlage.....	22
3 Spieltherapie.....	25
3.1 Spieltherapie nach dem personenzentrierten Ansatz.....	30
3.2 Spieltherapie nach dem psychodynamischen Ansatz.....	34
4 Spieltherapie bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen.....	37
5 Fazit.....	42
Literaturverzeichnis.....	40
Anhang
Eidesstattliche Erklärung.....	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sozialentwicklung nach Rose-Krasnor

14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sozial- emotionale Entwicklung von Kindern von 0-10	5
Tabelle 2: die Spielentwicklung bei Kindern	28

Einleitung

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen fallen immer häufiger dysfunktionale Verhaltensweisen auf, die das Leben der Betroffenen und deren soziales Umfeld oft erschweren. Nicht selten werden Beratungsstellen, Kliniken und andere Institutionen von den Ratsuchenden zur Hilfe und Unterstützung herangezogen. Schätzungen zu Folge gilt jedes fünfte Kind als Verhaltensauffällig. Um dem entgegenzuwirken, ergibt sich daraus die Herausforderung für den Bereich Sozialpädagogik. Es gibt verschiedene Möglichkeiten Kinder und Jugendliche dahingehend zu unterstützen, problematische Verhaltensweisen zu unterlassen. So zum Beispiel nahmen 582 369 Personen im Jahr 2021 die Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII in Anspruch (Destatis₁). Des Weiteren wurden im selben Jahr 60 044 Kinder und Jugendliche in Kinder- und Jugendpsychiatrien behandelt (Destatis₂). Das achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII) bietet annähernd einen Katalog als Unterstützungsleistungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Die Kinder- und Jugendpsychiatrien unterliegen dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), der gesetzlichen Krankenversicherung, und somit einem anderen Kostenträger. Nichtsdestoweniger werden pädagogische Interventionen wie soziale Kompetenztrainings und Spieltherapie durchgeführt, die in dieser Arbeit beschrieben werden.

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Frage, wie Spieltherapie verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche unterstützen kann, soziale und emotionale Fähigkeiten zu erwerben, Defizite sozialer Fertigkeiten aufzuholen und soziale Kompetenzen zu erlangen. Ziel dieser Arbeit ist es, soziale Kompetenzen in Bezug zur Entwicklung sichtbar zu machen, um mit Hilfe der Spieltherapie Fehl- bzw. Mangelentwicklungen entgegenzuwirken, adäquate Lernprozesse zu ermöglichen, sowie verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche effektiv unterstützen und fördern zu können. Das Praxisfeld der sozialen Arbeit beinhaltet unter anderem die Sozialpädagogik, im weiteren Sinne die Vermittlung (pro-) sozialer Verhaltensweisen und Wertorientierung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, die emotionale Störungen oder Verhaltensweisen aufzeigen, welche sich in sozial unsicheren, ängstlichen oder aggressiven Verhaltensreaktionen äußern. Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten sind vielfältig. Jedoch haben diese Auswirkungen auf das soziale Umfeld und zukünftige Verhaltensweisen. Es sollte stets ein systemischer Ansatz in Betracht gezogen werden und das betreffende soziale Umfeld in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Als thematischer Bezugspunkt ist der Zusammenhang von Spielsituationen und der realen Lebenswelt der Kinder und

Jugendlichen hervorzuheben. Darüber hinaus soll es Experten und Expertinnen eine Übersicht zu geeigneten Interventionsmöglichkeiten bieten. Dabei ist es wichtig, die Kinder und Jugendlichen dort abzuholen, wo sie stehen, dabei muss das Entwicklungsalter nicht dem tatsächlichen Alter entsprechen. Spieltherapie gibt den Kindern und Jugendlichen einen geschützten Raum, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und des aktuellen Entwicklungsstandes zu entfalten und auszuprobieren. Entscheidend dafür ist die Haltung der Experten und Expertinnen, die Kinder und Jugendlichen so anzunehmen und entsprechend der Ressourcen individuell zu begleiten und zu unterstützen.

Das erste Kapitel umfasst das Thema soziale Kompetenzen, also den Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für ein zufriedenstellendes Zusammenleben entscheidend sind. Da Sozialkompetenz ein Aspekt der Entwicklung ist, werden in diesem Kapitel ebenfalls einige Modelle der Entwicklungsstufen dargestellt. Als Beispiel für eine Übersicht der Entwicklung wird auf das Entwicklungsgitter nach Kiphard Bezug genommen. Später können Rückschlüsse gezogen werden, welche Sozialkompetenz in welcher Entwicklungsstufe einzuordnen ist. Im zweiten Kapitel wird das Thema Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zusammengefasst. Da Verhaltensauffälligkeiten eine von der Norm abweichende Beobachtung ist, wird zunächst die Norm im Zusammenhang von Entwicklung betrachtet. In diesem Zusammenhang werden die Vor- und Nachteile der Klassifikation bzw. Kategorisierung aufgezeigt. Dabei werden tiefgreifende Entwicklungsstörungen, wie z.B. die Autismus– Spektrum- Störungen nicht berücksichtigt. Im dritten Kapitel wird die Spieltherapie thematisiert. Dabei werden digitale Medien weitestgehend außer Betracht gelassen, da es den Umfang dieser Arbeit überschreiten würde. Zunächst wird das Spiel selbst als eine freudvolle Tätigkeit dargestellt. Es ist altersunabhängig und birgt vielerlei Möglichkeiten. Zu vereinfachten Ansicht werden die Spielformen tabellarisch abgebildet. Anschließend wird die Spieltherapie thematisiert. Die Spieltherapie hat das Ziel, den Kindern und Jugendlichen eine Möglichkeit zu geben, in den verschiedenen Spielgruppen eine vergnügliche und gemeinschaftliche Aktivität auszuüben. Hierbei können die kognitive Entwicklung, die Entwicklung motorischer Fertigkeiten sowie die Stärkung sozialer Interaktionskompetenz unterstützt werden. Es liegen vorgegebene Spiel- und Handlungsabläufe zugrunde, aus denen verbindliche Regeln hervorgehen, die es einzuhalten gilt. In ihrem Selbstwert gestärkt, soll es Kindern und Jugendlichen möglich werden, evtl. entwicklungs-hemmende Handlungsmuster zu verlassen und sozial erfolgreiche Verhaltensweisen zu entwickeln (vgl. Schiffer, 1969, S.21 ff). Die Bachelorarbeit endet mit einem Fazit.

1 Soziale Kompetenzen

Es gibt keine allgemeingültige Definition für soziale Kompetenz, verschiedene Autoren und Autorinnen bestreben jedoch eine einheitliche Begriffserklärung. Folgend werden nur einige für diese Arbeit bedeutsame Begriffserklärungen vorgestellt.

„Soziale Kompetenz ist eine Menge an kognitiven, emotionalen und motorischen Fertigkeiten, die einem Individuum zur Verfügung stehen und in spezifischen Situationen auch umgesetzt werden können, um soziale Aufgabenstellungen alters- und entwicklungsentsprechend angemessen und effektiv zu bewältigen.“ (Beck/ Cäsar/ Leonhardt, 2007, S. 13). Dazu ergänzen Jungert, Rehder, Notz und Petermann:

„Soziale Kompetenz bezieht sich auf alle Fertigkeiten, die für ein zufriedenstellendes Zusammenleben erforderlich sind.[...] Die sozialen Fertigkeiten orientieren sich an den Anforderungen verschiedener Situationen, den Ressourcen und den persönlichen Bedürfnissen der Beteiligten, aber auch an gesellschaftlichen Normen. Soziale Fertigkeiten, z.B. Durchsetzungsvermögen, Selbstsicherheit, Kontakt- und Kooperationsfähigkeit, dienen in der Entwicklung des Kindes und Jugendlichen dazu, den Betroffenen einen akzeptablen Kompromiss zwischen sozialer Anpassung und persönlichen Bedürfnissen zu ermöglichen.“ (Jungert/ Rehder/ Notz/ Petermann, 2002, S. 9). Die Autoren Hinsch und Pflingsten fassen zusammen:

„Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“ (Hinsch/ Pflingsten, 2007, S.4)

Allgemein lassen sich Interaktionsfertigkeiten, Selbstmanagement (z.B. Emotionsregulation), Respektieren von Regeln und Normen, Kooperations- und Mitwirkungsbereitschaft, sowie Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen als soziale Kompetenzen zusammenfassen (vgl. Jungert/ Rehder/ Notz/ Petermann, 2002, S. 14). Verschiedene Fachzeitschriften befassen sich ebenfalls mit dem Thema sozialer Kompetenzen, z.B. Kooperation als Erziehungsziel, wie können soziale Fähigkeiten in der Schule gefördert werden (vgl. Brüning, 2004, S. 20), oder die Bologna-Deklaration, dass Studenten auf den Erwerb sozialer Kompetenzen geprüft werden (vgl. Löhmannsröben/ Wex, 2010, S. 184). Die sich daraus ergebende Frage ist, ob sich soziale Kompetenzen messen und demzufolge allgemeingültig als Wissen zur Verfügung stellen lassen? Aus wissenschaftstheoretischer Sicht ist soziale Kompetenz als komplexes Konstrukt an der verbindenden Stelle von Individuum und Gesellschaft einzuordnen. Demnach wird empfohlen, eine adäquate Erfassung durch eine transdisziplinäre und

handlungstheoretische, mit Bezugnahme auf systemtheoretische Herangehensweise zu betrachten. So bewerten Menschen das Verhalten ihres Gegenübers in konkreten Situationen als angemessen oder nicht. Zudem spielen eigene Erwartungen innerhalb des Kontextes eine entscheidende Rolle. Somit fällt es schwer, das resultierende Konstrukt sozialer Kompetenz konkret zu beschreiben und messbar zu machen. Davon ausgehend muss ein Rahmen entwickelt werden, um relevantes Wissen aus verschiedenen Disziplinen zu verknüpfen. In diesem Zusammenhang wird an die Integration der systemtheoretischen Herangehensweise orientiert. Demnach ist es sinnvoll, stets das soziale Umfeld in den Prozess mit einzubeziehen. Somit setzt sich soziale Kompetenz aus internen und externen Strukturen zusammen (vgl. Arnegger, 2013, S. 9 ff). Um zu verdeutlichen, in welcher Altersspanne der Erwerb sozialer Kompetenzen stattfindet, wird im folgenden Kapitel die soziale Entwicklung dargestellt.

1.1 Soziale Entwicklung

Kinder entwickeln sich rapide, vorgeburtlich und ab dem ersten Lebenstag. Oftmals sind es Prozesse, die im Inneren stattfinden und somit nach außen nicht sichtbar sind. Entwicklungsbereiche wie Motorik oder Sinneswahrnehmung sind mit der kognitiven Entwicklung vernetzt. Erst durch das Zusammenspiel ergibt sich allmählich komplexes Denken. Kinder interessieren sich zunehmend dafür, wie das tägliche Leben funktioniert, wie man mit Dingen umgeht, um mit diesen zunehmend selbstständig zu hantieren. Im Spiel prägen sie sich eine Vorstellung von Gegenständen und Handlungen ein, sie erkennen Ursache- und Wirkungszusammenhänge und ergänzen nicht vorhandenes Material durch Fantasie. Später wird dieses durch realistisches Denken abgelöst (vgl. Esser/ Petermann, 2010, S. 9 ff). Bereits Kiphard setzte sich neben seinem sensomotorischen Entwicklungsgitter ebenfalls in einem psychosozialen Entwicklungsgitter mit der Feststellung des sozialen Entwicklungsstandes auseinander (siehe Anhang). Kiphard beschrieb, dass insbesondere die frühkindliche Entwicklung entscheidend ist. Des Weiteren ergänzte er, dass eine solche Diagnostik eine entscheidende Vorsorgemaßnahme ist, um rechtzeitig handeln zu können, wenn Entwicklungsverzögerungen oder -störungen auftreten (vgl. Kiphard, 2006, S. 69). Hervorzuheben ist, dass das Entwicklungsgitter nach Kiphard an die Physiologie des Menschen gebunden ist. Einerseits lernt das Kind durch die Aufnahme und Verarbeitung von Umweltreizen, andererseits erfolgt durch aktives Handeln eine Auseinandersetzung mit der Umwelt, dazu werden Sinnes- und Bewegungsorgane benötigt. Etwas, dass das Kind nur ungenau mit seinen Sinnen wahrnimmt, wird durch

eigenständiges Hantieren erlebt (vgl. Kiphard, 2006, S. 83). Aktuellere Konzepte ergänzen dazu, Kindern für eine optimale Entfaltung und Entwicklung entsprechende Impulse zu setzen (vgl. IFP,2014, S.5).

Die vorherrschende Meinung der Experten und Expertinnen besagt, dass soziale Kompetenz und emotionale Kompetenz aufeinander aufbauen und sich somit gegenseitig bedingen. Ziele der sozial-emotionalen Entwicklung sind u.a. Wahrnehmen, Ausdrücken und Regulieren eigener Gefühle, die Entwicklung von Selbstwert, Selbstvertrauen und -bewusstsein, Problem- und Konfliktlösestrategien verfügbar machen, Frustrationstoleranz stärken, Kontakt- und Beziehungsaufbau sowie -erhalt, erkennen von Gefühlen bei anderen Menschen, um dann angemessen darauf reagieren zu können (vgl. Jungert/ Rehder/ Notz/ Petermann, 2002, S.12 ff).

Vergleichbar mit anderen Fähigkeiten, unterliegt die soziale Kompetenz einer Entwicklung über das gesamte Leben. Folgend wird ein Überblick der sozialen und emotionalen Entwicklung in Altersstufen dargestellt.

Tabelle 1: sozial-emotionale Entwicklung von Kindern von 0 – 10 Jahren

Alter	Emotionsdifferenzierung/ -regulation	Interaktion/ Sozialverhalten
1. Lebensmonat	Wahrnehmen des eigenen Körper, -funktionen und näherer Umgebung; Emotionen stehen im Zusammenhang mit der Regulation physiologischer Bedürfnisse	Wenig eigenaktiv, Interaktion durch Bezugsperson gestaltet, Kommunikation durch körperliche Unruhe und Unmutsäußerungen oder Zufriedenheit
2. Lebensmonat	Sensorische oder orale Exploration des nahen Umfeld, Sicherheitempfinden bei vertrauten Abläufen, Angst zeigen bei Störungen, Aufmerksamkeit & Neugier	Wiedererkennen der Gesichter, Blickkontakt, soziales Lächeln, beginnende Nachahmung
3. Lebensmonat	Beginn des Spielens, lautiert Gefühle, anzeigen verschiedener Bedürfnisse durch unterschiedliches Schreien	Aktive Interaktion, genießt Zuwendung, wechselseitige Interaktion wird mitbestimmt, Kommunikation über Mimik, Gestik & Laute, beginnende Intentionalität
4. Lebensmonat	Vorfroide, differenziertes Repertoire zur Bedürfnisäußerung, erste Strategien zur Selbstregulation	Reaktion bei Trennung, Freude bei Lautproduktion, beginnende Empathie, Kind nimmt angespannte Stimmung wahr und reagiert darauf
5. Lebensmonat	Ausdauer und Freude bei Exploration, taktiles und visuelles Erforschen von Gegenständen, wiederholen von Handlungsabläufen, Begeisterung	Begrüßen von (Bezugs-) Personen, Kind weint bei Weggehen und stoppt bei Wiederkehr, imitiert, Bemühungen zur Aufrechterhaltung der Kommunikation

6.Lebens- monat	Kind zeigt deutlich Interesse, z.B. an Gegenständen, an die das Kind motorisch nicht herankommt, Freude an Wiederholung, reagiert überrascht bei Unerwartetem, anwenden erster Strategien zur Emotionsregulation	Reaktion auf Namen, Erwartung und Vorfremde, Objektpermanenz= Kind erinnert Gegenstand, protestiert bei Wegnahme und zeigt Behalten - wollen oder Vermissen an
7.Lebens- monat	ICH erkennen, Frustration bei Nichtgelingen, weinen bei Verletzung, Neugier und Ausdauer beim Erproben von Fähigkeiten und Exploration im Umfeld	„fremdeln“= Kind zeigt Abwehr bei fremden Personen, Rückversicherung bei Bezugsperson, Information und Reaktion auf Blickkontakt
8.Lebens- monat	Erweitertes Repertoire an Emotionen und deren Abstufungen, Interesse an anderen Kindern, schaut zu und fühlt mit	Beginnendes Verständnis für Verbote „Nein“, sichtbares Bindungsverhalten, positive Reaktion auf Lob, Motivation und Bestätigung
9.Lebens- monat	Eigeninitiierte Kontaktaufnahme, Selbstwirksamkeit	Gemeinsame Intentionalität, Affektverstärkung, soziale Rückversicherung, Verstehen von Mimik und Gestik Anderer
10.Lebens- monat	Zuneigung, beginnendes Selbstvertrauen, erkennen von Zusammenhängen von Situationen und emotionalen Reaktionen der Bezugsperson, erstes Erfahren Sozialerwünschtem oder unerwünschten Verhalten	Kooperiert, Reaktion auf positive oder negative Ansprache, Erkennen gemeinsamer oder Unterschiedlicher Absichten, Teilen wollen
11.Lebens- monat	Ausbau von Kontakt und Vertrauen zu verschiedenen Bezugspersonen	Einsatz kommunikativer Gesten, sprachlicher Gebrauch, Eintritt in Dialog, sucht Kontakt und Interaktion
12.Lebens- monat	Blickkontakt zur Bewertung und deuten emotionaler Signale, Selbstregulation, Selbstschutz	Gemeinsames Tun (Joint Attention), Gefühle anderer erleben und spielerisch ausdrücken, sozialer Austausch, Erwerb von Worten und Wissen über Emotionen in Verbindung mit Handlungen
13.- 15.Lebens- monat	Kind drückt Emotionen klar und direkt aus	Imitation Gesten Erwachsener, kollaborierendes Handeln, Kind bahnt aktiv gemeinsame Intention an, Frustrationserleben mit verschiedenen starken Reaktionen
16.- 18.Lebens- monat	Betroffenheit, Entwicklung des Selbstbild, Gefühl von Bedeutsamkeit	Kind sucht Trost, eigeninitiatives Kollaborieren, Aufbau neuer Beziehungen, Parallelspiel, Kind zeigt Vorliebe oder Ablehnung anderer Kinder
19.- 21.Lebens- monat	Autonomie beginnt, ICH - Bewusstsein, eigener Wille, Kind möchte selbst handeln, Vorlieben	Unabhängiger von Bezugspersonen, Konflikterleben, Frustration
22.-24. Lebens- monat	Besitzansprüche ausdrücken, starke Emotionen, Kind erkennt sich auf Fotos oder Spiegel,	Spielfreude, miteinander Spielen, Beteiligung an Gruppenaktivitäten, kooperieren und abwechseln im Spiel,

	Übergang von Benennen des eigenen Namen zum ICH	Kind teilt aus eigenem Antrieb
3.Lebensjahr	Kind spricht in ICH-Form, beginnende selbstständige Emotionsregulation, spielerische Auseinandersetzung mit Emotionen, Übertragung von Emotionen z.B. Puppe, Bilderbuch, benennen einfacher Emotionen (Freude, Trauer, Wut, Angst), beginnende Aggressions-Kontrolle	Kind fühlt mit, zeigt Betroffenheit und tröstet, deutet Absichten und Gefühle, erlebt Miteinan-der, bildet Freundschaften, zeigt deutlich Sympathie und Abneigung, selbstverstärkende intrinsische Motivation, kurzzeitiges Aufschieben von Bedürfnissen und Annahme von Alternativen, Durchsetzungsvermögen im Spiel erprobt
4. Lebensjahr	Empfindung von Verlegenheit und Neid, Emotionen und dessen Ursache werden sprachlich ausgedrückt, beginnende Frustrationstoleranz, beginnende gewaltfreie Konfliktlösung	Anderen eine Freude machen, aktives Suchen nach Gemeinsamkeiten um Nähe und Zuneigung auszudrücken, beginnender Perspektivwechsel, beginnende Kompromissbereitschaft, Stolz, Regelverständnis, Rollenspiele
5.Lebensjahr	Wertesystem verinnerlicht, moralische Bewertung, versucht nochmal bei Misserfolg - sucht Handlungs-alternativen, verbale Konfliktlösung, Schuldbewusstsein - Entschuldigen, formuliert Gefühlszustände, zeigt Einfühlungsvermögen	Kind kann ca. 0,5 h für sich allein spielen, Stolz und Vorführen von Können, Verantwortungs-übernahme,
6. Lebensjahr	Schwindelkompetenz= bewusstes Lügen und Täuschen, eigene Grenzen (durch)- setzen, Frustrationstoleranz, Emotionen können durch Erinnerung ausgelöst werden	Gedankliches Hineinversetzen & Mitfühlen, Vermutungen über Gedanken Anderer, Selbstkritisch und Selbstvertrauen
7. Lebensjahr	Gruppenfähig - Reaktion auf allgemeine Aufforderungen, Kind kann abwarten und toleriert, wenn es nicht antworten kann, Wissen über verdeckte bzw. überspielte Gefühle	Freundschaftliche Beziehungen, Erkennen von Rollen innerhalb der Gruppe, Umgang mit Konflikten, konstruktive Konfliktlösung, positive Selbsteinschätzung, eigene Ideen zur Freizeitgestaltung, Bearbeitung von Aufgaben selbstständig und konzentriert
8. Lebensjahr	Gemischte oder ambivalente Gefühle, eigene Stressregulation	Kooperative Zusammenarbeit, Hobbys, Geschlechtszugehörigkeit, Mut, Optimismus, Übernahme von Aufgaben und Verantwortung in Gruppen
9.&10. Lebensjahr	Erkennen eigener Position und die Anderer in Gruppen, Emotionsausdruck wird Kontext angepasst, Gerechtig-keitssinn um Gleichbehandlung	Freundschaften als emotionale Unterstützung, Beschreibung konkreter (Charakter) Eigenschaften, vergleichendes Interesse an Herkunft und Identität, zunehmende Bedeutung der Peergroup sowie Anpassung zum Dazu-gehören

Quelle (Mock-Eibeck 2020, S.40 ff)

Für die Altersgruppe 12-18 werden z.B. Geschlechtsidentität, Autonomie bis hin zur emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern, die Vorbereitung auf Beruf und eigene Familiengründung, sowie sozial selbstverantwortliches Verhalten beschrieben (vgl. Jungert/ Rehder/ Notz/ Petermann, 2002, S. 10). Demgemäß sind Jugendliche dann jugendlich, wenn sie in der Lage sind, mit Gleichaltrigen zurecht zu kommen, Geschlechteridentität und persönliche Unabhängigkeit erlangt haben. Sie müssen reifere Beziehungen zu Gleichaltrigen noch aufbauen, die Vorbereitung auf Ehe und Beruf ist noch nicht abgeschlossen. Es besteht eine emotionale Abhängigkeit von ihren Eltern und lernen noch sozial verantwortungsvolles Handeln (vgl. Reinders, H. 2008 S.13 f). Die Kritik dieser Einstufungen in Altersnormen wird in Kapitel 2.2 betrachtet.

Um die im Kapitel 1.1 dargestellte soziale Entwicklung zu verdeutlichen werden im Folgenden exemplarisch einige wichtige Entwicklungsmodelle dargestellt.

In diesem Kapitel wird deutlich, dass Entwicklung aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann. Aktuell gibt es keine allumfassende Theorie. Folgend werden psychoanalytische, psychobiologische und lerntheoretische Konzepte sowie andere Entwicklungstheorien, z.B. systemische Theorien vorgestellt.

- *psychoanalytische Konzeption nach Sigmund Freud*

Eine der historisch frühesten Entwicklungstheorien ist die psychoanalytische Konzeption von Sigmund Freud, bei der er die Persönlichkeit in drei zentrale Instanzen, dem **Es**, **Ich** und **Über-Ich** unterscheidet. Freud ging davon aus, dass der Mensch von Lebensbeginn an Triebbedürfnisse entwickelt. Für eine unmittelbare Triebbefriedigung ohne Rücksichtnahme auf die Interaktionspartner sorgt das **Es**. Das **Über-Ich** repräsentiert die Regeln und Normen der Umwelt und stellt somit einen Widerstand zur Triebbefriedigung dar. Das **Ich** ist so gesehen eine vermittelnde Instanz, die Wege der Triebbefriedigung findet und gleichzeitig die Regeln und Normen der Umwelt beachtet. Im Laufe der Entwicklung verändert sich die Quelle der Triebbedürfnisse bzw. der Triebbefriedigung. Freud bringt eine feste Abfolge von Phasen der Entwicklungsaufgaben mit der Triebbefriedigung in Verbindung. Dazu gehören die orale Phase im ersten Lebensjahr, die anale Phase im 1. bis 3. Lebensjahr, die phallische Phase im 3. bis 5. Lebensjahr, die Latenzphase im 5. Lebensjahr bis zur Pubertät sowie die genitale Phase in der Pubertät bis zum Erwachsenenalter. Als problematisch beschreibt Freud die **Fixation**, eine unzureichende oder übermäßige Befriedigung von Bedürfnissen in einzelnen Entwicklungsphasen (vgl. Lohaus/ Vierhaus, 2019, S. 14 f).

- *psychoanalytische Konzeption nach Erik Erikson*

Diese baute auf Freuds Theorie auf, jedoch nahm die Ich-Entwicklung einen höheren Stellenwert ein. Erikson beschrieb die Entwicklung als einen lebenslangen Prozess, also auch über das Jugendalter hinaus. Des Weiteren nahm Erikson an, dass der Mensch im Laufe seines Lebens psychosoziale Krisen durchläuft. Durch die Aufgabenlösung, also durch die Bewältigung der Krisen entwickelt sich die Persönlichkeit des Individuums. Insgesamt werden acht psychosoziale Krisen angenommen, wobei dem Jugendalter eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird, da in dieser Phase die Identität im entscheidenden Maße geprägt wird. Erikson unterteilt die Entwicklungsphasen in Urvertrauen vs. Urmisstrauen im Säuglingsalter; Autonomie vs. Selbstzweifel im frühen Kindesalter (1-3 Jahre); Initiative vs. Schuldgefühl im mittleren Kindesalter (3-5 Jahre); Kompetenz vs. Minderwertigkeitsgefühl im späten Kindesalter (bis Pubertät); Identität vs. Rollendiffusion in der Adoleszenz (ab Pubertät); Intimität vs. Isolation im frühen Erwachsenenalter (ab 20 Jahren); Generativität vs. Stagnation im mittleren Erwachsenenalter (ab 40 Jahren); sowie Ich – Integrität vs. Verzweiflung im höheren Erwachsenenalter (ab 60 Jahren) (vgl. Lohaus/ Vierhaus, 2019, S. 15 f).

- *psychobiologische Konzeption*

Insbesondere für die frühkindliche Entwicklung, für die Erklärung des Verhaltens, sind psychobiologische Ansätze von Relevanz. Es wird davon ausgegangen, dass in den ersten Lebensmonaten kaum Lernerfahrungen stattgefunden haben, daher sind biologische Einflüsse anzunehmen. Hierbei haben die Humanethologie und die Soziobiologie einen besonderen Stellenwert. Die Ethologie befasst sich mit vergleichender Verhaltensforschung. Die Humanethologie ist spezifischer, da sie die angeborenen Verhaltensbestandteile identifiziert. Angeborene Verhaltensmuster sind dadurch charakterisiert, dass sie weitestgehend stereotyp gegeben sind, also bei allen Vertretern und Vertreterinnen einer Art gleichförmig auftreten. Da das Auftreten nicht durch vor-ausgehende Lernerfahrungen erklärt werden kann und sie bei allen Individuen, also universell auftreten, sind sie durch Lernerfahrungen wenig beeinflussbar. Dazu gehören z.B. Instinkte, Lerndispositionen, Mimik und Gestik. Die Soziobiologie befasst sich damit, genetische Interessen und Verhalten in Beziehung zu setzen (vgl. Lohaus/ Vierhaus, S. 17 ff).

- *Lerntheoretische Konzeptionen und Behaviorismus*

Der Behaviorismus (Verhaltenspsychologie) befasst sich mit direkt beobachtbaren Reizen (Stimuli) und den Reaktionen. Der Psychologe Watson lehnte den psychoanalytischen Ansatz ab und wollte eine objektive psychologische Wissenschaft begründen, die Anfänge des Behaviorismus. Zu diesen lerntheoretischen Konzeptionen gehören das klassische Konditionieren nach Pavlow, das operante Konditionieren nach Skinner und das Beobachtungslernen nach Bandura (vgl. Berk, 2005, S. 22).

„Das klassische Konditionieren beruht auf einer bereits im Verhaltensrepertoire bestehenden Reiz–Reaktion–Verbindung. Wenn ein zuvor neutraler Reiz wiederholt mit dem ursprünglichem Auslösereiz gekoppelt wird, löst er im Anschluss auch ohne das Auftreten des ursprünglichem Auslösereizes ebenfalls die Reaktion aus.“ (Lohaus/ Vierhaus, 2019, S. 19).

„Beim operanten Konditionieren zeigt das Individuum mehr oder weniger zufällig ein Verhalten, das dann durch entsprechende Reaktion aus der Umgebung verstärkt wird (z.B. durch eine Belohnung). Durch die Verstärkung wird die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens erhöht. Das Individuum zeigt das Verhalten nun häufiger, um die Verstärkung zu erhalten,“ (Lohaus/ Vierhaus, 2019, S. 20).

Das Beobachtungslernen besagt, dass das Individuum durch Imitation von Verhaltensweisen lernt. Dazu müssen jedoch entscheidende Bedingungen erfüllt sein, z.B. dass das Kind aufmerksam ist, dass es das beobachtete Verhalten im Gedächtnis speichern kann, dass es das beobachtete Verhalten auch motorisch reproduzieren kann und dass es motiviert ist, das beobachtete Verhalten zu realisieren (vgl. Lohaus/ Vierhaus, S.22).

- *Entwicklungsstufen nach Piaget*

Gemäß der kognitiven Entwicklungstheorie nach Piaget lernt der Mensch nicht nur durch Verstärkung. Er ging davon aus, dass das Kind Wissen selbst konstruiert, indem es aktiv die Umwelt beeinflusst, wahrnimmt und repräsentiert. Im Mittelpunkt dieser Theorie steht die Adaption, also die Anpassung an die Umwelt. Piagets Theorie besagt, dass die mentalen Strukturen des Individuum sich so entwickeln, dass sie in die Umwelt passen bzw. die Außenwelt repräsentieren. Das Kind durchläuft fortschreitend ein Equilibrium, einen Prozess, ein Gleichgewicht zwischen inneren Strukturen und Informationen aus der Umwelt zu erschaffen. Die Theorie besagt, dass ein Kind vier Stufen der Entwicklung durchläuft, in der es Erfahrungen macht und sich das Gehirn entwickelt. So beschreibt Piaget die erste Stufe als Sensumotorische Phase, von der Geburt bis zum Ende des 2. Lebensjahr, in der das Kind seine Umwelt mit den Sinnes-

organen beeinflussen und Möglichkeiten zur sensomotorische Problemlösung entdecken kann. Die zweite, die präoperationale Phase, im Alter von 2 bis 7 Jahre, besagt, dass Vorschulkinder Symbole zur Repräsentation verwenden. Im Alter von 7-11 ist die konkret operationale Phase, in der Kinder beginnen logisch zu denken. Die formal operationale Phase ab dem 11. Lebensjahr beschreibt, dass Heranwachsende die Fähigkeit zur Abstraktion und formalem Denken innehaben, sodass auch verschiedene Lösungsmöglichkeiten eines Problems in Betracht gezogen werden (vgl. Berk, 2005, S. 24 ff).

Kritik an dieser Theorie ist, dass Piaget kaum soziale und kulturelle Einflüsse auf den Entwicklungsverlauf berücksichtige. Des Weiteren lässt er die Fähigkeit der Individuen, ihre Leistungen durch Übung verbessern zu können, weitestgehend außer Betracht (vgl. Berk, 2005, S. 24 ff). Dieser konstruktivistische Ansatz beruht auf Piagets Annahme der Äquilibration, einem Prozess, bei dem Kinder Assimilation und Akkommodation ausgleichen, um ein stabiles Verstehen zu schaffen. Assimilation ist als Prozess zu verstehen, bei dem das Kind erhaltene Informationen so umsetzt, dass sie mit bereits verstandenen Konzepten übereinstimmen. Akkommodation ist der Prozess, bei dem vorhandene Wissensstrukturen an neue Erfahrungen angepasst werden (vgl. Pauen, 2016, S. 121).

- *Modelle psychischer Entwicklung nach Petermann*

Petermann beschrieb, zusammen mit Niebank und Scheithauer, eine Unterscheidung von vier Arten von Entwicklungsmodellen: den einfachen mechanischen Modellen, bei dem weder Umwelt noch Kind aktiv auf die Entwicklung einwirken; den Umweltmodellen, bei denen dem Kind eine passive Rolle zugeschrieben wird und die Umwelt die Entwicklung beeinflusst; die Dispositionsmodelle, bei denen der Umwelt eine passive Rolle zugeschrieben wird und das Kind als eigeninitiativer Akteur Aspekte aus der Umwelt bezieht, die es zur positiven Entwicklung benötigt; und dem Interaktions- bzw. Transaktionsmodell, bei denen sowohl dem Kind als auch der Umwelt eine aktive Rolle zugeschrieben wird. Somit wird Entwicklung als Folge der Interaktion gesehen. Des Weiteren weisen die Autoren darauf hin, dass die Modelle, die eine Passivität des Kindes und/oder der Umwelt beschreiben, als nicht mehr zeitgemäß gelten (vgl. Petermann/ Niebank/ Scheithauer, 2004, zitiert nach Diers, 2016, S. 19 f).

- *interaktionales Entwicklungsmodell nach Bronfenbrenner*

Bronfenbrenner beschreibt eine ökologische Perspektive, wie der Mensch die Umwelt wahrnimmt und welche Auswirkungen solche Umweltkontexte auf das psychische

Wachstum haben. Umwelt ist nicht nach Variablen zu unterscheiden, sondern wird als System gesehen. Um die Lebensumstände von Kindern hervorzuheben, bezieht Bronfenbrenner psychologische, psychische und soziale Entwicklungsprozesse ein, um eine Grundlage zur systematischen Analyse zu bilden (vgl. Bronfenbrenner, 1981, zitiert nach Diers, 2016, S.20). Die durch Bronfenbrenner beschriebene Ökologie der menschlichen Entwicklung wird als ein Prozess „der fortschreitenden gegenseitigen Anpassung zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche“ definiert (vgl. Bronfenbrenner, 1981, zitiert nach Diers, 2016, S.20). Zudem unterscheidet er in Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosysteme, bei denen das Individuum den Mittelpunkt darstellt (vgl. ebd.,S.21). Neben dyadischen Beziehungsstrukturen sind auch größere Beziehungsstrukturen relevant, ebenso die verschiedenen Systeme, die Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosysteme. Durch die Beziehung und Interaktion zueinander üben sie Einfluss auf die Entwicklung aus. Daraus ergibt sich, dass sowohl die aktuelle Situation die Umwelt des Individuums prägt und bedeutungsvoll macht, als auch die Verbindung innerhalb einzelner Lebensbereiche, die Qualität dieser Vereinigung sowie der Einfluss anderer Menschen die Umwelt des Individuums kennzeichnet (vgl. Bronfenbrenner, 1981, zitiert nach Diers, 2016, S.21).

- *moralisches Denken und Urteilen nach Kohlberg*

Die Moralentwicklung wurde von Kohlberg aus der Perspektive der kognitiven Entwicklung betrachtet und wurde von Piagets Theorie beeinflusst. Heutige Erkenntnisse besagen, dass die Überlegungen, die hinter einer Handlung stehen entscheidend sind, ob ein bestimmtes Verhalten als moralisch angesehen werden kann oder nicht, und dass Veränderungen im moralischen Denken die Grundlage der Moralentwicklung darstellt. Kohlberg nahm an, dass Moralentwicklung eine spezifische Abfolge diskontinuierlicher und hierarchischer Stufen durchläuft und dass diese Stufen der Moralentwicklung eine qualitative Veränderung des Denkens impliziert. Somit stellt jede Stufe eine neue Denkweise dar, die das Denken der vorherigen Stufe ersetzt. Kohlberg unterschied drei Ebenen: Das präkonventionelle Niveau, das moralische Denken ist selbstbezogen, um Belohnung zu bekommen und negative Konsequenzen zu vermeiden. Das Konventionelle Niveau, welches sich an sozialen Beziehungen orientiert und sich auf die Einhaltung von Normen und Gesetzen konzentriert. Und das postkonventionelle Niveau, das an Idealen ausgerichtet ist. Jedes Niveau besteht aus

zwei Stufen, somit ergeben sich die sechs Stufen des moralischen Urteils nach Kohlberg. Diese lassen sich folglich unterscheiden in: 1.Stufe: Orientierung an Strafe und Gehorsam; 2.Stufe: Orientierung an Kosten–Nutzen und Reziprozität; 3.Stufe: Orientierung an wechselseitigen zwischenmenschlichen Erwartungen, Beziehungen und zwischenmenschlicher Übereinstimmung; 4.Stufe: Orientierung am sozialen System und am Gewissen; 5.Stufe: Orientierung am sozialen Vertrag oder an individuellen Rechten; sowie der 6.Stufe: Orientierung an universellen ethischen Prinzipien. Diese Theorie führte zu zahlreichen Kontroversen, jedoch zeigten sie auch die Grundlage für das Verständnis, wie kognitive Prozesse zu moralischen Urteilen führen und folglich zu sozialem Verhalten (vgl. Pauen, 2016, S. 531 ff).

Zusammenfassend lassen sich die verschiedenen Entwicklungsmodelle mit der Heterogenität der Entwicklungspsychologie begründen. Die benannten Modelle unterscheiden sich durch die verschiedenen Schwerpunkte bestimmter Teilbereiche und daher durch unterschiedliches Verständnis der Entwicklung. Als wichtigster Aspekt der aufgeführten Modelle ist anzuführen, dass entwicklungspezifische Veränderungen immer einen Bezug zum Lebensalter haben. Somit sind nur solche Veränderungen als Entwicklung zu definieren, wenn sie einen langfristigen Einfluss haben. Zudem verläuft Entwicklung im Normalfall als zusammenhängender, kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte Lebensspanne vollzieht. Des Weiteren ist Entwicklung individuell sowie differenziell unterschiedlich (vgl. Berk, 2005, S. 56).

Die vorherrschende Meinung besagt, dass die Grundlagen zum Lernen und somit auch zum Kompetenzerwerbs von Geburt an bei jedem Individuum vorhanden sei. Jedoch verändert sich die Umsetzung auf verschiedenen Ebenen. Einerseits trägt dazu die Verschiebung potentieller Verstärkermechanismen bei und zum Anderen die soziale Anerkennung, die einen wichtigen Faktor darstellt. Im Verlauf nehmen die Fähigkeiten zu, über kognitives und emotionales Erleben nachzudenken und dies sprachlich auszudrücken. Somit wird auch die Auseinandersetzung mit sozialen Regeln und Normen ermöglicht. Durch Reflexion und Einsicht wird die Voraussetzung zur Verhaltensmodifikation geschaffen (vgl. Schneider/ Margraf, 2009, S. 11).

1.2 Soziale Kompetenz aus Sicht klinischer Kinderpsychologie

In der klinischen Kinderpsychologie wird soziale Kompetenz als übergeordnetes Konstrukt begriffen, das sich in Anlehnung an Gresham und Reschly (1987) in adaptives Verhalten (körperliche und sprachliche Entwicklung, schulische Fertigkeiten), soziale Fertigkeiten (untergliedert in interpersonelles, selbstbezogenes und aufgaben-

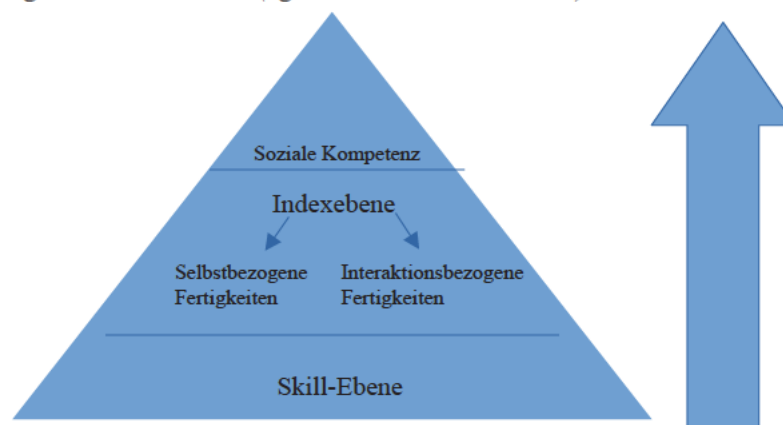
bezogenes Verhalten) und Akzeptanz durch Gleichaltrige untergliedern lässt. Die Basisfertigkeiten sozialer Kompetenz lassen sich im Kindes- und Jugendalter wie folgend nochmals untergliedern in:

- Interaktionsfertigkeiten in der Beziehung zu Gleichaltrigen
- Fertigkeiten des Selbstmanagements
- Schulische Fähigkeiten
- Kooperations- und Mitwirkungsbereitschaft und
- Durchsetzungsfähigkeit im Sinne von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung (vgl. Petermann, 2002, S. 176).

Aus entwicklungsorientierter Sichtweise ergeben sich an diese Stelle Erschwer-nisse, da Interventionen am effektivsten sind, wenn diese an der Entwicklung orientiert sind.

Rose-Krasnor (1997) bietet ein hierarchisches Modell für Sozialentwicklung:

Abb.1: Sozialentwicklung nach Rose-Krasnor (vgl. Petermann, 2002, S. 176)



Nach diesem Modell steht soziale Kompetenz an oberster Stelle der Sozialentwicklung, wobei diese als Effektivität in sozialen Interaktionen definiert wird. In diesem Zusammenhang meint Effektivität, dass Sozialverhalten herausgebildet wird und mit kurz- und langfristigen Bedürfnissen organisiert werden können (vgl. Rose-Krasnor, 1997, zitiert nach Petermann, 2002, S.176).

In der klinischen Kinderpsychologie wird vermutet, dass verschiedene negative Emotionen Auswirkungen auf die soziale Kompetenz haben. Der Emotionsregulation wird daher eine entscheidende beeinflussende Rolle zugewiesen. Eine Arbeitsgruppe um Nancy Eisenberg (2001) kam zu dem Ergebnis, dass Kinder mit optimaler Emotionsregulation über hohe soziale Kompetenz und wenig Anpassungsprobleme verfügen, wobei Kinder mit mangelnden Fähigkeiten eine geringere Sozialkompetenz

aufweisen und mit internalisierenden und/ oder externalisierenden Verhaltensproblemen reagieren (vgl. Eisenberg, 2001, zitiert nach Petermann, 2002, S. 175 ff).

Dem ist hinzuzufügen, dass diese problematischen Verhaltensweisen und dysfunktionale Handlungsreaktionen negative Auswirkungen auf das soziale Umfeld haben, z.B. wenn soziale Kontakte von Zurückweisungen geprägt sind und somit einen weiteren ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung, auf die Emotionsregulation, sowie auf die sozialen Kompetenzen hat (vgl. Petermann, 2002, S. 175 ff).

1.3 Training sozialer Kompetenzen als Interventionsmöglichkeit

In den letzten Jahren wurden verschiedene Trainings entwickelt, die Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten fördern. Folgend werden ausgewählte Ansätze dargestellt. Sie unterscheiden sich im Wesentlichen darin, dass frühere Konzepte Ängste und Hemmungen zu beseitigen versuchen. Im Verlauf lag der Fokus darauf, dass soziale Verhaltensdefizite minimiert werden. Neuere Konzepte fokussieren sich auf kognitive Variablen und Selbstregulationsprozesse.

- **Spontanitätsübung:** Ausdruck von Gefühlen, dazu Mimik in Einklang bringen, Widersprechen und Vertreten der eigenen Meinung, ICH statt indirekter Formulierung, erhaltenes Lob und Kompliment anerkennen, Improvisationsübung
- **Gegenkonditionierung:** Selbstsicherheitstraining, systematische Desensibilisierung durch das Hervorrufen einer unvereinbaren Reaktion auf einen auslösenden Reiz
- **Social-skill-training:** ein lerntheoretischer Ansatz; neue, situationsangemessene Verhaltensweisen werden erlernt
- **kognitive Ansätze:** dysfunktionale Prozesse in der Informationsverarbeitung sollen nachhaltig beeinflusst werden
- **Training für soziale Problemlösung:** Umgang mit Konfliktsituationen, Problemorientierung, Alternativen schaffen, Entscheidung und Verwirklichung
- **Prozessorientierte Ansätze:** Selbstregulation, Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung
- **Ansätze für verschiedene Klientengruppen:** z.B. Psychiatrische Klienten*innen, Kinder, Jugendliche, Familien, Straffällige, u.a. (vgl. Hirsch/ Pfingsten, 2007, S. 73 ff)

Gemeinsamer Inhalt dieser Trainings ist die Förderung pro-sozialen und kooperativen Verhaltens. Als Methoden für das Training sozialer Kompetenzen sind z.B. Perspektivwechsel, Instruktionen und Modellierungen zum Zielverhalten, Modelllernen, Rollenspiele, projektive Modellfilme, Expositionsübungen, Rückmeldungen und

Verstärkungen, Gruppentrainings und Selbstreflexion positiver Aspekte zu nennen (vgl. Hinsch/ Pfingsten, 2007, S. 101 ff).

Roth (1971) beschreibt den Begriff Sozialkompetenz als Fähigkeit für verantwortliche Handlung und unterteilt diese in 3 Bereiche:

1. Selbstkompetenz – für sich selbst verantwortlich handeln
2. Sachkompetenz – Urteils- und Handlungsfähigkeit für Sachbereiche
3. Sozialkompetenz – für relevante Bereiche urteils- und handlungsfähig sowie zuständig sein zu können (vgl. Roth, 1971, zitiert nach Wellhöfer, 2004, S. 1 f)

Zusammengefasst bedeutet das, dass die Themenbereiche, wie z.B. Motivation, Selbstsicherheit, Interaktion, Kommunikation und Einfühlungsvermögen in Verbindung mit Eigenverantwortlichkeit zu einer komplexen Fähigkeit, der sozialen Kompetenz werden (vgl. Wellhöfer, 2004, S. 1 f). Immer wieder behaupten Kinder und Jugendliche, dass sie keine Menschen mögen, bevorzugt für sich allein sind und daher auch keine sozialen Kompetenzen benötigen. Nun haben schon Experimente im Mittelalter bestätigt, dass der Mensch ein soziales Wesen ist und auf andere Menschen angewiesen ist, da er sonst verkümmern und krank werde und folglich auch daran sterbe. Eine modernere Version bedeutet, auf soziale Kontakte, aber auch auf Wohlstand, Digitalisierung und Anderes zu verzichten. Soziale Kompetenztrainings finden in verschiedenen Altersgruppen Anwendung, die entsprechend der Entwicklungsstufen und in der Spezifität variieren. Des Weiteren unterscheidet man solche Programme in primär - und sekundärpräventiv (vgl. Jungert/ Rehder/ Notz/ Petermann, 2002, S. 20).

Soziales Kompetenztraining soll dahingehend unterstützen, sozial kompetentes Verhalten zu trainieren und soziale Inkompetenz zu verringern bzw. unerwünschtes Sozialverhalten zu verändern. Des Weiteren haben Personen, die über vielseitige soziale Kompetenzen verfügen, eine höhere Anerkennung, schulischen und beruflichen Erfolg, sowie vielfältige Schutzfaktoren bei Krankheiten, Belastungen oder Krisen. Somit dient Soziales Kompetenztraining dem Verfügbarmachen umweltbezogener und persönlicher Ressourcen, die gezielt einzusetzen sind um eine optimale Entwicklung zu ermöglichen (vgl. Jungert/ Rehder/ Notz/ Petermann, 2002, S. 10).

„Soziale Kompetenzprobleme sind alle Probleme bei der Verfügbarkeit oder Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die es einer Person erschweren, in den für sie relevanten sozialen Alltagssituationen ein langfristig

günstiges Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen zu erzielen“ (Hinsch/ Pfingsten, 2007, S. 7).

Die vorherrschende Meinung besagt, dass soziale Kompetenzen lern- und trainierbar sind. Mit dem Training sozialer Kompetenzen sollen Verhaltensfertigkeiten verfügbar gemacht werden, indem positive Ressourcen und konstruktive Verhaltensanteile gefördert werden (vgl. Hinsch/ Pfingsten, 2007, S. 10). Die Wahrnehmung und Einschätzung sozialer Probleme ist subjektiv. Oft sind nur Teilbereiche betroffen, jedoch bedingen diese sich auch gegenseitig. Dazu gehören u.a. die situationale Überföderung, eine ungünstige kognitive Verarbeitung von Situationen, negative emotionale Prozesse, motorische Verhaltensdefizite oder schädigende Verhaltenskonsequenzen. Des Weiteren spielen Hintergrundfaktoren, z.B. erhöhte Selbstaufmerksamkeit, dysfunktionale Überzeugungen, Selbstzuschreibungen, sowie Verzerrung bzw. Illusionsverlust eine Rolle. Somit ist davon auszugehen, dass die Sozialisation der Personen entscheidend ist, ob sie sozial kompetent ist oder nicht (vgl. Hinsch/ Pfingsten, 2007, S.16 ff). Die Kontroverse, was als sozial kompetent verstanden wird, soll nicht Thema dieser Bachelorarbeit sein. Als exemplarisches Programm zur Optimierung des Arbeits- und Sozialverhalten soll an dieser Stelle das „Training mit Jugendlichen“ nach Petermann und Petermann benannt sein. Es wurde in den 1980er Jahren entwickelt, um Heranwachsende im Alter von 13-20 Jahren dahingehend zu befähigen, Verhaltensauffälligkeiten wie aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen, initiativloses Verhalten und sozial unsicheres Verhalten abzubauen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die Wirksamkeit des Training auch mit entsprechender Modifikation für einen umfassenden Einsatz verschiedener Alters-gruppen geeignet ist (vgl. Petermann/ Krummrich,2009,S. 968).

2 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Das Kindes- und Jugendalter gilt unumstritten als die Zeit mit den meisten und rasantesten Entwicklungsfortschritten in allen Ebenen. Diese, und die zunehmende Komplexität bedeuten eine höhere Anfälligkeit für Störungen, also eine erhöhte Vulnerabilität. Eben daher sind entwicklungsstörende Faktoren, insbesondere im früheren Lebensalter so bedeutsam und nachhaltig. Hierbei wird die Anlage – Umwelt – Kontroverse beachtet, die von einer Doppeldetermination der Hirnfunktionen spricht. Das heißt, gestörte Funktionen können sowohl in biologischen als auch in Umweltfaktoren ursächlich sein. Andererseits bietet diese Zeitspanne ein umfangreiches

Repertoire an Ressourcen. Die Entwicklung ist nicht abgeschlossen und ist somit durch positive Einflüsse korrigierbar (vgl. Ettrich/ Ettrich, 2006, S. 4 ff).

Das Kind benötigt beim Heranwachsen entwicklungsfördernde Erziehung. Die darüber hinaus gehende therapeutische Intervention ist genau genommen nur bei einem geringen Teil der Kinder und Jugendliche notwendig. Unter Umständen könnte es durch Lernen am Modell zu unerwünschten Verhaltensweisen kommen. Es gilt nach wie vor, dass die erste und grundlegende Entwicklungsförderung und Erziehung in der Familie geschehen sollte. Da es zuweilen zu großen Diskrepanzen zwischen familiären, institutionellen und gesellschaftlichen Entwicklungszielen und -methoden kommt, welche die Erziehung erschweren und die Entwicklung negativ beeinflussen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Entwicklung des Kindes zu unterstützen, zu fördern und zu korrigieren. Näheres dazu ist in §16 SGB VIII geregelt. Neben dem Grundsatz der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen oder ähnlichem lt. §22 SGB VIII, ist die Einbeziehung von Hilfen zur Erziehung nach §27 ff SGB VIII möglich. Darüber hinaus ist die psychotherapeutische Behandlung nach §27 SGB V in Betracht zu ziehen, um eine diagnostische Abklärung zum Vorliegen bzw. zum Ausschluss einer psychischen Störung vorzunehmen. Die daraus resultierenden Ergebnisse dienen wiederum der Inanspruchnahme empfohlener Hilfen (vgl. Ettrich/ Ettrich, 2006, S. 11).

Zunächst stellt sich jedoch die Frage, was Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind. Neben den in dem Unterkapitel 1.1 aufgeführten wesentlichen Entwicklungsstufen spielen ebenfalls Empathie, Bindungsentwicklung und Moral etc. eine Rolle. Dabei gilt es, die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zu beachten. Ein Kind bildet ein internes Modell der Welt heraus. An dem kann es operieren und experimentieren. Und dennoch bleiben Möglichkeiten zur Handlungsplanung aber auch die Vorwegnahme von Handlungskonsequenzen erhalten (vgl. Ettrich/ Ettrich, 2006, S. 16 f). Während der Sozialisation sind neben Zuwendung und Bindung noch andere Einflussfaktoren bedeutsam, daher ergeben sich individuelle Nuancen im kindlichen Sozialverhalten. Im Jugendalter nähert sich das Verhalten zunehmend dem des Erwachsenenalters an, jedoch ist auch hierbei die interindividuelle Bandbreite hervorzuheben (vgl. ebd. S. 18).

Um Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen feststellen zu können ist es wichtig, „normale“ Verhaltensweisen zu kennen. Aus biologischer Sicht bedeutet das, dass das Zentralnervensystem, die Sinnesorgane und die Motorik intakt sind, sowie keine genetischen oder stoffwechselbedingten Erkrankungen vorliegen. Die psychischen Faktoren sind direkt an das Funktionieren des Zentralnervensystem gebunden und

zeigen sich in der Repräsentationsfähigkeit des Gehirns. Die Wechselbeziehung zwischen emotionalen und kognitiven Prozessen in Verbindung mit der Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie Flexibilität dieser psychischen Vorgänge, stellt somit eine eigene Qualität dar. Diese Funktion beeinflusst unmittelbar wahrnehmungsbezogene Bewertungsprozesse. Als soziale Faktoren sind die Umgebungsbedingungen bezeichnet, die von Menschen ausgehen oder geschaffen werden. Dazu gehört in erster Linie die Interaktion mit Bezugspersonen, hinzu kommen kulturelle und soziodemographische Einflussfaktoren, wie z.B. die Auseinandersetzung mit dem Alter, Geschlecht und Bildung. Als Norm wird demnach verstanden, wenn Entwicklungsaufgaben absolviert wurden. Dies sind Anforderungen, die aus dem Zusammenwirken von biologischen, psychischen sowie sozialen Faktoren zusammengefasst werden und die es für alle Individuen einer Altersgruppe und Kultur zu bewältigen gilt. Diese Bewältigung führt zu einer verbesserten Anpassung an die Lebenssituation (vgl. Ettrich/ Ettrich, 2006, S. 18 f).

Führende Experten und Expertinnen gehen davon aus, dass biopsychosoziale Bedingungen die Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen. Von Verhaltensauffälligkeiten spricht man, wenn das Verhalten einer Person von der Norm anderer Gleichaltriger abweicht. Dabei ist zu beachten, dass eine Verhaltensauffälligkeit nicht synonym für eine Verhaltensstörung steht. Es ist wichtig dahingehend zu unterscheiden, ob das Individuum eine schwierige Phase hat und dies evtl. örtlich begrenzt ist (= Verhaltensauffälligkeit) oder ob dies über einen längeren Zeitraum und an mehreren Orten, wie Schule, Zuhause usw. geschieht (= Verhaltensstörung). Solche Störungen können lediglich von dafür ausgebildeten Experten und Expertinnen diagnostiziert werden, z.B. Psychologen, Psychiater, Kliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Ursachen sind vielfältig, oftmals liegen mehrere Faktoren vor und nicht selten trifft eine Wechselwirkung der Faktoren aufeinander. Zu diesen biopsychosozialen Ursachen gehören z.B. genetische Ursachen, Behinderungen, traumatische Erfahrungen, Überforderungen oder hoher Leistungsdruck, Mobbing oder Ausschluss aus der Peergruppe, unsichere Bindungen zu Bezugspersonen, geringe Möglichkeiten durch unzureichenden finanziellen Status. Solche Verhaltensauffälligkeiten sind in umfänglichen Verhaltensreaktionen, z.B. in unsicheren oder aggressiven Verhaltensweisen zu beobachten (vgl. Schuhmacher, 2019, S.2).

Unter dem Begriff Verhaltensstörung werden die Verhaltensweisen subsummiert, die über einen längeren Zeitraum wiederholt auftreten und von der Norm gravierend abweichen, ohne dabei durch Intelligenzminderung, Behinderungen, Erkrankungen oder

andere in außergewöhnlichen Belastungssituationen auftretende Reaktion begründet zu sein. Dazu gehören z.B. Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität (=ADHS) und weitere, die in Deutschland aktuell im ICD 10 klassifiziert und kategorisiert sind (vgl. Reiser,2011,S.370 ff). ICD steht für international statistical Classification of Diseases and related Health Problems und bedeutet vereinfacht eine Klassifikation von Krankheiten. Diese Klassifikation von Verhaltensstörungen bringt eine weitere Kontroverse mit sich. Da immer wieder Fragen nach dessen Nutzen, der Stigmatisierung, der Legitimierung aber auch die nach Fehlern im System nicht ausreichend beantwortet werden können, konzentriert sich diese Arbeit auf Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (siehe dazu auch Kapitel 2.2). Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche weisen oft emotionale Probleme auf, die im Zusammenhang mit Defiziten in ihrer sozialen Kompetenz stehen. Sie sind daher auf umfassende Förderung angewiesen. Zu dieser Personengruppe gehören ebenfalls Kinder und Jugendliche mit einer Lernbehinderung, diese liegt vor, “[...] wenn schwerwiegende, anhaltende und umfängliche Defizite bei der Bewältigung von intellektuellen Leistungsanforderungen festgestellt werden“ (Nestler/ Goldbeck, 2009, S.11). Neben dem Problem, dass langsamer und weniger gelernt werden kann und Gelerntes schneller vergessen wird, bestehen insbesondere Schwierigkeiten beim abstrakten Lernen, sowie bei der Übertragung auf andere Situationen (vgl. ebd., S. 11). Kinder und Jugendliche mit einer Lernbehinderung weisen scheinbar größere Schwierigkeiten in der komplexen Emotionserkennung und der sozialen Informationsverarbeitung auf, dementsprechend benötigen sie umfassende Unterstützung zur Förderung und Verbesserung ihrer sozialen Fertigkeiten (vgl. ebd., S. 21 f). Das Sozialverhalten ist durch basale, kognitive und emotionale Grundfunktionen mit geprägt. Defizite in diesem Bereich, wie Emotionsregulation, Aufmerksamkeitssteuerung u.a., wirken sich auf das Sozialverhalten und folglich auf die sozialen Kompetenzen aus. Oftmals ist die Sensibilität bei zwischenmenschlichen Konflikten reduziert, daher können weniger alternative Lösungsansätze generiert werden. Die Kinder und Jugendlichen haben Schwierigkeiten, eigenes Verhalten zu reflektieren und unterschätzen die Konsequenzen ihres Verhaltens bzw. die dessen Wirkungen auf Andere. Zahlreiche Studien belegen, dass Personen mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen häufig Probleme im Sozialverhalten aufweisen, da sie Defizite, z.B. bei dem Perspektivwechsel oder der Rollenübernahme haben (vgl. Pauen/ Vonderlin, 2009, S. 19 f). Das in Abschnitt 1.3 aufgeführte Fertigkeitstraining umfasst daher wesentliche Bausteine zum Aufbau sozialer Kompetenzen.

Der Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) formulierte die Bindungstheorie. Er versuchte, in der frühen Entwicklung des Kindes universelle Faktoren ausfindig zu machen, die entscheidend für die Entwicklung des Kindes sind. Bowlby kam zu dem Ergebnis, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind besonders bedeutsam ist, und dass dies die Grundlage zur Bildung von sozial-emotionalen Beziehungen darstellt. Die Bindung zur Bezugsperson hat die Funktion, dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu geben. Ergebnisse einer empirischen Bindungsforschung ergaben vier klassifizierte Bindungsmuster: die sichere Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung, die unsicher-ambivalente Bindung und die unsicher-desorganisierte Bindung. Diese frühen Erfahrungen des Kindes – in Bezug auf die Zuwendung und Verfügbarkeit von Bindungspersonen – werden als „inneres Arbeitsmodell“ verankert, und können somit auch in Abwesenheit der Bezugsperson abgerufen werden. Diese Arbeitsmodelle der verschiedenen Bindungsmuster sind unbewusst und beeinflussen die Gefühle und Verhaltensweisen der jeweiligen Person maßgeblich. Des Weiteren hat das innere Arbeitsmodell Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit, die Gedächtnisleistung und das eigene Bindungsverhalten. Somit sind Verhaltensauffälligkeiten auch auf die Bindung in der frühen Kindheit zurückzuführen (vgl. Weinberger, 2007, S. 51 ff).

2.1 Besonderheiten der Entwicklungspsychopathologie

Die Entwicklungspsychopathologie befasst sich „mit der Entstehung, den Ursachen und dem Verlauf individueller Muster abweichenden Verhaltens. Sie verfolgt dabei einen biopsychosozialen Ansatz, wonach sich Entwicklung in Wechselwirkung mit biologischen, psychischen und sozialen Faktoren vollzieht“ (Petermann/ Damm, 2009, S. 24). Die Entwicklungspsychopathologie vergleicht pathologische aber auch positive Entwicklungsverläufe und -ausgänge. Dazu werden explizit Ressourcen berücksichtigt. Des Weiteren wird der Prozesscharakter des pathologischen Geschehens hervorgehoben. Somit wird eine Fehlanpassung an Einflussfaktoren als Ergebnis von Entwicklung verstanden. Um demnach klären zu können, ob eine Störung einer anderen vorausgeht oder sie kausal miteinander verbunden sind, ist es wichtig, Entwicklungsverläufe sowie die Entwicklungsverläufe von psychischen Störungen zu kennen. Entwicklungspsychopathologie beruft sich auf kein bestimmtes Modell, jedoch sollen neben dem Individuum alle relevanten biopsychosozialen Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Dabei gehen die Experten und Expertinnen der Entwicklungspsychopathologie nicht von konträren Kategorien aus, sondern von fließenden

Übergängen zwischen gesunder und abweichender Entwicklung. Davon ausgehend, dass die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, also alterstypische Herausforderungen welche dem Individuum gestellt werden, zum Erwerb weiterer Fertigkeiten und Kompetenzen führt, die die Bewältigung künftiger Entwicklungsaufgaben erleichtern, entstehen dementsprechend Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen, wenn Anforderungen einer Entwicklungsperiode nicht bewältigt werden konnten und/ oder erworbene Kompetenzen unzureichend integriert wurden. Im Entwicklungsverlauf summieren sich gestörte oder unangemessene Kompetenzen. Die in früher Kindheit unscheinbaren Abweichungen können weitreichende Konsequenzen haben. Vor diesem Hintergrund der Entwicklungsabweichungen werden psychische Störungen verstanden (vgl. ebd., S. 24 ff).

Die Kinder, oder später auch die Jugendlichen, benötigen hinreichende Ressourcen, die in der Person selbst verankert sein können, jedoch kann die Person diese aus seiner unmittelbaren Umgebung beziehen. Eine Möglichkeit, Situationen zu schaffen, in denen Kinder oder Jugendliche Ressourcen aktivieren und Kompetenzen erwerben können, ist die Spieltherapie, die im Kapitel 3 näher erläutert wird.

2.2 Klassifikation als Grundlage

Um feststellen zu können, ob eine Störung vorliegt oder nicht, nutzen Experten und Expertinnen Klassifikationssysteme. Für diagnostische Verfahren gilt eine Standardisierung, diese Normierung ermöglicht eine relative Einordnung des ermittelten Wertes. Die Klassifikationssysteme dienen dazu, die Komplexität der Welt zu ordnen und somit zu vereinfachen. Durch Klassifikation sollen Prognosen zum Verlauf ermöglicht werden und somit passende Behandlungsmaßnahmen zu initiieren. Eine Klassifikation erfolgt immer auf empirischen Grundlagen, also auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dies ist wichtig, da nur die richtige Diagnostik auch zur erfolgreichen Behandlung führt. Des Weiteren vereinfacht es die Kommunikation, wenn alle wissen, was gemeint ist. Um eine psychische Störung diagnostizieren zu können müssen mehrere Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten in einer bestimmten Kombination zusammenkommen. Dabei ist zu beachten, dass Verhaltensweisen nur dann als Anzeichen für psychische Störung gilt, wenn dadurch Beschwerden verursacht wurden. Bestehen Beschwerden über einen längeren Zeitraum hinweg und treten sie in verschiedenen Situationen auf, so spricht man von sogenannten Symptomen. Um eine Diagnose vergeben zu können, müssen zu den Symptomen auch bestimmte Kriterien erfüllt sein. Diese Klassifikationssysteme sind übersichtlich, vereinfacht und bieten

Ordnung und Struktur, jedoch bringen sie auch Nachteile mit sich. Z.B. findet ein Informationsverlust statt, kulturelle und geschlechtsspezifische Merkmale werden mangelhaft berücksichtigt, die Grenze zwischen gesund und krank ist willkürlich, Ursachen werden meist nicht berücksichtigt und psychische Diagnosen führen noch immer zu Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung. Oftmals werden Diagnosen aber auch zur Legitimation von problematischen Verhaltensweisen genutzt. Somit sind solche Klassifikationssysteme kritisch zu betrachten. Der wichtigste Aspekte sind dabei die der Kontextualität und der Prozessualität. Das bedeutet, dass Dinge häufig nicht sind, was sie scheinen, und dass sie nicht bleiben, was sie sind. Es besteht eine stetige Veränderung. Auftretende Phänomene müssen nicht kausal miteinander verknüpft sein. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass sich Störungsbilder im Laufe der Entwicklung verändern. Daher ist Vorsicht geboten, vermeintliche Realität zuzuordnen und zu bewerten (vgl. Schmidt, 2008 S.3 ff).

Auch im Rahmen der Entwicklung gibt es die verschiedensten diagnostischen Verfahren, z.B. Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6), Elternfragebogen zur Früherkennung von Risikokindern (ELFRA), Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5-10 Jahren (SET 5-10), Körperkoordinationstest für Kinder (KTK), Motoriktest für vier – bis sechsjährige Kinder (MOT 4-6), Movement Assessment Battery for Children -2 (M-ABC-2), Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW-2) und Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA-II) bzw. im Grundschulalter (BUEGA). Wie bereits im Kapitel 1.1 dargestellt, verläuft Entwicklung über die gesamte Lebensspanne, jedoch nicht linear. So sind Entwicklungsverläufe variabel. In Analogie zu anderen Leistungstests erfassen Entwicklungstest ein breites Spektrum verschiedener Funktionsbereiche und treffen somit Aussagen zum allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes. Diese Entwicklungstests bieten eine differenzierte Orientierung über ein breites Spektrum kindlicher Entwicklung und bilden mehrere Funktionsbereiche wie Fein- und Grobmotorik, Wahrnehmung, kognitive Entwicklung, Sprachentwicklung und Sozialentwicklung ab. Dabei gilt ebenfalls der Hauptaugenmerk darauf, Abweichungen von der normierten Entwicklung aufzudecken, eine frühzeitige Förderung zu begründen, um dann langfristige ungünstige Entwicklungsmuster zu vermeiden. Zudem eignen sich diese Test zur Verlaufskontrolle, um das Ausmaß erzielter Veränderungen beurteilen zu können bzw. Interventionsmaßnahmen evaluieren zu können (vgl. Esser/ Petermann, 2010, S.5 ff). Die entwicklungsdiagnostischen Instrumente bieten ebenfalls Chancen und Grenzen.

Einerseits bietet die Früherkennung von Entwicklungsabweichungen und -verzögerung die Möglichkeit, bestmöglich entgegenzuwirken. Jedoch sind die methodischen Anforderungen an Entwicklungstests nicht vollumfänglich erfüllt, z.B. dass die Testleiter nicht ausreichend eingearbeitet sind, es kaum Paralleltests gibt, das Setting unzureichend kindgerecht gestaltet ist, Reliabilitätsaussagen manchmal fehlen und die Normierung teilweise nicht mehr aktuell ist. Das moderne Entwicklungsmodell verdeutlicht, dass Entwicklung beeinflussbar und somit veränderbar ist, gleichzeitig muss auch auf das hohe Irrtumsrisiko und auf fehlerhafte Prognosen aufgezeigt werden. Einerseits können durch überhöhte Erwartungen auf Grund der Entwicklungsdiagnose zur Überforderung beim Kind führen, andererseits kann es zur Resignation bei den Eltern und folglich zum Unterlassen notwendiger Förderung beitragen (vgl. Esser/Petermann, 2010, S.15 ff).

Die Kinder und Jugendlichen werden zudem an Altersnormen gemessen, um in diesem Zusammenhang Entwicklungsdefizite zu ermitteln und als Grundlage für weiteres Vorgehen zu dienen. Dazu ist es wichtig, individuelle Stärken und Ressourcen zu ermitteln, um dann entsprechend zu handeln und Förderung zu aktivieren. In der Entwicklungspsychologie werden Normen als gegeben angenommen, um anhand dieser günstige oder ungünstige Entwicklungsprozesse aufzuzeigen. Experten und Expertinnen zu Folge ergibt sich daraus erneut eine Diskrepanz, da Kinder und Jugendliche einerseits mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert werden, jedoch gesellschaftliche Bedingungen die Bewältigung erschweren. (vgl. Reinders,H. 2002 S.19 ff)

„Altersnormen sind also Sollvorschriften, die angeben, in welchem Alter welche Verhaltensweisen bzw. Statusmerkmale angemessen, passend, akzeptabel sind. Dann bestimmen Altersnormen auch, in welchem Alter bzw. Altersabschnitt ein Lebensereignis, ein Statusübergang, eine Lebenserfahrung auftreten sollte (und wann nicht). Andere Altersnormen bestimmen, wann man frühestens in ein Handlungsfeld eintreten kann (z.B. Jugendschutzgesetz) oder wann man es spätestens verlassen muss (Zwangsexmatrikulation von „ewigen Studenten“) (Fuchs-Heinritz, 2002 S.40). Ein Hauptkritikpunkt gegen das Konzept ist, dass empirische Belege kaum belegen können, dass es eine Altersnorm gibt. Eintretende Lebensereignisse lassen sich nicht verändern oder beeinflussen. Zudem kommt es einerseits zu einer theoretischen Voreingenommenheit und andererseits zu Stigmatisierung, somit lassen Altersnormierung kaum Spielraum für Individualität und Selbstverwirklichung. Zudem kann es bei Kindern und Jugendlichen beim Verfehlen von Altersnormen zur negativen Selbstbewertung führen. Grundsätzlich sei von einem Pluralismus altersbezogener Regeln auszugehen, jedoch ist

die Gesellschaft, die Kultur und das Milieu der Kinder und Jugendlichen individuell unterschiedlich, dass man nicht von einer allgemein gültigen Altersnorm ausgehen kann (vgl. Fuchs-Heinritz, 2002, S.39 ff).

3 Spieltherapie

Das Spiel ist universell, es kommt in allen Kulturen, zu allen Zeiten und in verschiedenen Formen vor. Nach Zulliger ist das Spiel die eigentliche Sprache des Kindes. Um diese zu verstehen, müssen Experten und Expertinnen „...dem Kinde, das wir erziehen oder auf psychologischem Wege von psychogenen Abweichungen heilen wollen, mit seiner Sprache begegnen, mit ihm reden, ihm antworten“ (Zulliger, 1951/1990, zitiert nach Weinberger, 2007, S.76). Im Spiel setzt sich der Mensch mit seinem Selbst und der Umwelt auseinander. Nach Mogel findet demnach ständig *Identitätsentwicklung* statt, jedoch hängt das Ausmaß dieser Persönlichkeitsentfaltung von den Spielräumen ab, also in welchem Umfang welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Mogel ging davon aus, dass Kompetenz- und Selbstwertsteigerungen durch spielerisches Experimentieren und Herausfordern geschieht (vgl. Mogel, 1991, zitiert nach Weinberger, 2007, S. 76 f). Durch das Spiel werden Erfahrungen verarbeitet aber auch Probehandeln inszeniert, die zukünftiges Handeln beeinflussen (vgl. Weinberger, 2007, S. 77).

Es gibt eine Vielzahl von sozialen Kompetenzen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erwerben sollte, z.B. freundlicher Umgang, Einhalten von Regeln und Normen, Zuhören, warten bis man an der Reihe ist, miteinander zu teilen, mit Frust umgehen, um Hilfe bzw. Unterstützung bitten, Anforderungen nachkommen, kooperieren, Konsequenzen des eigenen Handelns akzeptieren, mit Ausgrenzung adäquat umgehen, eigene Ideen und Meinungen einbringen, sich für Andere einsetzen und verlieren zu können. Um diese Entwicklung zu unterstützen, ist es ratsam, wenn Kinder viel und mit anderen Kindern zusammen spielen (vgl. Kooijman, 2020, S.12 ff).

Das kindliche Spiel gibt Einblicke in seine subjektiv erlebte Wirklichkeit. Spielen führt in der Regel zu Assoziationen mit positiven Merkmalen und hat neben emotionalen Aspekten ebenso einen Alltagsbezug. Die Herausforderung geht dabei an die Experten und Expertinnen, da neben theoretischen Wissen ein hohes Maß an Selbstreflexion gefordert wird (vgl. Huber, 2017, S.1 ff). Historisch betrachtet ist das Spiel bereits seit frühesten Epochen der Steinzeit bis zur Gegenwart stets präsent, jedoch variiert der Stellenwert. Einerseits betrachtete man das Spiel als spaßigen Zeitvertreib, als entspannenden Ausgleich zur Arbeit, aber auch als Vorbereitung zum

Kampf oder als überflüssige Ablenkung, da die Arbeit eine existenzielle Rolle einnahm. Jedoch wurde schon frühzeitig -während der Hochzeit der alten Griechen- erkannt, dass kindliches Spielen einen entscheidenden erzieherischen Wert und eine Form des Lernen darstellt. Spätere Kontroversen, das Spiel würde manipulativ gegen das Kind eingesetzt werden, wurden im 18. Jahrhundert reformiert. „Methodische, soziale Aspekte des Spiels wurden erziehungswissenschaftlich diskutiert“, vorerst ohne diese in einer Form der “Spielpädagogik” zusammenzufassen (Huber, 2017, S. 10). Die philosophisch - anthropologischen Grundlagen von Friedrich Fröbel vereinten die kognitive Förderung, das soziale Lernen und die emotionale Zuwendung innerhalb des Spiels (vgl. ebd., S.5 ff). Im 20. Jahrhundert wurde die Spielpädagogik mit einer psychologischen Betrachtungsweise ergänzt, z.B. verstand Sigmund Freud das kindliche Spiel als „Katharsishypothese, eine Reinigung von Erlebnissen, Erfahrungen und Eindrücken zur Herstellung des seelischen Gleichgewichts“ (Huber, 2017, S. 12). Zunächst ist es wichtig zu wissen, was Spiel ist um dieses als Intervention bzw. Therapie anzubieten.

"Das Spiel ist die elementare eigenaktive Ausdrucksform des Kindes, über die sich Lebensbewältigung und Selbstbildung vollzieht. Der Zweck liegt nur im Spiel selbst. Das Spiel im engeren Sinn ist die zentrale Betätigung eines Kindes, mit der es Kontakt zu seiner Umwelt aufnimmt. Das Kind erhält durch die Reaktionen der Spielpartner ein Wissen über eigene Fähigkeiten, Schwächen, Gefühle und Wünsche. Auf diese Weise kann das Kind ein Bild von sich entwickeln und daran weiterbauen. Das Spiel ist eine spontane Aktivität, ausgehend vom Kind. [...] Dem Spiel kommt in Kindertageseinrichtungen eine grundsätzliche Bedeutung zu. Über das Spielen entwickeln sich Kinder, sammeln Erfahrungen, verarbeiten Eindrücke und Erlebnisse und erwerben nebenher unbewusst eine Menge an Wissen und sozialen Fähigkeiten" (Vollmer, 2012, S. 202). Eine weitere Definition besagt:

„Spielen ist eine frei gewählte Tätigkeit, die frei von äußeren Zwecken verläuft. Spielen geht mit Neugier einher, es orientiert sich am Neuigkeitsgehalt der Dinge, sucht Überraschungen. Spielen heißt das Erleben von Freude, Spaß, Vergnügen, Amüsement, Lust. Spielen signalisiert ein inneres Wohlbefinden des Spielenden. Spielen wird getragen von einer Spannungssuche. Es ist ein Bewegen von Gegenständen, das mit Lebensbereicherung und Lebenserleichterung einhergeht. Das Spielen hat eine eigene Beziehung zu Raum, Zeit und Umwelt. Es bedeutet Raum- und Zeitgestaltung, ist dabei aber frei von Zeitdruck. Es dient dem Zeitvertreib, manchmal versucht es, Räumlichkeit und Zeitlichkeit des Lebens zu überwinden. Spielen heißt phantasievolle und kreative Auseinandersetzung mit der Umwelt. Spielbeziehungen sind häufig partnerschaftliche

Interaktionen. Spielen heißt Kommunikation mit Gedanken, Dingen, Personen. Spielen hat einen Zielbezug, eine Zielrichtung. Die Ziele eines Spiels können aber sehr variieren („Zielflexibilität“). Spielen heißt Ausdrücken des individuellen Selbst. Sinn ist es, die Wirklichkeit nach außen und nach innen auszuloten“ (Mogel, 1994, S. 7).

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, differenziertes Wissen über die Bedeutung des Spiels sowie Kenntnisse über verschiedene Spielformen zu haben, um professionell und individuell auf die Förderung der Entwicklung einzugehen und den Bedürfnissen entsprechend zu handeln. Zu den Spielformen gehören: das sensomotorische Spiel, Rollen – und Symbolspiele, Konstruktionsspiele, Lern- und Regelspiele, Bewegungsspiele, etc. (vgl. Huber, 2017, S. 47 ff).

Demnach ist davon auszugehen, dass dem Spiel eine wichtige, wenn nicht sogar entscheidende Rolle in der Entwicklung zugesprochen wird. An dieser Stelle werden die klassischen Ansichten des Spielens, z.B. Groos: Vorübung für das Leben; Bühler: Lust an der Funktion; Piaget: Aktivitätsform der geistigen Entwicklung, nur benannt (vgl. Mogel, 1994, S.10 ff).

Um der Aufgabe gerecht zu werden, Kindern und Jugendlichen eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Individuen angeregt werden, sich spielerisch mit der Umwelt auseinanderzusetzen, alters- bzw. entwicklungsentsprechendes Spielmaterial zur Verfügung zu stellen und kognitive, motorische und fördernde Herausforderungen zu bieten, müssen pädagogische Fachkräfte wissen, welche Spielform in welchem Alter effizient anwendbar ist. Es gibt verschiedene Betrachtungsweisen der Spielentwicklung, Heimlich z.B bezieht sich auf das Modell von Bronfenbrenner (1989) und unterscheidet Explorationsspiel→Phantasiespiel→Rollenspiel→Konstruktionsspiel→Regelspiel. Dabei lösen sich die Spielformen nicht voneinander ab, sondern bestehen nebeneinander, um dann auf dem höheren Niveau ineinander überzugehen. Die Altersangaben dienen lediglich der Orientierung, da Kinder und Jugendliche bei Herausforderungen zunächst auf bekannte und verinnerlichte Spielhandlungen bzw. Verhaltensweisen zurückgreifen. Daher ist es möglich, dass eine Spieltätigkeit mehrere Elemente aus verschiedenen Spielformen gleichzeitig enthält. Spielentwicklung ist somit die Erweiterung eines Handlungsrepertoires. Diese ermöglichen einen Zuwachs an Interaktionsmöglichkeiten mit der Umwelt, sowie eine zunehmende Verselbstständigung der Kinder und Jugendlichen (vgl. Heimlich, 2023, S. 34 ff).

Um dies zu verdeutlichen, werden in der folgenden Tabelle die Spielformen dargestellt, in welcher Altersgruppe sie ungefähr auftreten, welche Merkmale charakteristisch sind und welche Spielmaterialien dazugehören.

Spielform	Merkmale	Typisches Spielmaterial
<u>Funktionsspiel:</u> 0-3 Jahre (sensomotorische Spielform)	Basis aller Spielformen, zunächst Erkunden des eigenen Körpers und Bewegungen; Säuglinge noch recht unkoordiniert, innerhalb weniger Monate zunehmende Kontrolle und gezielte Bewegung, z.B. greifen, Beschaffenheit erfühlen; Erfahren eigener Wirksamkeit durch Verhaltensweisen, z.B. lachen, weinen, um bestimmte Wirkung zu erzielen; <i>Ziel</i> » Selbstvertrauen, stärken der taktilen, visuellen, motorischen und auditiven Wahrnehmung	Säugling: Rassel, Stofftiere, Fühlbücher etc. Kleinkind: Kreisel, Nachziehspielzeug, Reittier etc. Kind: Motorikschleife, Schaukel, Laufrad etc.
<u>Konstruktionsspiel:</u> ab 2. Lebensjahr	Baut auf das Funktionsspiel auf, Kind hat sich mit Material auseinandergesetzt und kennt Funktion und ist nun in der Lage, damit zu bauen und zu konstruieren <i>Ziel</i> » kognitive Fähigkeiten schulen, Kreativität, erste Problemlösestrategien, motorische Fertigkeiten, später Handlungsplanung und -Umsetzung	Stapelturm, Bausteine, Steckbilder, Lego
<u>Symbol- und Rollenspiel:</u> ab 2. Lebensjahr	„so-tun-als-ob“: Nachahmen von Verhalten, das bei Anderen beobachtet wurde, evtl. mit passenden Geräuschen, Gegenstände verleihen temporär andere Funktionen <i>Ziel</i> » Auseinandersetzung mit Rollen, erproben eigener Handlungen, Auseinandersetzung mit Gefühlen, Konflikt- und Problemlösestrategien finden, Kompromisse eingehen, Ausbau sprachlicher Fähigkeiten	Alltagsmaterial, z.B. Puppen, Geld etc. auch zweckfremdes Material wird genutzt, z.B. Baustein als Handy usw.
<u>Regelspiel:</u> ab 3. Lebensjahr	Regelverständnis erforderlich, sowie die Bereitschaft, diese einzuhalten <i>Ziel</i> » Frustrationstoleranz, kognitive, sprachliche, sozial-emotionale und feinmotorische Kompetenzen stärken und	Karten – und Brettspiele etc.

	erweitern	
Bewegungsspiel: ab 3. Lebensjahr	Festgelegte Regeln mit Schwerpunkt auf Motorik Ziel» Koordination, Kraftdosierung, Gleichgewicht, Wahrnehmung	Sportspiele, z.B. Eierlauf etc. Bewegungsspiele, z.B. Tanzen, „Laurentia“ etc.

Tabelle 2: die Spielentwicklung bei Kindern (vgl. Huber 2017)

Die Einordnung bestimmter Spielformen und Spieltypen ist nicht ganz unproblematisch, da die Vielfalt der Spiele nicht ohne Weiteres zu kategorisieren sind. Je nach Intention und Inhalt des Spiels lassen sich Spiele in unterschiedliche Spielformen zuordnen. Um die Spielentwicklung der Kinder oder Jugendlichen einschätzen zu können, ist es zielführend, bestimmte Spielformen der menschlichen Entwicklung zuzuordnen. Daher gilt es, dem Spiel eine Bedeutung zuzusprechen und den Bildungs- und Erziehungswert didaktisch-methodisch zu reflektieren (vgl. Huber 2017 S. 4).

Das Spiel gilt als zentraler Baustein der Persönlichkeitsentwicklung. Zunächst spielen Kleinkinder nebeneinander und beziehen andere Personen manchmal mit ein, z.B. im Symbolspiel als Gast im Restaurant. Erst im Verlauf bekommt das Spiel eine soziale Bedeutung und ist geprägt von Kommunikation und Interaktion. Dies verläuft nicht selten konfliktfrei, die Spielpartner benötigen Kompetenzen, um das gemeinsame Spiel fortsetzen zu können. Spielhandlungen werden im Kontext emotionaler Bindung und sozialer Interaktion realisiert. Bereits im frühen Kindesalter werden aktiv Aneignungsleistungen vollbracht, eine Vielzahl von Kompetenzen erworben und zunehmend ein Bewusstsein für die eigene Identität ausgebildet. Die im Spiel erworbenen Kompetenzen lassen sich in Alltagshandlungen übertragen, sodass ein erweiterter Handlungsspielraum in der Realität folglich ist. Dazu werden im Spiel der Austausch von Erfahrungen und das Aushandeln von Rollen sowie die Inszenierung von Konflikten und die Entwicklung von Konfliktlösestrategien insbesondere in der Interaktion mit Anderen ermöglicht. Daher werden die Beziehungen zu Gleichaltrigen als wichtige Entwicklungsressource angesehen. Das Spiel mit Gleichaltrigen hat somit eine gruppenbildende Funktion. Diese basieren auf Rücksichtnahme, Solidarität und Kooperation. Darüber hinaus kommt der Sprache eine wichtige Rolle zu. Es geht darum, auf der Wirklichkeitsebene des Spiels eine gemeinsame Bedeutung zu schaffen um das Ziel und die Handlungen zu bestimmen. Zudem ist das Senden und Empfangen nonverbaler Signale entscheidend, was andere Menschen denken, fühlen oder wünschen. Dies kann sich nur im sozialen Austausch entwickeln, daher ist das Spiel für soziales Lernen von großer Bedeutung. Im Spiel werden soziale Kompetenzen erworben (vgl. Weltzin 2013 S.6 ff).

In der Spieltherapie werden fundierte Entwicklungsmodelle beachtet, um zu berücksichtigen, wann Interventionen am effektivsten, nachhaltigsten und erfolgreichsten sein können, wer unbedingt in eine Intervention einbezogen werden sollte, unter welchen Bedingungen eine Maßnahme wiederholt werden muss und welche pädagogischen Angebote Kinder oder Jugendliche dringend benötigt (vgl. Petermann/Damm, 2009, S. 39).

Im Rahmen der KIGGS – Studie zum Thema Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert – Koch – Instituts von 2006 ging hervor, dass 29% der Eltern von psychischen Auffälligkeiten bei den drei - bis zehnjährigen Kinder berichteten. Diese Ergebnisse beruhen zunächst auf den Einschätzungen der Eltern, jedoch gehen Experten und Expertinnen von einer hohen Dunkelziffer aus. Daraus ergeben sich für die Praxis große Herausforderungen und Chancen. Die Kinder und Jugendlichen müssen dahingehend unterstützt werden, Ideen, Gefühle und Bedürfnisse Anderer zu verstehen und im eigenen Handeln zu berücksichtigen. Sie brauchen vielfältige Gelegenheiten und entsprechende Unterstützung, um Konflikte oder Aushandlungsprozesse mit Anderen in konstruktiver Weise zu lösen (vgl. Weltzin 2013 S.43). In der Spieltherapie geht es darum, die individuellen Ressourcen zu stärken, ihre Entwicklung zu unterstützen und die psychische Widerstandskraft, die Resilienz zu fördern. Die aus der Forschung ermittelten Resilienzfaktoren: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, aktive Bewältigungskompetenzen und Problemlösefähigkeiten werden in gezielten Spielangeboten gestärkt. Grundvoraussetzung ist eine wertschätzende und vertrauensvolle Beziehung. Forschungsergebnisse zeigten, dass es nicht entscheidend ist zu wem diese Beziehung besteht, sondern wie sie sich gestaltet, um positive Auswirkungen zu haben (vgl. Weltzin, 2013, S. 47 ff).

In den folgenden Kapiteln wird auf die vorherrschenden Theorien des Spieles als Therapiemöglichkeit eingegangen. Auf Grund ihrer Bedeutsamkeit wird die Spieltherapie nach dem personenzentrierten Ansatz von Axline vordergründig behandelt.

3.1 Spieltherapie nach dem personenzentrierten Ansatz

In der Tradition des personenzentrierte Ansatzes wird davon ausgegangen, dass das Spiel dazu dient, Blockaden in der Selbstaktualisierungsmöglichkeiten aufzuheben und Kinder und Jugendliche zu begleiten, selbst Themen und Wünsche zu inszenieren und zu bewältigen. Die Begründerin, Virginia Mae Axline (* 1911; † 1988) war ameri-

kanische Psychologin und Psychotherapeutin. Zudem war sie die Begründerin der nichtdirektiven Spieltherapie. Die Grundlage, auf der die Spieltherapie aufbaut, ist die von Carl Rogers (*1902 †1987) konzipierte klientenzentrierte Psychotherapie, dessen Grundhaltung sie im Umgang mit Kindern realisierte. Dabei war in erster Linie eine bestimmte Grundqualität der Experten und Expertinnen wichtig, die zur Förderung psychologischer Fähigkeiten und somit zur Minderung psychischer Erkrankungen („Psychoneurotizismus“) beitragen. Zu dieser Grundhaltung gehört nach Axline Wertschätzung, positive Zuwendung, emotionale Wärme, Verständnis für die Gefühle Anderer und dementsprechend darauf einzugehen, sowie Echtheit und Offenheit. Des Weiteren war es Axline wichtig, dirigierende Aufforderungen weitestgehend zu minimieren, jedoch eine notwendige hohe Aktivität des Profis in nicht-direktiver Art zu fördern (vgl. Tausch, 1971, S.5).

Nun geht die Spieltherapie davon aus, dass sie der Selbstverwirklichung und Selbstdarstellung dient und dem Kind ermöglicht, Gefühle oder Konflikte zu thematisieren. Sie stellt Wachstumsimpulse dar, die infolge von Lernen durch Erfahrung die Persönlichkeitsentwicklung -bestenfalls positiv- beeinflusst. Dies setzt voraus, dass dem Menschen bewusst ist, eigene Fähigkeiten zur Gestaltung und somit die Verantwortung für sein Handeln zu haben. Demgemäß eröffnet sich eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten. Die nach außen sichtbaren Verhaltensweisen sind den bereits verinnerlichten Erfahrungen, Umweltbedingungen und Beziehungen abhängig, jedoch dienen sie der Selbstverwirklichung. Es ist davon auszugehen, dass jemand angepasstes Verhalten zeigt, wenn er Verhaltensweisen bewusst und sinnvoll so einsetzt, um seine Selbstverwirklichung zu ermöglichen. Mechanismen mangelhafter Anpassung, z.B. Isolation, Kompensation, Projektion, Regression, sind das Ergebnis, wenn das Verhalten nicht mit den inneren Vorstellungen des Selbst des Individuums übereinstimmt. Axline geht davon aus, dass das Gefühl von Selbstachtung durch Liebe, Geborgenheit und Dazugehörigkeit entwickelt wird und dass Kinder bei unsicherer oder fehlender Beziehung zu unangemessenen Ausdrucksweisen als Ersatzlösung greifen, um als Persönlichkeit wahrgenommen zu werden. Durch den therapeutischen Prozess innerhalb der Spieltherapie ist es den Kindern und Jugendlichen möglich, ein Selbstwertgefühl zu entwickeln, sich selbst anzunehmen und Selbstverantwortung zu übernehmen (vgl. Axline, 2016, S. 13 ff).

Man unterscheidet die Spieltherapie in zwei Verfahrensweisen, die direktive und die nicht-direktive Spieltherapie. Bei der direktiven Spieltherapie übernimmt der Experte oder die Expertin die Verantwortung, es werden Anforderungen gestellt, die Führung

und Interpretation liegt ebenfalls bei den Experten und Expertinnen. Im nicht-direktiven Spiel hat das Kind die Verantwortung und Führung inne (vgl. ebd., S. 13).

In der Spieltherapie kann das Kind, innerhalb eines geschützten Raumes Erfahrungen sammeln, sich ausprobieren, sich äußern und wird als eigenständige Person ernst genommen. Unter günstigen Bedingungen sind Wachstum und Reifung wahrscheinlich. Die Experten und Expertinnen berücksichtigen den jeweiligen Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen. Ebenso sind Geschwindigkeit und Anzahl der Veränderungen von der Verarbeitung der erlebten Erfahrungen, der Haltung, den Emotionen sowie den Gedanken individuell abhängig. Zudem ist Axline der Annahme, dass jeder Mensch die Fähigkeit besitzt, Probleme für sich selbst zufriedenstellend zu lösen und darüber hinaus einem Reifungsimpuls unterliegt. Demnach wird ihm ermöglicht, zwischen Verhaltensweisen zu entscheiden und reifes Verhalten als befriedigend zu erleben und unreifes Verhalten sukzessiv zu unterlassen. Das Spiel als natürliches Medium bietet den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, akkumulierte Emotionen darzustellen, sie lernen sich ihnen zu stellen, mit ihnen umzugehen oder sie zu verwerfen. Durch erreichbare Entlastung psychischen Drucks entdeckt das Kind die Fähigkeit, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein, selbständig zu denken, zu entscheiden, zu reifen und ebendeshalb Selbstverwirklichung zu erleben (vgl. Axline, 2016, S. 18 f).

Im Rahmen der nicht-direktiven Spieltherapie bestimmt das Kind selbst, ohne von Anderen beeinflusst zu werden. Das Kind wird akzeptiert wie es ist. Vorschläge, Regeln oder Zurechtweisungen fallen weg. Die Erwachsenen nehmen eine Haltung des Gewährenlassens ein. Dem Kind wird eine Perspektive eröffnet, dem es sich unabhängig, zielbewusst und zu eigenständigen Entscheidungen fähig stellen kann. Die erlebte Sicherheit führt zunehmend zu mutigeren Versuchen, sich selbst auszuprobieren. Das Kind spiegelt seine Gefühlswelt im Spiel. Durch die Therapie entfaltet das Kind sein Selbst und kann sich selbst verwirklichen. Des Weiteren sind innerhalb der Spieltherapie stets Entwicklungsfortschritte beim Kind zu beobachten. Geht man davon aus, dass dieses Streben nach Selbstverwirklichung ebenso unangemessene Verhaltensweisen provoziert, werden während der Therapie Gelegenheiten geschaffen, diese Energie positiv sowie konstruktiv zu nutzen. Das Kind kann Probleme für sich selbst lösen und übernimmt somit für sich Verantwortung. Das Wichtigste an dieser therapeutischen Haltung ist es, das Kind so anzunehmen wie es ist, einschließlich der Fähigkeit selbst zu entscheiden, nebst der Achtung vor dem Kind als ein denkender, unabhängiger und konstruktiver Mensch. Die Spieltherapie beruht auf einer positiven

Einstellung gegenüber intrinsischen Fähigkeiten des Individuums. Deutungsversuche werden vermieden bzw. keine konkreten Fragen gestellt. Das Kind thematisiert seine Probleme zur gegebenen Zeit (vgl. Axline, 2016, S. 19 ff).

Die nicht-direktive Spieltherapie ist ebenfalls im Gruppensetting durchführbar. Hier kommt die Beobachtung der Reaktion untereinander hinzu, gegenseitig auf Gefühle anderer Kinder und Jugendliche Rücksicht zu nehmen, sowie die Auswertung der Interaktion miteinander. Welche Therapieform effizienter ist, hängt vom Individuum ab. Bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten ist eine Gruppentherapie erfolgversprechender, bei tiefgreifenden emotionalen Problemen ist Einzelsetting angebracht, bestenfalls werden dem Kind beide Optionen angeboten (vgl. ebd., S.26). Die nicht-direktive Spieltherapie ist letztlich eine Haltung des Experten bzw. der Expertin, die auf der Technik der lösungsorientierten Beratung nach Rogers beruht. Ist diese Grundhaltung bei dem Experten bzw. der Expertin zutreffend, also das Individuum anzunehmen, wird der Person die bestmögliche Art und Weise gegeben, sich selbst zu verwirklichen und als ganzheitliche Persönlichkeit existieren zu können (vgl. Axline, 2016, S. 27). Daher kann man davon ausgehen, dass diese Therapieform für alle Altersgruppen geeignet ist. Um diese Haltung zu verdeutlichen lassen sich abschließend die Grundprinzipien nach Axline in acht Punkten zusammenfassen:

1. respektvolle Beziehung zu Klienten*in ermöglicht positiven Kontakt
2. ganzheitliche Akzeptanz
3. Schaffen einer wohlwollenden, gewährenden Atmosphäre, um Gefühle frei und ungehemmt auszudrücken
4. aufmerksames Beobachten, reflektierendes Verhalten zum Erkenntnisgewinn
5. Achtung und Wertschätzung eigener Problemlösestrategien, Gelegenheiten bieten eine Wahl bzgl. der Verhaltensweisen treffen zu können
6. Nicht Beeinflussen! Klient*in signalisiert die Richtung
7. individuelles Tempo akzeptieren, nicht beschleunigen
8. Grenzsetzung nur wenn notwendig, z.B. um Beziehung zu verdeutlichen, Realität beziehen (vgl. Axline, 2016, S. 66)

Die klientenzentrierte Spieltherapie hat sich aus der nicht-direktiven Spieltherapie nach Axline entwickelt. Sie enthält Elemente der personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers (*08.01.1902 †04.02.1987) mit den Grundprinzipien (Selbst-) Kongruenz, Wertschätzung und Empathie. Innerhalb der Therapie mit Kindern ist die therapeutische Handlung zielorientiert und umfasst verschiedene Methoden wie Verhaltensmodifikation, operantes Konditionieren, Stimuluskontrolle, Modelllernen, sowie kognitiv –

therapeutische Techniken, z.B. Feedback. Des Weiteren wird das Prinzip „Reflexion der Gefühle“ von Axline ergänzt. Im Mittelpunkt der Therapie steht jedoch die Haltung bzw. das therapeutische Handeln zur Beziehungsgestaltung. Das therapeutische Medium ist das Handeln im Spiel. Entscheidend ist das nonverbale Verhalten des Therapeuten oder der Therapeutin. Durch gezielte nonverbale Interaktion ist Verstärkung des Zielverhaltens sowie interpersonale Distanz realisierbar (vgl. von Aster, 1981, S. 103 ff).

Die entscheidende Konzeptualisierung im personenzentrierten Ansatz nach Rogers ist das Beziehungsangebot, das der Therapeut bzw. die Therapeutin dem Klienten oder der Klientin macht. Dieser Ansatz versteht sich als phänomenologische Position, das bedeutet, dass vorurteilsfrei von den Dingen an sich auszugehen ist. Äußerungen der Kinder und Jugendlichen werden in Bezug auf ihre subjektive Wahrnehmung akzeptiert (vgl. Weinberger, 2007, S. 23 ff). Emotionale Probleme entstehen aus zahlreichen Rahmenbedingungen. Als weiterführende exemplarische Darstellung aus der Praxis ist die personenzentrierte Spielpsychotherapie in der Frühförderung von Klingshirn oder personenzentriertes Begleiten in der Heilpädagogik von Kumberger zu empfehlen (vgl. Weinberger, 2007, S. 255 ff).

3.2 Spieltherapie nach dem psychodynamischen Ansatz

Betrachtet man das kindliche Spiel und seine Entwicklung aus psychoanalytischer Perspektive, erfolgt der sofortige Verweis auf Sigmund Freud (*1856 †1939), der das „Lustprinzip“ als Gegenstand einer Ersatzbefriedigung im ES verortete. Im Spiel können Konflikte durch Fantasie außer Kraft gesetzt und eigene Lösungen entworfen werden. Kinder verarbeiten im Spiel Erfahrungen und üben Bewältigungsstrategien (vgl. Huber, 2017, S. 27 ff). Anna Freud (*1895 †1982), Tochter des Psychoanalytikers Sigmund Freud, war ebenfalls Psychoanalytikerin und setzte das Lebenswerk ihres Vaters fort. Sie wollte das Spiel benutzen, um Reaktionsweisen des Kindes kennenzulernen und Fertigkeiten zu beobachten, jedoch ging Anna Freud davon aus, dass die Spielhandlung nicht als Äquivalent zur freien Assoziation zu sehen ist (vgl. Fend – Engelmann, 1984, S. 61). Im Gegensatz zur nicht-direktiven Spieltherapie werden hier zielorientiert Fragen gestellt und Verhaltensweisen bzw. spielerische Darstellungen der Konflikte der Kinder analysiert und Optionen zur Bearbeitung geschaffen. Die Psychoanalyse vermutet einen Konflikt der menschlichen Persönlichkeit zwischen angeborenen Trieben, eigenen Wünschen und Bedürfnissen gegenüber den Anforderungen und Verhaltenserwartungen der Umwelt bzw. des sozialen Umfeldes. Die Folge dessen sind verschiedene Ausprägungen und Neigungen, psychisch zu

erkranken oder zumindest eine Form des Ungleichgewichtes innerhalb sozialen Gefüges wahrzunehmen und darauf mehr oder weniger unangemessen zu reagieren. Oftmals sind konstitutionelle Gegebenheiten geringfügig zu beeinflussen, daher bietet die Psychoanalyse gesichertes Wissen, welche Umgangsweisen mit Gefühlen und Bedürfnissen die Kinder und Jugendliche in der Entwicklung benötigen, um sie dahingehend ausreichend zu fördern (vgl. Freud, 1987, S. 1861).

Trotz vielseitiger Bemühungen lassen sich seelische Verletzungen, die durch Zusammenwirken von vielfältigsten inneren und äußeren Faktoren verursacht werden, nicht gänzlich ausschließen oder vermeiden. Einige haben ihren Ursprung in der Sozialisation, andere ergeben sich innerhalb der Entwicklung. Analytiker gehen davon aus, dass das Leben in chronologischen Stufen erfolgt, die es mit psychoanalytischem Wissen innerhalb des pädagogischen Denkens zu bewältigen gilt. (vgl. ebd., S. 1862)

Die besondere Stärke des psychoanalytischen Ansatzes ist die Betonung der Einzigartigkeit der Lebensgeschichte der Individuen, mit deren Hilfe die Persönlichkeit und Funktion des Menschen erfasst werden kann. Zudem sind die diesbezüglichen Forschungen in Richtung soziale und emotionale Entwicklung, das Bindungsverhalten in der Eltern – Kind – Beziehung, Methoden der Kindererziehung, Geschlechterrollen und Identität bei Jugendlichen forcierend (vgl. Berk, 2005, S. 21).

Die Psychoanalytikerinnen A. Anzieu, C. Anzieu – Premmereur und S. Daymas setzten die Auseinandersetzung des Spielens als Technik für Kinderpsychotherapie fort und erörterten spezifische und theoretische und behandlingstechnische Fragen. Sie sehen das Spiel als eine grundlegende, nicht an ein Alter gebundene Fähigkeit. Diese ermöglicht es, Fähigkeiten, die (noch) nicht entwickelt oder als Folge einer Belastungsreaktion verloren gegangen sind, im Rahmen einer therapeutischen Behandlung (wieder) herstellen zu können. Anders als Freud vertrat Melanie Klein die These, dass das Spielen des Kindes der freien Assoziation entspreche, und beschrieb eine neue Technik im Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Sie arbeitete ohne Erziehungs- und Heilungsziele auf symptomatischer Ebene, sie verfolgte das Ziel, durch die Übertragung im Spiel an die Ursache des problematischen Prozesses heranzukommen. Donald Winnicott erweiterte - unter dem Einfluss der bis dahin bekannten Theorien von Freud und Klein – das Spiel als ein Ort der Realitätserfahrung, und betonte die Bedeutsamkeit der Haltung des Experten bzw. der Expertin (vgl. Anzieu/ Anzieu – Premmereur/ Daymas, 2006, S. 23 f).

Das Spiel in der Kinderpsychotherapie bis zum 5.Lebensjahr benötigt wenig Material, Kinder nehmen sich die verfügbaren Objekte um ihre Welt im Spiel zu

projektieren, zu viel Material würde ablenken oder das Kind möglicherweise überfordern. Wichtig ist, dass im therapeutischen Setting immer dasselbe Material an der selben Stelle zu finden ist. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass nicht jedes Kind automatisch spielt, dann besteht die Behandlung zunächst in der Begleitung zur Spielfähigkeit. Der Wiederholungsmechanismus bietet dem Kind Sicherheit und es entwickelt Spielfreude, dazu kommt das Interesse an der eigenen psychischen Funktionsweise, so wird die Tendenz gefördert, das Erlebte im Spiel zu wiederholen. Die im Spiel konkrete Darstellung von begehrten Objekten und aktuellen Wahrnehmungen zeigen, dass das Kind zur Repräsentation bereit ist, auch wenn es möglicherweise von der Besetzung der Eltern abweicht. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nimmt das Spiel einen zentralen Platz ein, da es Repräsentations- und Symbolisierungsprozesse unterstützt (vgl. ebd., S.51 ff). Ist dies erforderlich, kann die Therapie gemeinsam zwischen Eltern und Kind stattfinden. Gelingt es der Bezugsperson nicht, mit dem Baby bzw. Kleinkind zu spielen, gehen Analytiker davon aus, dass Autoerotismus, also die eigenständige Triebbefriedigung, sowie die Subjektwerdung des Kindes gefährdet ist. Besonders wichtig bei diesem Austausch ist der Blickkontakt, um eine Vorstellung dafür zu bekommen, was er für den Anderen ist. Fehlt solch Interaktionsgeschehen kann dies negative Auswirkungen auf die Eltern – Kind – Bindung haben, sowie in der Darstellung dessen im Spiel. Bei der Arbeit mit den Eltern gemeinsam mit dem Kind ist es erforderlich, verschiedene individuelle Spielsituationen anzubieten, z.B. der Experte bzw. die Expertin stellt Raum und Material zur Verfügung und nimmt eine Beobachterrolle ein, begleitet die Eltern und das Spiel und unterstützt Beziehungsprozesse, der Experte bzw. die Expertin ist Spielpartner*in des Kindes im Beisein der Eltern, oder es werden gemeinsame Spielsituationen initiiert. Diese Spielsituationen ergeben sich aus der Zielsetzung in der Therapie (vgl. ebd., S. 62 ff).

Das Spiel mit Kindern im Alter zwischen fünf und zehn Jahren entspricht beinahe einer Vorführung, psychische Vorgänge, Emotionen und Beziehungen werden szenisch dargestellt und der Experte bzw. die Expertin ist das Publikum. Im Regelfall ist in dieser Phase eine rasante Entwicklung zu beobachten. Bei den Kindern, die in dieser Altersspanne eine Therapie aufsuchen (bzw. vom Umfeld zur Therapie gebeten werden), ist meist zu eine verzögerte Entwicklung beobachtbar. Frühere Entwicklungsphasen wurden noch nicht abgeschlossen, sodass das Kind in auslösenden Situationen regressiv reagiert, also auf eine frühere Entwicklungsstufe zurück verfallen. Das Kind spielt dann, als wäre es jünger (vgl. ebd., S. 111 ff). Dieses Phänomen ist ebenso in der Pubertät ersichtlich, jedoch ist das Spielverhalten im Jugendalter zwischen 11 bis 18 Jahren,

wahrscheinlich noch darüber hinaus, oftmals deutlich schambesetzt, sodass ein besonders sensibles Eingehen des Experten bzw. der Expertin notwendig ist. Der Unterschied zum kindlichen Spiel liegt lediglich in der Mitwirkung des Ichs der Jugendlichen. In diesem Alter ist dem Individuum bewusst, dass die angebotene Fiktion die eigene Person betrifft. In der Therapie werden Themen vorgeschlagen, der Zweck des Spieles wird soweit notwendig transparent gemacht und die Jugendlichen entscheiden sich bewusst zu Spielen. Es wird vermutet, dass jedes Individuum als Kind verinnerlicht hat, dass das Spiel als eine mögliche konfliktfreie Lösung und somit zur Bewältigung eines belastenden Erlebnisses dient. Kooperiert die betreffende Person sind sowohl Entwicklungs- als auch Identifizierungsprozesse möglich (vgl. ebd, S. 123 ff).

4 Spieltherapie bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen

Das menschliche Gehirn ist in der Lage zeitlebens Neues zu lernen. Am Besten gelingt das in einer sicheren Atmosphäre, die es ermöglicht, frei zu denken und zu handeln. Dann ist es möglich, eigene Fähigkeiten zu entdecken, zu erproben und zu entwickeln. Das Spiel bietet jedem Individuum die Möglichkeit, sich innerhalb der Regeln frei zu fühlen, kreative Potenziale zu entfalten, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu ergänzen, Wissen und Können zu erweitern und sich somit spielerisch weiter zu entwickeln. Die Spielregeln bedeuten hierbei Sicherheit, da es für alle gilt, diese Regeln einzuhalten (vgl. Hüther/ Quarch, 2018, S. 7 ff).

Die Spieltherapie richtet sich an Kinder und Jugendliche, welche Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung des jeweiligen Interaktionsangebotes im Umgang mit Gleichaltrigen, Erwachsenen und/oder in Gruppen haben. In therapeutisch aufbereiteten Spielzimmern bekommen die Kinder und Jugendlichen einen geschützten Rahmen, um Erfahrungen im Spiel auszudrücken, Neues auszuprobieren und dadurch ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Sie werden dabei begleitet, sich miteinander spielend zu erleben, zu handeln und zu lernen. In verschiedenen pädagogischen Settings spielen sogenannte verhaltenstherapeutische Maßnahmen eine Rolle. Einige strukturelle Merkmale und Methoden überschneiden sich, da diese auf den Prinzipien der Lerntheorie beruhen und eine gezielte Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhalten anstreben. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen, wird an dieser Stelle die Methode des Rollenspiels betrachtet. In nahezu allen einschlägigen Fachbüchern zum Erwerb sozialer Kompetenzen ist das Rollenspiel die Interventionsmethode erster Wahl. Es ermöglicht

das Einüben von sozial kompetenten Verhaltensweisen und erleichtert die Übertragung in den Alltag. Durch Rollentausch und dem damit verbundenen Perspektivwechsel können neue Einsichten vermittelt, die Wirkung verschiedener Verhaltensweisen erlebbar gemacht und die Motivation zur Verhaltensmodifikation gefördert werden. Die Struktur von Rollenspielen als zielorientierte Methode beinhaltet stets denselben Ablauf: die vorgegebene Situation wird besprochen und mögliche Verhaltensweisen thematisiert; die Rollen werden verteilt; die Situation mit den erarbeiteten Verhaltensweisen werden dargestellt; das Spiel wird nach dem Rollentausch wiederholt. Das Rollenspiel wird reflektiert und Ablauf, Erkenntnisse und Erfahrungen besprochen, evtl. werden einzelne Sequenzen wiederholt und erneut reflektiert. Die gängige Praxis nutzt zudem die Hausaufgabentechnik, indem zukünftige Situationen mit dem Auftrag verknüpft werden, die erwünschten Verhaltensweisen anzuwenden, die in dem Rollenspiel erprobt wurden, um die Übertragung in den Alltag zu gewährleisten (vgl. Petermann/ Krummrich, 2009, S. 960 ff).

Innerhalb der Spieltherapie können ebenfalls sogenannte familientherapeutische Ansätze integriert sein. Man geht davon aus, dass jedes individuelle Verhalten ein Teilaspekt eines übergeordneten Systems ist und daher auch individuelle Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen innerhalb des Systems, z.B. der Familie, sich wechselseitig beeinflussen. Um das Verhalten und Erleben eines Mitgliedes verstehen und erklären zu können, ist es wichtig, die Lebensumstände dieser Person, aber auch die Verhaltens- und Erlebensmuster der wichtigsten Bezugspersonen zu beachten. So ermöglicht die Spieltherapie die Verbesserung der Eltern – Kind – Interaktion. Dabei wird das individuelle Entwicklungsalter des Kindes oder Jugendlichen betrachtet und nach Altersgruppe unterschieden. Bei den Kindern geht es hauptsächlich um die Elternarbeit, die Erziehungskompetenzen zu verbessern, z.B. durch Kennenlernen altersentsprechender Entwicklungsaufgaben, aber auch das Einüben von Grundprinzipien wie konsequentes Erziehungsverhalten, der Verhaltenssteuerung sowie -modifikation. Bei Jugendlichen geht es überwiegend um die Verbesserung der Kommunikation, um gemeinsam an Problemlösungen zu arbeiten und dysfunktionale Beziehungserwartungen zu verändern (vgl. Mattejat, 2009, S. 279 ff).

Neben den von Rogers abgeleiteten Bedingungen zur Beziehungsgestaltung: der Empathie, die unbedingte Wertschätzung und der Echtheit/ Kongruenz, ist es in der Spieltherapie wichtig, aktuelle Themen und Spielideen der Kinder und Jugendlichen zu erkennen und aufzugreifen, sowie die Aktualisierungstendenz zu beachten. Die Kinder bzw. die Jugendlichen werden da abgeholt, wo sie stehen. Das Spiel ist an der Ent-

wicklungsstufe zu orientieren, nicht am Alter. Es werden verschiedene Materialien angeboten, da die Arbeit auf phänomenologischer Basis geschieht, das heißt, der Therapeut bzw. die Therapeutin beobachtet und nimmt wahr, deutet jedoch nicht. Zu den differenziellen Spielangeboten gehören u.A. Malen, Puppenspiel, Rollenspiel, Märchen und Geschichten. Des Weiteren sind Rituale und konsequente Absprachen sehr bedeutsam, sie geben Halt, Orientierung, Sicherheit und strukturieren die Zeit. Die Spieltherapie bietet Gelegenheiten eine emotional korrigierende Beziehungserfahrung zu machen, verdrängte Aspekte von Erlebnisse und wahrzunehmen und in das Selbstbild zu integrieren, sich selbst besser zu verstehen, eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen, Selbstwirksamkeit zu erleben, aufgeschlossener für neue Erfahrungen zu werden, dysfunktionale Verhaltensweisen zu korrigieren und Alternativen auszuprobieren, sowie Entwicklungsschritte nachzuholen und Kompetenzen nutzen zu können. Zudem können problematische Erfahrungen, z.B. ungünstige Bindungsmuster kompensiert werden. Erlerntes Sozialverhalten wirkt sich nachhaltig auf das Anpassungsvermögen im Verlauf der weiteren Entwicklung aus (vgl. Weinberger, 2007, S. 120 ff).

Zusammengefasst soll Spieltherapie Experten und Expertinnen dazu befähigen, Spiele anregen zu können, um Kinder oder Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten psychisch zu entlasten, indem ihnen allgemeingültige Einsichten zugänglich gemacht werden. Geht man davon aus, dass Defizite der Verhaltensweisen die nach Lebensalter und Entwicklungsstand vorhanden sein sollten, daher entstehen, dass es an Gelegenheiten zu üben gefehlt hat, entsteht die Schlussfolgerung, dem Individuum Möglichkeiten zu schaffen, Defizite aufzuholen (vgl. Fend – Engelmann, 1984, S. 23 ff).

Spiel wird als pädagogische und entwicklungspsychologische Notwendigkeit gesehen, insbesondere wenn Verhaltensweisen nicht altersentsprechend ausgebildet sind. Zum Einen wird eine entsprechende Normvorstellung eines dem Alter entsprechenden zu erwartenden Spielverhalten impliziert, zum Anderen kann eine mangelnde Spielfähigkeit als Anzeichen von Verhaltensauffälligkeiten interpretiert werden. Insoweit wäre es erforderlich eine Übersicht altersspezifischer spielerischer Aktivitäten und dazu die Einstufung adäquater Sozialverhaltensweisen zu erstellen, um dann Abweichungen feststellen zu können und Defizite zielgerichtet spielerisch aufzuarbeiten. Alle Probleme, die das Individuum hat, können ins Spiel einbezogen werden. Als wesentlich ist anzumerken, dass das Individuum an seiner persönlichen Entwicklungsstufe abgeholt wird ohne dass diese dem tatsächlichen Alter entsprechend sein muss. Spiel soll einen geschützten Rahmen schaffen, in dem sich die Kinder oder die Jugendlichen so wie sie sind entfalten und verwirklichen können, Erfahrungen

thematizieren, Probleme abbauen, Herausforderungen erproben und sich letztendlich entwickeln (vgl. ebd., S.26 ff). Schmidtchen erstellte 1978 ein Diagramm, aus dem hervorgeht, in welcher Entwicklungsstufe welche Spielform am häufigsten vertreten ist. Z.B. hat das Konstruktionsspiel bei ca. 7 Jährigen seinen Höhepunkt, das Wiederholungsspiel ist bei Kindern bis 3 Jahre beliebt, sinkt dann jedoch rasch ab, das Imitationsspiel als vorrangiges Spiel der 3 bis 6 Jährigen, das im Alter von 8 Jahren einen erneuten Aufschwung hat, und das Gruppierungsspiel, das mit zunehmendem Alter auch stetig an Bedeutsamkeit zunimmt (vgl. Schmidtchen, 1978, zitiert nach Fend-Engelmann, 1984, S.38). In den dazugehörigen empirischen Untersuchungen ging ebenfalls hervor, dass Kinder und Jugendliche immer auf die einfacheren Spielformen zurückgreifen, wenn subjektiv Notwendigkeit bestand. Zugleich benutzt es diese Spielform als Grundlage, sich komplexeren Spielmöglichkeiten zu stellen. Dabei ist das Rollenspiel die Spielform, bei dem die meisten Voraussetzungen notwendig sind, z.B. genaue Beobachtung, Imitation, Fantasie und Wissen. Im Anhang ist dazu eine Tabelle zum ontogenetischen Aspekt des Spiels (vgl. ebd., S. 38 ff).

Das Spiel weist einige besondere Aspekte auf, z.B. betont es die Individualität jedes Einzelnen und fördert dennoch das soziale Miteinander, das wiederum ein bestimmtes Verständnis in Strukturzusammenhänge voraussetzt. Somit weist das Spiel den Charakter einer Vorübung für die Realität auf. Schon Piaget beschrieb den Zusammenhang zwischen Spiel und kognitiver Entwicklung. Er verglich den kindlichen Spielentwicklungsstand als Merkmal für die kindliche Entwicklung (siehe 1.1). Piaget benennt drei Spielformen als wesentliche Anzeichen, um den erreichten kognitiven Entwicklungsstand zu reflektieren. Somit ist jede Spielform als eine Phase der Spielentwicklung zu sehen (siehe dazu auch die Tabelle in Kapitel 3). Übungsspiele, die vorherrschende Spielform der ersten drei Lebensjahre, die mit monotonen Beschäftigen und Erkunden einzelner Gegenstände beginnen und mit Erweiterung des Aktionsradius zu Handlungen und Umgang mit komplexeren Dingen führt. Das Symbolspiel, im zweiten bis vierten Lebensjahr setzt die Fähigkeit zum symbolischen Denken voraus, in der das Kind, z.B. durch Nachahmung eine Rolle übernimmt und mit dazu gehörigen Aktivitäten in Form von Spielhandlungen verbindet. Zunächst werden Objekte zu Symbolträgern gemacht, im Verlauf werden Symbolhandlungen komplexer und stärken das Vorstellungsvermögen des Kindes. Durch fortschreitende Minderung der Abhängigkeit von der Umwelt ergeben sich daraus Hinweise auf differenzierte, kognitive Prozesse, wozu auch der Erwerb der Sprache gehört, welche ebenfalls als Symbolfunktion dient. Die dritte Phase der Spielentwicklung und der entsprechenden

kognitiven Entwicklung sieht Piaget im Regelspiel, welches das Zusammenspiel mehrerer Kinder involviert. Durch die Einhaltung der Spielregeln ist das Kind angehalten, die Situation der Mitspieler*innen zu antizipieren, also vorwegzunehmen und somit eine gewisse soziale und intellektuelle Reife zu entwickeln (vgl. ebd., S. 42 ff).

Das kindliche Spiel sollte unbedingt als ein Bestandteil der Entwicklung toleriert werden. Dazu gehört die Bereitstellung altersangemessener Spielmöglichkeiten und Materialien sowie das Mitwirken der Erwachsenen. Es ist wichtig, dass das Kind zunächst spielerisch seine Umwelt erlebt. Positives Anerkennen von Handlungen und Resultaten wirkt positiv verstärkend. Die wohl wichtigste Spielform ist das nicht-direktive Spiel, das Freispiel, da die Intentionen des Kindes nahezu unbegrenzt sind. Bei gelenkten Spielen sind Ziele beschrieben, die es gilt, mit Hilfe didaktischer Methoden zu erreichen und Lernprozesse zu aktivieren. Infolgedessen ist die Spielentwicklung davon abhängig, welche Spielmöglichkeiten dem Kind gegeben werden und inwiefern soziales Spielen gefördert wird. Somit könnte die Entwicklung auch als gelernte Situation angesehen werden. Aus lerntheoretischer Sicht wird Verhalten durch Nichtbeachtung minimiert oder ganz unterlassen, so auch bei erwünschten Verhaltensweisen. Daher ist eine teilnehmende und unterstützende Einstellung zum Spiel erstrebenswert. Insbesondere bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen ist auf ein Kenntnismangel zu achten und ein möglicher Nachholbedarf einer zurückliegenden Entwicklungsstufe zu berücksichtigen. Es gilt also, ein Spielangebot zu schaffen, das dem festgestellten Entwicklungsniveau entspricht. Dafür ist Modelllernen in kleinen Gruppen empfehlenswert (vgl. Fend – Engelmann, 1984, S. 45 ff). Anna Freud ergänzte die Spieltherapie um den Aspekt, dass der Experte bzw. die Expertin eine Erzieherfunktion übernehmen muss, um dem Individuum ein „Ich – Ideal“ zu bieten. Dieses ist ein Aspekt des Über-Ich, das dabei hilft, zu analysieren und zu erziehen, zu gewähren oder zu verbieten. Zulliger wies darauf hin, dass das Spiel aus psychoanalytischer Sicht eine Möglichkeit der Konfliktbewältigung ist, daher ist direkte Deutung mit Vorsicht anzuwenden. Fühle sich das Kind in einer bestimmten Situation ohnmächtig und kann Emotionen nicht beim eigentlichen Adressaten loswerden, verlagern sich diese auf andere Objekte. Dem Spiel wird eine Entlastungsfunktion zugeschrieben und bietet Alternativbefriedigung, z.B. Kompensation, Sublimation und Katharsis (=„Reinigung“). R. und A. Tausch (1973) entwickelten die von Rogers bzw. Axline entstammenden Konzepte weiter und ergänzte die acht Grundprinzipien: das freundliche Beziehungsverhältnis; das Akzeptieren und Respektieren; das Gewähren und Erlauben; das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen; die Achtung vor dem Kind; das Nicht – Lenken; das Nicht-

Vorantreiben und das Begrenzen nur bei bestehender Notwendigkeit mit dem Prinzip der inneren Sicherheit (vgl. Tausch, 1973, zitiert nach Fend – Engelmann, 1984, S.90 ff). Der Experte bzw. die Expertin vermittelt durch eigene innere Geordnetheit und dem Glauben an die Fähigkeiten Sicherheit. Daraus ergibt sich die Haltung der Experten und Expertinnen: positive Wertschätzung und emotionale Wärme; Echtheit und Selbstkonzept (vgl. Fend – Engelmann, 1984, S. 81 ff). Die Spieltherapie unterstützt das Individuum, zu lernen und Fehlverhalten zu ändern. Demnach ist es Ziel der Spieltherapie, durch Verhaltensmodifikation Fehlverhalten und Verhaltensdefizite zu erkennen, abzubauen und fehlende Verhaltensweisen aufzubauen. Techniken der Verhaltensmodifikation umfassen wiederum Techniken des Konditionierens und Modelllernens, jedoch beinhalten sie stets spielerische Aspekte (vgl. ebd.,S.61 ff). Bereits Mitte des 20. Jahrhunderts wurden empirische Studien durchgeführt, die Effekte der Spieltherapie darstellten. Aus den wenigen vorliegenden Ergebnissen ließen sich jedoch positive Wirkungen erkennen, dass z.B. Verhaltensauffälligkeiten reduziert waren und Intelligenzleistungen signifikant gebessert haben (vgl. ebd.,S.91 ff).

Abschließend lässt sich resümieren, dass das Spiel für das Kind eine Auseinandersetzung mit seiner Umwelt bedeutet. Es ist davon auszugehen, dass es die Förderung der Entwicklung wesentlich beeinflusst. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass Kinder in ihrer gesamten Entwicklung beeinträchtigt werden, wenn sie nicht im Spielverhalten unterstützt werden. Das Spiel hilft, mittels bewussten Umgang mit vielfältigen Materialien und Spielmöglichkeiten sowie eine bewusste Beobachtung durch die Experten und Expertinnen Entwicklungsperspektiven zu eröffnen und soziale Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu psychischen Störungen vorzubeugen.

5 Fazit

Die Arbeit mit Kinder und Jugendlichen ist sehr bedeutsam. Es ist die meist beeinflussbare Lebensspanne und bildet die Grundlage für die gesamte Entwicklung. Insbesondere der Erwerb sozialer Kompetenzen ist entscheidend. In den letzten Jahren nahm die Inanspruchnahme der Hilfen zur Erziehung bzw. der psychotherapeutischen Behandlung in Kinder- und Jugendpsychiatrien stetig zu, da ca. jedes fünfte der Kinder und Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten zeigt. Diesen gilt es entgegenzuwirken. Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, Kinder und Jugendliche dahingehend zu unterstützen, problematische Verhaltensweisen zu unterlassen Für das Praxisfeld der Sozialen Arbeit bietet die Spieltherapie eine Möglichkeit, auf die Herausforderungen für

den Bereich Sozialpädagogik zu reagieren. Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Spieltherapie als eine Interventionsmöglichkeit, um soziale Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen zu fördern. Experten und Expertinnen beschreiben diese Therapie als Form der Beziehung, die überwiegend durch spielerisches Handeln definiert wird. Ein entscheidender Faktor ist hierbei die Haltung der Experten bzw. Expertinnen, die den Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten erschafft, selbstwirksam zu sein und Erfahrungen zu sammeln. Das Wichtigste an dieser Haltung ist, die Kinder und Jugendlichen so anzunehmen wie sie sind, einschließlich der Fähigkeit selbst zu entscheiden, sowie der Achtung vor den Kindern bzw. Jugendlichen als denkende, unabhängige und konstruktive Menschen.

Zu der Frage, wie Spieltherapie verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche unterstützen kann, soziale und emotionale Fähigkeiten zu erwerben, Defizite sozialer Fertigkeiten aufzuholen und soziale Kompetenzen zu erlangen, ist zu entgegnen, dass das Kind im Spiel lernt, sich mit seiner Umgebung auseinander zu setzen. Dafür benötigt das Gehirn verschiedene Anreize. Durch verschiedene Spielarten, z.B. Rollenspiele, Regelspiele, Symbolspiele usw. bieten sich eine Vielzahl von Methoden an, um Kinder und Jugendliche dahingehend zu unterstützen, zu lernen, sich zu entwickeln, aber auch Verhaltensdefizite aufzuholen oder Fehlverhalten zu verändern. Spieltherapie soll Experten und Expertinnen dazu befähigen, Spiele anregen zu können, um Kindern oder Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten psychisch zu entlasten. Ihnen werden allgemeingültige Einsichten zugänglich gemacht. In der Spieltherapie werden Kinder und Jugendliche befähigt, innerhalb eines geschützten Raumes, Erfahrungen zu sammeln, sich auszuprobieren, sich zu äußern, und als eigenständige Personen ernst genommen zu werden. Unter günstigen Bedingungen sind Wachstum und Reifung wahrscheinlich. Die Therapie berücksichtigt den jeweiligen Entwicklungsstand der betreffenden Personen, da dieser meist vom tatsächlichen Alter der Kinder oder Jugendlichen abweicht. Zudem ist davon auszugehen, dass Jugendliche, die Verhaltensauffälligkeiten aufzeigen, einen Nachholbedarf früherer Entwicklungsstufen aufweisen. Diese werden weitestgehend wiederholt und ermöglichen den Jugendlichen einen erfolgreichen Abschluss dieser Entwicklungsstufe. Das individuelle Tempo und Anzahl der Veränderungen, die Verarbeitung der erlebten Erfahrungen, den Emotionen sowie den Gedanken sind subjektiv. Um dies zu gewährleisten werden in der Spieltherapie die Entwicklungsmodelle beachtet, um zu berücksichtigen, welche pädagogischen Angebote die Kinder oder Jugendlichen aktuell dringend benötigen, wann Interventionen am effektivsten, nachhaltigsten und erfolgreichsten sind, wer unbedingt in eine Intervention einbezogen werden sollte

und unter welchen Bedingungen eine Maßnahme wiederholt werden muss. Unter Berücksichtigung des systemischen Ansatzes wird bestenfalls das soziale Umfeld in den therapeutischen Prozess einbezogen, da oftmals die Ursache von Verhaltensauffälligkeiten im System liegen. Veränderungen, die Kinder und Jugendliche betreffen, haben ebenso Auswirkungen auf das System, z.B. Familie, Schule. Lehnt dieses System Veränderungen ab, ist es wahrscheinlich, dass Kinder und Jugendliche bei dysfunktionalen Verhaltensweisen stagnieren bzw. rückläufig anwenden. Jedoch sind die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten verschieden. Es können sowohl biologische als auch Umweltfaktoren Hintergrund der problematischen Verhaltensweisen sein. Das Kindes- und Jugendalter ist die höchst beeinflussbare Zeitspanne im gesamten Leben. Kommt es in dieser Lebensphase zu Störungen kann dies Auswirkungen auf zukünftige Verhaltensweisen haben. Finden in dieser Phase Interventionen und entwicklungsfördernde Erziehung statt, hat dies positive Auswirkungen auf die weitere Entwicklung. Das Training sozialer Kompetenzen unterstützt dahingehend, umweltbezogene und persönliche Ressourcen verfügbar zu machen. Dies führt dazu, dass Personen, die über vielfältige soziale Kompetenzen verfügen oftmals eine höhere Anerkennung haben und auf vielseitige Bewältigungsstrategien bei Belastungen und Krisen zurückgreifen können. Letztlich ermöglichen soziale Kompetenzen ein zufriedenstellendes Zusammenleben. In der Spieltherapie bekommen Kinder und Jugendlichen einen geschützten Rahmen, um Erfahrungen im Spiel auszudrücken, Neues auszuprobieren und dadurch ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Sie werden dabei begleitet, sich miteinander spielend zu erleben, zu handeln und zu lernen. Ihnen wird ermöglicht, alternative Handlungsreaktionen sowie sozial erwünschte Verhaltensweisen auszuprobieren, ihr Handlungsrepertoire zu erweitern und Selbstverantwortung zu übernehmen.

Dabei gilt es jedoch kritisch zu betrachten, dass die Beurteilung und demzufolge die Bewertung von Verhaltensweisen durch Personen geschieht, deren Wahrnehmung subjektiv ist. Eigene Befindlichkeiten und Erwartungen beeinflussen die Beobachtung. Die Einstufung und Kategorisierung ist ebenfalls kritisch zu reflektieren und sollte nicht der Beurteilung, sondern der Unterstützung der Kinder und Jugendlichen dienen.

Um individuell und klientenzentriert soziales Kompetenztraining im Rahmen der Spieltherapie anbieten zu können, wäre ein übersichtliches Entwicklungsgitter- in Anlehnung z.B. an das von Kiphard entwickelte - zur Feststellung des aktuellen Standes sowie der zielorientierten Förderung der Kinder oder Jugendlichen wünschenswert. Deren Erarbeitung könnte Ziel einer Masterarbeit sein.

Literaturverzeichnis

- Anzieu, A./ Anzieu–Premmereur, C./ Daymas, S. (2006): Das Spiel in der Kinderpsychotherapie. Paris: edition diskord
- Arnegger, M. (2013): Soziale Arbeit und soziale Kompetenz In: soziale Arbeit (2013) Ausgabe 1, S. 9-17
- von Aster, S. (1981): Klientenzentrierte Spieltherapie In: Linden, M./ Hautzinger, M. u.A. (Hrsg.): Psychotherapie – Manual- Sammlung psychotherapeutischer Techniken und Einzelverfahren. Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer- Verlag, S. 103-106
- Axline, V. M. (2016): Kinder- Spieltherapie im nicht- direktiven Verfahren (11., neu gestaltete Auflage). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag
- Beck, N./ Cäsar, S./ Leonhardt, B. (2007): Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8-12 Jahren TSF (2. Auflage). Tübingen: dgvt – Verlag.
- Berk, L. E. (2005): Entwicklungspsychologie (3. aktualisierte Auflage) München: Pearson Education Deutschland GmbH
- Bronfenbrenner (1981) zitiert nach Diers, M. (2016): Resillienzförderung durch soziale Unterstützung von Lehrkräften. Wiesbaden: Springer- Verlag (siehe Internetbeitrag)
- Brüning, L. (2004): Erziehungsziel: Kooperation In: Pädagogik, 2004 (Ausg. 9) S.20-24
- Büchter, K. (2011): Sozialkompetenz In: Horn, P./ Kemnitz, H./ Marotzki, W./ Sandfuchs,U. (Hrsg.): Klinkhardt Lexikon Erziehungswissenschaft Band 3. Deutsche Nationalbibliothek
- Eisenberg, N. (2001) zitiert nach Petermann, F. (2002): Klinische Kinderpsychologie - das Konzept der sozialen Kompetenz In: Kanning, U. (Hrsg.): Zeitschrift für Psychologie, 113. Jahrgang (210. Band) Heft 4 (2002) Göttingen: Hogrefe- Verlag
- Esser, G./ Petermann, F.(2010): Entwicklungsdiagnostik – Kompendien Psychologische Diagnostik Band 13. Göttingen: Hogrefe- Verlag GmbH & Co. KG
- Ettrich, Ch./ Ettrich, K. U. (2006): Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Fend–Engelmann, E. (1984): Spielerziehung und Spieltherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. Hagen: Fernuniversität – Gesamthochschule/ Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften

- Freud, A. (1987): Die Schriften der Anna Freud Band VII 1956-1965 – Anwendung psychoanalytischen Wissen auf die Kindererziehung und andere Schriften. Frankfurt am Main: Fischer – Taschenbuch Verlag GmbH
- Fuchs-Heinritz, W. (2002): Zur Bedeutung des Altersnormen – Konzepts für die Jugendforschung In: Merckens, H./ Zinnecker, J. (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. Berlin/ Siegen: Leske + Budrich
- Heimlich, U. (2023): Einführung in die Spielpädagogik (4., aktualisierte Auflage). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt
- Hinsch, R./ Pfingsten, U. (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK (5. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag PVU
- Huber, C. (2017): Das kindliche Spiel und seine Bedeutung für das elementar-pädagogische Handeln. Berlin: LIT Verlag
- Hüther, G./ Quarch, Ch. (2018): Rettet das Spiel!- Weil Leben mehr als Funktionieren ist (6.Auflage). München: btb Verlag
- IFP Staatsinstitut für Frühpädagogik (Hrsg.) (2014): KOMPIK – Kompetenzen und Interessen von Kindern – eine Einführung – begleitendes Handbuch für pädagogische Fachkräfte. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Jungert, G./ Rehder, A./ Notz, P./ Petermann, F. (2002): Soziale Kompetenz für Jugendliche- Grundlagen, Training und Fortbildung (2.Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Kiphard, E. J. (2006) : Wie weit ist mein Kind entwickelt? Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung (12. Auflage). Dortmund: Verlag modernes lernen
- Kooijman, A.(2020): Kinder und Sozialkompetenz – Wie sie Kindern zu mehr Selbstbewusstsein und Sozialkompetenz verhelfen (4.Auflage). Essen: Drukkerij Controlmedia
- Löhmansröben, H./ Wex, P.(2009): Sozialkompetenzen - Wie lassen sie sich lehren und prüfen? In: Forschung & Lehre (2010) Band17 Heft 3,S.184-185
- Mattejat, F (2009): Familienintervention In: Schneider,S./ Margraf,J.(Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3 – Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Mock-Eibeck, A. (2020): KurzCheck Sozial-emotionale Entwicklung von Kindern; Hamburg: Verlag Handwerk und Technik GmbH

- Mogel, H. (1991) zitiert nach Weinberger, S. (2007): Kinder spielend helfen – Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (3.ergänzte Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Mogel, H. (1994): Psychologie des Kinderspiels (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer- Verlag
- Nestler, J./ Goldbeck, L. (2009): soziale Kompetenz- Training für lernbehinderte Jugendliche SOKO (1.Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag PVU
- Pauen, S. (Hrsg.) (2016): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter (4.Auflage).Berlin / Heidelberg: Springer- Verlag
- Pauen, S./ Vonderlin, E. (2009): Entwicklungspsychologische Grundlagen In: Schneider, S./ Margraf, J.(Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3 – Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Petermann, F. (2002): Klinische Kinderpsychologie - das Konzept der sozialen Kompetenz In: Kanning, U.(Hrsg.): Zeitschrift für Psychologie, 113. Jahrgang (210. Band) Heft 4 (2002) Göttingen: Hogrefe- Verlag, S. 175-185
- Petermann, F./ Damm, F. (2009): Entwicklungspsychopathologie In: Schneider, S./ Margraf, J.(Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3 – Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Petermann/ Niebank/ Scheithauer (2004) zitiert nach Diers, M. (2016): Resillienzförderung durch soziale Unterstützung von Lehrkräften. Wiesbaden: Springer-Verlag (siehe Internetbeitrag)
- Petermann, U./ Krummrich, M. Z. (2009): Verhaltenstherapie in der Pädagogik In: Schneider, S./ Margraf, J.(Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3 – Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Reinders, H. (2002): Entwicklungsaufgaben – Theoretische Positionen zu einem Klassiker In: Merkens, H./ Zinnecker, J. (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. Berlin/ Siegen: Leske + Budrich
- Reiser, H. (2011): Verhaltensstörungen In: Horn, P./ Kemnitz, H./ Marotzki, W./ Sandfuchs, U. (Hrsg.): Klinkhardt Lexikon Erziehungswissenschaft Band 3. Deutsche Nationalbibliothek

- Rose-Krasnor (1997) zitiert nach Petermann, F. (2002): Klinische Kinderpsychologie - das Konzept der sozialen Kompetenz In: Kanning, U.(Hrsg.): Zeitschrift für Psychologie, 113. Jahrgang (210. Band) Heft 4. Göttingen: Hogrefe- Verlag, S. 175-185
- Roth (1971) zitiert nach Wellhöfer, P. (2004): Schlüsselqualifikation Sozialkompetenz. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH
- Schiffer, M. (1969): Die therapeutische Spielgruppe. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Schmidtchen (1978) zitiert nach Fend-Engelmann (1984): Spielerziehung und Spieltherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. Hagen: Fernuniversität – Gesamthochschule/ Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften
- Schmidt, M. H. (2008): Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen In: Remschmidt, H./ Matzejat, F./ Warnke, A. (Hrsg.): Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart/ New York: Thieme Verlag
- Schneider, S./ Margraf, J. (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3 – Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Tausch, R. (1971) In: Axline, V. M. (2016): Kinder- Spieltherapie im nicht- direktiven Verfahren (11.,neu gestaltete Auflage).München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG
- Tausch (1973) zitiert nach Fend-Engelmann (1984): Spielerziehung und Spieltherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. Hagen: Fernuniversität – Gesamthochschule/ Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften
- Wegener-Spöhring, G. (2011) Spiel In: Horn, P./ Kemnitz, H./ Marotzki, W./ Sandfuchs, U. (Hrsg.): Klinkhardt Lexikon Erziehungswissenschaft Band 3. Deutsche Nationalbibliothek
- Weinberger, S. (2007): Kinder spielend helfen – Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (3. ergänzte Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Wellhöfer, P. (2004): Schlüsselqualifikation Sozialkompetenz. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH
- Weltzien, D. (2013): Das Spiel des Kindes. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder
- Zulliger (1951/1990) zitiert nach Weinberger, S. (2007): Kinder spielend helfen – Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (3.ergänzte Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag

Internetbeitrag:

Destatis₁: Hilfe zur Erziehung und Angebote der Jugendarbeit - Statistisches Bundesamt (destatis.de)

Destatis₂: Krankenhäuser in Deutschland – Statistisches Bundesamt (destatis.de)

Diers, M. (2016): Resillienzförderung durch soziale Unterstützung von Lehrkräften. Wiesbaden: Springer- Verlag URL: <https://docplayer.org/29021854-2-entwicklungspsychologische-grundlagen.html> [Stand: 21.01.2023/14:12]

Lohaus, A. / Vierhaus, M. (2019): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Springer- Verlag URL: https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/lohaus_a4_978-3-662-59191-8_leseprobe.pdf [Stand: 21.01.2023/14:13]

Schuhmacher, A. (2019): Verhaltensauffälligkeiten in der Kita URL: <https://www.herder.de/kindergarten-paedagogik/kindergartenalltag/verhaltensauffaelligkeiten/> [Stand 31.01.2023/18:09]

Vollmer, K. (2012): Spiel. In: Fachwörterbuch für Erzieherinnen und pädagogische Fachkräfte. Freiburg: Verlag Herder. URL: <https://www.herder.de/kiga-heute/fachbegriffe/spiel/> [Stand: 27.12.2022/13:32]

Anhang

1. Psychosoziales Entwicklungsgitter (0-4Jahre) nach Kiphard, 2006

Psychosoziales Entwicklungsgitter (0 bis 4 Jahre)	
S. Sozialkontakt	
4;0 Jahre (48 Monate)	(48) Bleibt nachts trocken
	(47) Gibt Süßigkeiten ab
	(46) Macht Kreisspiele mit
	(45) Spielt allein draußen
	(44) Sagt: »Ich hab' dich lieb«
3;6 Jahre (42 Monate)	(43) Hat spezielle Freunde
	(42) Unterbricht Lärm auf Bitten
	(41) Spielt gern mit anderen*
	(40) Macht gern etwas vor
	(39) Ist froh über neue Kleidung
3;0 Jahre (36 Monate)	(38) Stellt viele Fragen
	(37) Ist stolz über Lob
	(36) Spricht von sich als »ich«
	(35) Spielt gern Tierrollen
	(34) Führt gern Aufträge aus
2;6 Jahre (30 Monate)	(33) Bringt gern andere zum Lachen
	(32) Wartet, bis es dran ist
	(31) Ist eifersüchtig auf andere
	(30) Bleibt tagsüber sauber
	(29) Füttert Teddy oder Puppe
2;0 Jahre (24 Monate)	(28) Ist froh über neue Gerichte
	(27) Nennt sich beim Vornamen
	(26) Zeigt Zuneigung zu anderen
	(25) Hilft im Haushalt*
	(24) Sagt, wenn es etwas möchte
1;6 Jahre (18 Monate)	(23) Ahmt Fegen, Kochen nach*
	(22) Plappert beim Bildbesehen
	(21) Kann sinnvoll allein spielen
	(20) Kommt freudig entgegen
	(19) Drückt und streichelt Spieltier
1;0 Jahre (12 Monate)	(18) Zeigt sein Spielzeug her
	(17) Rollt Ball zurück*
	(16) Hilft beim Anziehen, holt Schuhe
	(15) Reagiert auf Handhinstrecken
	(14) Klatscht bei »backe Kuchen«*
0;6 Jahre (6 Monate)	(13) Macht »winke winke« nach*
	(12) Erwidert aktiv Zärtlichkeiten
	(11) Hält Ding bei Wegnahme fest*
	(10) Spielt mit Spiegelbild*
	(9) Reagiert auf Tuchversteckspiel*
	(8) Streckt Mutter Ärmchen entgegen
	(7) Lallt fröhlich in seinem Bett
	(6) Stoppt Weinen, wenn aufgenommen
	(5) Weint, wenn man weggeht
	(4) Kräht freudig, wenn Mutter kommt
	(3) Lutscht an Fingern und Handrücken
	(2) Lächelt die Mutter an*
	(1) Betatscht die Mutter
	Summe der Wertungen

Anmerkung: Die Alterswerte gelten für Spätentwickler. Etwa 90 Prozent der Kinder erfüllen die angegebenen Aufgaben. Die mit * bezeichneten Items sind statistisch gesichert.

2. Tabelle zum ontogenetischen Aspekt des Spiels

41

Ungefähres LA	Spielart	Spielmaterial	Spielhandlung	Spiel erleben	Autoren
0 bis 0;4	Funktionsspiel	Eigener Körper (Finger, Zehen)	Betasten, Bewegen, Explorieren	"Funktionslust", Neugier	GROOS (1899), BÜHLER/HETZER (1927)
	Experimentierspiele	Eigene Stimme (Lallen)	Wiederholungen	Stimulation	BÜHLER (1928)
	Hedonistische Spiele	Verschieden	Nicht geregelt	Freier Umgang	CHATEAU (1956)
ab 0;5	Erweitertes Funktionsspiel Experimentieren	Vielfältige Gegenstände, Körper des anderen Menschen	Anschauen, Anfassen, Verfolgen mit Blick, Betasten, Berühren, Beklopfen usw.	Funktionslust, Neugier, Freude	STERN (1914), BÜHLER (1928)
1;0 bis 2;0	Sensomotorische Übungsspiele	Gegenstände, z.B. nach Farbe, Form, Klang verschieden	Handelnder Umgang, unspezifische Materialbehandlung	"Vorläufer" einer "Kausalattribution"	PIAGET (1965), HECKHAUSEN (1964)
ab 2;0	Konstruktionsspiele	Einfaches Baumaterial, z.B. Papier, Farbstifte	Vorformen gezielter Materialbehandlung	Kind als Verursacher von "Werken"	BÜHLER/HETZER (1927), HECKHAUSEN (1964)
ca. 2;6 bis 3;6	Illusions- und Fiktionsspiele	Gegenstände der Welt (werden umgedeutet)	Einfache reproduktive Spiele ("Autofahren" "Lokfahren")	Freie, einfache Phantasiegestaltung	BÜHLER (1928), RUSSELL (1959)
ca. 3;0 bis 5;6	Rollenspiel (Form des Illusionsspiels)	Anfangs Puppe u.ä. Spielmaterial, später reale Spielpartner	Einfache und komplexe Gemeinschaftsspiele: (Mutter-Kind, Familie, Indianer, Versteck u.a.)	Situationsbewältigung, Freude, Kontakt erleben, Expansivität, Ich-Bewusstsein	BÜHLER/HETZER (1927), SCHMIDTCHEN (1978), TOLICIC (1963), KRAPPMANN (1971)
ab 6;0	Regelspiele	Verschiedene Materialien, (etwa vom Ball bis zu einfachen Karten- und Brettspielen)	Vorgehen nach "traditionierten" oder abgemachten Regeln, Laufen, Werfen, Zuspätschießen	Soziale Interaktion, Spielfreude, Wetteifer, Leistungsfreude	HETZER (1970) und (1971)
7;0 differenziert bis 12;0	Geplante Spiele als Regelspiele verschiedener Art, aber auch gelegentlich frühere Spielformen	Verschieden: Bälle, Seile, Bretter, Kästen, feststehendes Spielmaterial usw.	Partner und Gruppenspiele	Soziale Interaktion, Einüben von redlichem Spielverhalten (Moralaspekt)	HETZER (1970) und (1971), PIAGET (1965)

Abbildung 3: Tabelle zum ontogenetischen Aspekt des Spiels

Quelle: Fend – Engelmann: *Spielerziehung und Spieltherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen* (1984)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, dass ich sie zuvor an keiner anderen Hochschule und in keinem anderen Studiengang als Prüfungsleistung eingereicht habe und dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder aus anderweitigen fremden Äußerungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.