

**Zwischenbericht für die
Schweizerische Stiftung
für das cerebral gelähmte
Kind**

**Entfaltung
dynamischer Ganzheit**

**Wirkungsweisen einer spiel-
therapeutisch orientierten
Psychotherapie für mehr-
fach behinderte Kinder**



**Zwischenbericht für die
Schweizerische Stiftung für
das cerebral gelähmte Kind**

Entfaltung dynamischer Ganzheit

Wirkungsweisen einer
spieltherapeutisch orientierten
Psychotherapie für mehrfach
behinderte Kinder

**R. Mindell, M. Sc. Psychologist
& D. Zimmermann, M. Sc. Psychologist**

Zürich, Januar 2004

Inhaltsverzeichnis

1) Einführung	5
a) Zur Entstehung des Zwischenberichts	5
b) Veränderungen am Konzeptentwurf.....	5
2) Welche Anliegen verfolgt der SPKD?	6
a) Der SPKD als Gliedprojekt des <i>M.-L. von Franz Institutes for Studies in Synchronicity</i>	6
b) Das ursprüngliche psychoonkologische Pilotprojekt.....	6
c) Der heutige Auftrag des SPKD.....	6
d) Die Anliegen des SPKD in der psychotherapeutischen Arbeit.....	7
i) Das körperbehinderte Kind in der gängigen Psychotherapie.....	7
ii) Schwerpunkte: Therapie (Handeln) und Forschung (Theorie).....	7
3) Das Projekt zur Erforschung der „Entfaltung dynamischer Ganzheit in der seelischen Entwicklung mehrfachbehinderter Kinder“	8
a) Die Entstehung des Forschungsvorhabens.....	8
b) Ziele der heutigen Forschungstätigkeit.....	8
4) Grundlagen und methodisches Vorgehen	10
a) Was verstehen wir unter Therapie?.....	10
i) Interdisziplinäre Zusammenarbeit	10
ii) Anthropologisch-psychotherapeutischer Ansatz.....	10
b) Methodisches Vorgehen.....	11
i) Empirisch-regulative Zyklen in der Pilotphase: Zuerst die Beobachtung, dann die Theorie	11
ii) Auswertungsphase: Phänomenologisches Vorgehen	14
5) Auswertung der Forschungsergebnisse aus der Pilotphase	14
a) Einbettung der Befunde in einen theoretischen Hintergrund	14
i) Verwandtschaft zur Sensorischen Integration	14
ii) Förderung der selbstregulierenden psychischen Integration	15
b) Befunde aus der Pilotphase	16
i) Befund 1: Rigide strukturelle Blockaden.....	16
ii) Befund 2: Umwandlung blockierter Strukturen durch dynamische Selbstorganisation.....	17
iii) Befund 3: Spontaner Abbau sekundärer psychischer Symptome	17
c) Sichtbare psychische Auswirkungen der Befunde.....	18
i) Transformation blockierender Emotionen.....	18
ii) Selbstakzeptanz.....	18
iii) Flexibilisierung des Familiensystems	19
d) Parallel zur Therapie bemerkbare körperliche Auswirkungen	19
i) Integration und Selbständigkeit	19
6) Ausblick für das Jahr 2004	19
a) Fernziel	19
b) Ziele für das Jahr 2004.....	20
7) Anmerkungen	21
8) Bibliographie	26

Zusammenfassung:

Das körperbehinderte Kind erfährt in der gängigen und vergangenen Literatur und Klinik psychotherapeutischer Behandlung eine ausserordentliche Ignoranz. Untersuchungen zur Psychodynamik sind eine Seltenheit, und die Beschreibung von möglichen Methoden und Therapieansätzen sind fast vollständig der heilpädagogischen und medizinisch-rehabilitativen Disziplin überlassen worden. Aus diesem Grund sollen sowohl PsychotherapeutInnen als auch andere Fachpersonen für die spezifischen Besonderheiten und Entwicklungsgegebenheiten dieser Kinder mehr sensibilisiert werden: Damit möchten wir einen Beitrag zur Integration und Verbesserung der Lebensqualität körperbehinderter Menschen in unserer Gesellschaft leisten. Körperbehinderte Menschen haben wie alle Menschen ein Recht auf wertfreie Akzeptanz und auf soziale Begegnung jenseits von Leistungsbezogenheit und Zweckorientierung und somit auch ein Recht auf den Zugang zu psychotherapeutischer Betreuung.

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, die von uns entwickelte spezialisierte Psychotherapiemethode vorzustellen sowie einen Abriss der Befunde der bisherigen Auswertung von zehn Psychotherapieverläufen körperbehinderter Kinder darzulegen. Die zehn Kinder litten unter Cerebralparese, Spina Bifida, Paralyse (komplette und inkomplette Lähmung), Skoliose, Hydrocephalus oder angeborenem Herzfehler und wurden aufgrund diverser schwerwiegender psychischer Störungen mittels ambulanter Psychotherapie während einem durchschnittlichen Zeitraum von 1.5 Jahren betreut. Das durch halbstandardisierte Protokolle erfasste qualitative Datenmaterial der durchgeführten Therapien wurde im Jahr 2003 in Forschungsseminarien einer speziellen Inhaltsanalyse unterzogen, welche es erlaubt, in wissenschaftlich fundierter Weise aus empirisch erhobenen Datenmaterial Hypothesen über die seelischen Problematik und Beschaffenheit des Kindes zu erlangen.

Dieser Zwischenbericht führt über die Pilotphase des Projektes, in die Grundlagen unserer Einrichtung sowie in das methodische und theoretische Fundament unseres Forschungsprojektes ein. Ausserdem werden neue Wege in der psychotherapeutischen Betreuung körperbehinderter Kinder aufgezeigt, welche die seelische Genesung dieser Kinder fördern und intensivieren und somit einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität machen können. Da die detaillierte Darlegung des Fallmaterials der zehn Kinder aus der Pilotphase den Rahmen dieses Berichtes sprengt, beschränken wir uns auf eine möglichst knappe Darstellung der Befunde. Erst in der nächsten Phase des Forschungsprojektes ab 2004 ergänzen wir unsere theoretischen und methodischen Überlegungen aus dieser Arbeit mit der ausführlichen Darstellung des Fallmaterials von vier betreuten cerebral behinderten Kindern.

1) Einführung

a) Zur Entstehung des Zwischenberichts

Der vorliegende Bericht stellt den Abschluss der ersten Phase des Forschungsprojektes dar, welches im Spätherbst 2002 als Konzeptvorschlag der *Schweizerischen Stiftung für das cerebral gelähmte Kind (Stiftung Cerebral)* mit einem Gesuch um Mitfinanzierung vorgelegt wurde. Nachdem die *Stiftung Cerebral* ihre finanzielle Beteiligung zugesichert hatte, wurde das Konzept vervollständigt, bis es nun im Dezember 2003 mit Abschluss der Pilotphase in seiner endgültigen Fassung vorliegt. Ziel dieser Phase war

- nebst der Vervollständigung des Datenmaterials
- die Durchführung genügender empirischer Zyklen (siehe Kapitel 4, Methodisches Vorgehen), um aufgrund wiederholter Beobachtung zu vorläufigen Befunden zu gelangen.
- Diese wurden im Rahmen von Seminaren in Zusammenarbeit mit einer Reihe von neuen Fachleuten vorgestellt und diskutiert, so dass sie als Grundlage für die nächste Projektphase, die eigentliche Auswertung der Therapieverläufe, gelten können.

Die Befunde aus den Therapien von 10 körperbehinderten Kindern (im Alter von 7-13 Jahren; 3 Mädchen und 7 Jungen) werden in Kapitel 6 zusammengefasst. Die ausführliche Darlegung der Daten vier neuer Kinder (siehe Kapitel 7, Ausblick) in Verbindung mit den parallel auftretenden körperlichen Veränderungen wird Sache der nächsten Projektphase im Jahr 2004 sein. Abschluss dieses Schrittes wird die Veröffentlichung eines Forschungsberichtes bilden.

b) Veränderungen am Konzeptentwurf

Im Vergleich zum ursprünglichen Forschungsentwurf beschlossen wir für das Jahr 2003, eine letzte kontrollierte Pilotphase durchzuführen. Der Zweck dieser Pilotphase war es, die Therapieverläufe von zehn bereits betreuten körperbehinderten Kindern zu erfassen. Aufgrund der gemachten Erfahrungen musste das Arbeitsteam angepasst und interdisziplinär erweitert werden, um die empirischen Befunde einem vorläufigen Verständnis zugänglich zu machen. Das Forschungsteam setzt sich heute deshalb folgendermassen zusammen: eine Konsiliarpsychiaterin, zwei PsychotherapeutInnen SPV, drei PsychologInnen FSP, eine dipl. Heilpädagogin, eine dipl. Ergotherapeutin, ein dipl. Mikrobiologe, ein Dr. rer. nat. Chemiker und ein Dr. rer. nat. Physiker (als Berater in Sachen Naturwissenschaften) sowie zwei administrative ForschungsassistentInnen. In

unterschiedlichen Zusammensetzungen wurde während und ausserhalb der Forschungsseminaren in Form von Gruppen und Kleingruppen gearbeitet.

Dieser Zwischenbericht legt sein Gewicht auf die Beschreibung komplexer methodischer und theoretischer Überlegungen und Befunde, um damit dem heute gängigen Anspruch nach anerkanntem wissenschaftlichem Vorgehen in der qualitativen Forschung gerecht zu werden. Forschung bedingt ein theoretisches Fundament, welches erst durch ihre Bewährung in der Praxis verständlich nachvollziehbar wird. Eine vollständige Untersuchung muss also sowohl der Theorie als auch der Praxis gerecht werden. Beiden Ansprüchen in diesem Zwischenbericht nachzukommen, würde leider den dafür vorhandenen Rahmen sprengen. Deshalb werden wir die ausführliche Darstellung des praktischen Materials erst im folgenden Jahr vorlegen. Wir möchten jedoch betonen, dass unsere Überlegungen (wie sichtbar werden wird) auf dem Boden praktischer Erfahrung entstanden sind.

2) Welche Anliegen verfolgt der SPKD?

a) Der SPKD als Gliedprojekt des M.-L. von Franz Institutes for Studies in Synchronicity

Der *Spiel- und Psychotherapeutische Kinderdienst und Forschungsprojekt (SPKD)* ist ein Zweig der privaten gemeinnützigen Schweizer Stiftung *The M.-L. von Franz Institute for Studies in Synchronicity*, welche im Sinne ihrer Patronin, Dr. Marie-Louise von Franz, im Bereich der Psychologie, Psychotherapie und psychosomatischen¹ Grundlagenforschung verschiedene Projekte unterhält.

b) Das ursprüngliche psychoonkologische Pilotprojekt

Vor annähernd 20 Jahren begann der SPKD – damals noch unter dem Namen *Psychoonkologisches Pilotprojekt* – die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern mit einem zweigliedrigen Ansatz: Einerseits untersuchte das Projekt die Frage, inwiefern und mit welchen Mitteln eine psychotherapeutische Betreuung der grossen Not krebserkrankter Kinder und ihrer Familien begegnen kann; andererseits sollte aus den Verläufen der durchgeführten Therapien spezifische Trends sowie ein anwendbares Behandlungskonzept erarbeitet werden. So sollte neben der Betreuung auch ein Verständnis für die psychosomatischen Entwicklungs- und Verlaufsprozesse dieser lebensbedrohlich erkrankten Kinder gewonnen werden. Beide Vorhaben konnte das *Psychoonkologische Forschungsprojekt* damals in enger Zusammenarbeit mit der onkologischen und psychiatrischen Abteilung des *Kinderspitals Zürich* sowie mit Hilfe der *Schweizer Krebsliga* angehen. Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung wurden in den vergangenen Jahren fortlaufend in Vorträgen erläutert und liegen heute in publizierter Form vor.²

c) Der heutige Auftrag des SPKD

In den darauf folgenden Jahren entwickelte sich das *Psychoonkologische Forschungsprojekt* zum heutigen SPKD. Als gemeinnützige Einrichtung ermöglicht unser Dienst Kindern mit verschiedenen Formen chronischer und lebensbedrohlicher Erkrankungen ambulante Psychotherapie – immer verbunden mit dem Anliegen, diese in unkomplizierter Weise auch Familien aus sozial schwächeren Schichten zugänglich zu machen. So wird die Therapie entweder ganz kostenfrei oder zu stark reduzierten Ansätzen angeboten. Dies ist uns dank der grosszügigen Unterstützung diverser Stiftungen und Institutionen aus der Schweiz und den USA, durch eigene Spendenaktionen und durch die Beiträge der Sozial- und Krankenversicherer möglich.³

d) Die Anliegen des SPKD in der psychotherapeutischen Arbeit

i) Das körperbehinderte Kind in der gängigen Psychotherapie

Das heutige Therapieangebot im Bereich der Psychotherapie für behinderte Menschen setzt sich aus einigen wenigen Therapiemethoden und -richtungen zusammen. Die klassische Psychiatrie war mit ihrer Verhaltenstherapie ein nicht unproblematischer Vorreiter auf diesem Gebiet. Sie sieht die Behandlung behinderter Menschen vorwiegend im Einsatz von Medikamenten oder direkter verhaltensmodifizierender Psychotherapie. Die einzelnen auftretenden körperlichen und seelischen Symptome werden oft voneinander isoliert betrachtet und dementsprechend gesondert behandelt. Wie wir weiter unten sehen werden, ist dieser Ansatz



wenig geeignet, den Menschen als ein Ganzes zu erfassen. Doch auch methodische Ansätze aus der humanistischen Psychotherapie (z. Bsp. Rogers), welche traditionellerweise auf dem Gebiet der Geistigbehinderten-Psychotherapie Verwendung gefunden haben, lassen mit wenigen Ausnahmen⁴ die Auseinandersetzung mit den Themen des körperbehinderten Kindes vermissen.⁵ Wir dürfen deshalb sagen, dass das körperlich mehrfachbehinderte Kind auf dem Gebiet der Psychotherapie (im europäischen und amerikanischen⁶ Raum) weitgehende Nichtbeachtung erfahren hat.

Auch wenn die gesellschaftliche Integration körperbehinderter Kinder heute zunehmendes Interesse findet, so beschränken sich im Allgemeinen therapeutische Strategien vorwiegend auf medizinisch-rehabilitative, logopädische und andere schulrelevante Themen. Dabei erhalten die umfassenden, also auch die psychischen Schwierigkeiten dieser Kinder oft zu wenig Aufmerksamkeit.

ii) Schwerpunkte: Therapie (Handeln) und Forschung (Theorie)

Ein zweigliedriges Vorgehen hat seit Beginn unserer Tätigkeit Tradition: Wir erheben auch heute parallel zur Therapiearbeit die spezielle psychosomatische Befindlichkeit schwerkranker und behinderter Kinder. Dies hat zum Ziel, sowohl PsychotherapeutInnen und andere Fachpersonen für dieses Thema zu sensibilisieren, als auch die Durchführung unserer Therapien immer wieder an die spezifischen Besonderheiten und Entwicklungsgegebenheiten dieser Kinder anzupassen. Im Laufe der letzten Jahre intensivierten wir die psychotherapeutische Arbeit mit geistig sowie mehrfach körperbehinderten Kindern und konnten damit unsere Datensammlung erweitern. Heute sind wir in Zusammenarbeit mit der *RGZ-Stiftung* sowie verschiedenen Schulen rund um Zürich tätig, wie etwa der *Schule für Körper- und Mehrfachbehinderte der Stadt Zürich (SKB)*, zahlreichen anderen HPS-Schulen sowie verschiedenen psychologischen oder psychiatrischen Diensten des Kantons. Ausserdem arbeiten wir immer eng mit den zuständigen Haus- oder Spitalärzten zusammen.

3) Das Projekt zur Erforschung der „Entfaltung dynamischer Ganzheit“ in der seelischen Entwicklung mehrfachbehinderter Kinder“

a) Die Entstehung des Forschungsvorhabens

Seit 1998 dokumentieren und entwickeln wir eine intensive Form der psychotherapeutischen Betreuung für cerebral- sowie anderweitig mehrfachbehinderte Kinder (Paresen, Paralysen, Spina Bifida, Skoliose etc.).



Anfangs 2002 wurden wir im fachlichen Austausch mit der *Saint Mary's University of Minnesota (USA)* dazu ermutigt, aufgrund der bewegenden therapeutischen Wirkung noch mehr Gewicht auf unsere Tätigkeit mit den mehrfachbehinderten Kindern zu legen und diese in Form einer Forschungsarbeit genauer festzuhalten. Wie bereits beschrieben, entstand im Anschluss daran der erste Konzeptentwurf, welcher im Spätherbst 2002 der Stiftung *Cerebral Schweiz* vorgelegt wurde.

Anfangs 2002 wurden wir im fachlichen Austausch mit der *Saint Mary's University of Minnesota (USA)* dazu ermutigt, aufgrund der bewegenden therapeutischen Wirkung noch mehr Gewicht auf unsere Tätigkeit mit den mehrfachbehinderten Kindern zu legen und diese in Form einer Forschungsarbeit genauer festzuhalten. Wie bereits beschrieben, entstand im Anschluss daran der erste Konzeptentwurf, welcher im Spätherbst 2002 der Stiftung *Cerebral Schweiz* vorgelegt wurde.

b) Ziele der heutigen Forschungstätigkeit

Das Ziel unserer heutigen Forschungsarbeit ist dem Sinne des anfänglichen psychoonkologischen Forschungsprojektes nach gleich geblieben:

- **Entwicklung einer körperbehinderten-gerechten Psychotherapiemethode**

Es ist unser Hauptinteresse, die psychotherapeutische Methode den speziellen Bedürfnisse und Entwicklungsbesonderheiten von körperlich mehrfachbehinderten Kindern anzupassen und in Richtung einer spieltherapeutisch orientierten Psychotherapie für mehrfachbehinderte Kinder weiter zu entwickeln, damit diese einen Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität leisten kann.

- **Aufzeigen dynamischer Entwicklungsverläufe**

Therapie und Verstehen bedingen sich gegenseitig. Deshalb möchten wir aufzeigen, welche phänomenologisch erfassbaren, seelischen Entwicklungsverläufe diese Kinder durchleben und welche Qualität und Form von möglichen funktionellen Veränderungen in ihrer körperlichen Entwicklung und Autonomie sich im Therapieverlauf einstellen. Ausgehend von der für diese Kinder spezialisierten Form der psychotherapeutischen Spieltherapie untersuchen wir anhand exemplarischer Einzelfallanalysen die Vorzüge für Seele und Körper eines solchen doppelten – psychosomatischen – Behandlungsansatzes. Wir werden versuchen aufzuzeigen, welche Dynamik und welche strukturellen Verlaufstrends der psychosomatischen Entwicklung sich bei körperbehinderten Kindern ergeben.

- **Sensibilisierung für die Problembereiche körperbehinderter Kinder**

Schliesslich ist es unser Zielgedanke, die seelischen Anliegen sowie die psychotherapeutische Betreuung dieser Kinder einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Der Wunsch nach einer Sensibilisierung für die Schwierigkeiten körperbehinderter Kinder entstammt der erwähnten eigentümlichen Hemmschwelle der psychotherapeutischen Schulen, sich mit der Bedrängnis dieser Kinder auseinanderzusetzen.

4) Grundlagen und methodisches Vorgehen

a) Was verstehen wir unter Therapie?

i) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie bereits erwähnt, haben Literatur und Klinik spezialisierter Behandlungsmethoden und insbesondere auch die psychodynamisch ausgerichtete Psychotherapie in Europa und den USA weitgehend davon Abstand genommen, sich mit mehrfachbehinderten Kindern zu beschäftigen; Untersuchungen zur inneren Psychodynamik dieser Kinder gibt es kaum, und die Beschreibung von möglichen Methoden und Therapieansätzen ist fast vollständig den Disziplinen der Heil- und Sonderpädagogik sowie medizinisch-rehabilitativen Ansätzen überlassen worden. Aus diesem Grund ist nötig, die psychotherapeutische Arbeit auf dem Gebiet der Mehrfachbehinderung in Form interdisziplinärer Arbeit anzugehen und eng mit den erwähnten Fachgebieten zusammenzuarbeiten: Besonders Therapieansätze aus der Ergotherapie wurden für uns während der Pilotphase unerwarteterweise von besonderem Interesse. Es zeigte sich nämlich, dass das von uns erprobte und angewandte Verstehensmodell gewichtige konzeptuelle Grundsätze mit der ganzheitlichen (oder auch "holistischen") *Sensorischen Integration* teilt. Dieser Ansatz, welcher heute vor allem in der Ergotherapie und heilpädagogischen Frühförderung als medizinische Rehabilitation von sensorischen Basisstörungen Anwendung findet, setzt nicht nur eine unserer Therapiemethode ähnlichen Verwendung des therapeutischen Spiels⁸ voraus, sondern lässt sich in mancher Hinsicht auch in der Behandlung bestimmter psychischer Erscheinungen anwenden.

ii) Anthropologisch-psychotherapeutischer Ansatz

Die anthropologischen Grundlagen unseres therapeutischen Handelns lassen sich in die gängigen anthropologischen Richtungen nicht einseitig einordnen und können wohl am ehesten mit der Haltung von Schlaich (1966)⁹ verglichen werden: Aus diesem Blickwinkel ist der behinderte oder erkrankte Mensch nicht als eine „abwegige Missbildung der menschlichen Natur“, sondern im Gegenteil als eine „exemplarische Erscheinungsform menschlichen Seins“ zu verstehen, welcher, wie alle „Varianten menschlichen Seins ein Recht auf wertfreie Akzeptanz“ und auf soziale Begegnung jenseits von Leistungsbezogenheit und Zweckorientierung hat.

Die Basis unseres Therapie- und Verstehensansatzes bildet die analytische Tiefenpsychologie nach C. G. Jung und M.-L. von Franz. In der Anwendung der tiefenpsychologischen Methode mit den behinderten Kindern sind wir allerdings weitgehend dem Eklektizismus¹⁰ treu geblieben (mit Ausnahme reduktiver sowie streng direkter Psychotherapiemodelle, von welchen wir absehen). Wir passen unser Vorgehen dem jeweiligen Kinde an, z. Bsp. im Sinne der Grundsätze der

humanistischen Psychologie nach Rogers, Perls oder Gendlin, der Konzentrativen Bewegungstherapie¹¹ und anderer Richtungen körpertherapieorientierter Verfahren.

Was die von uns angewandten Therapiematerialien und -aktivitäten betrifft, so sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt; Malen, Musizieren, Bauspiele oder interaktive Spiele wie freie Bewegungsspiele werden kombiniert mit allen Formen von Miniatur- und grossen Spielfiguren oder Puppen, Farben (Körperfarben, Malstifte, Wasserfarben), Materialien (Ton, Holz, Wasser, Sand, Metall, Feuer, Stein, Tücher, Fell etc.) und räumlichen Erlebniswelten (freie Natur, Spielzimmer, Dunkelraum, Mattenhäuser, Tuchhütten, Springecke, Cocons etc.). Dabei besteht die Interaktion zwischen den Kindern und der TherapeutIn immer aus spontanem Handeln und kreativen Tätigkeiten, welche sich die Kinder innerhalb der ihnen eigenen Kommunikations- und Ausdrucksmöglichkeiten selber wählen; es wird gebastelt, gekocht, gebaut, gespielt, versteckt, gejagt, spaziert, gekämpft, diskutiert, geturnt usw. Jedes Kind bestimmt so durch die Interaktion mit der TherapeutIn und dem Spielmaterial seinen eigenen Therapieverlauf sowie sein eigenes Therapieziel.



Die 60- bis 90-minütigen Therapiestunden, welche je nach Zeitbedarf der vorhandenen Kommunikationsmöglichkeit 1 bis 2 mal wöchentlich stattfinden, werden mit digitalem Video (DVD) sowie einem nachträglich ausgefüllten halbstandardisierten Protokoll erfasst. Diese Form der zweiteiligen Datensammlung ermöglicht uns, die genauen Therapieverläufe hinsichtlich der psychischen und körperlichen Veränderungen zu erfassen und diese anschliessend durch die Beurteilung verschiedener Fachpersonen supervisieren und untersuchen zu lassen. Damit versuchen wir, entsprechend unserem qualitativen Forschungsansatz, die Dynamik

des Therapieverlaufs einerseits unter dem Blickwinkel der gegenseitigen Beeinflussung von TherapeutIn und Kind, andererseits aus Sicht eines möglichst unbeeinflussten Dritten zu erfassen.

b) Methodisches Vorgehen

i) Empirisch-regulative Zyklen in der Pilotphase: Zuerst die Beobachtung, dann die Theorie

Unser praxisnaher, eklektischer Therapieansatz ergibt in der Theoriebildung den Vorteil eines primär *induktiven* Vorgehens: Dieses setzt keine theoretischen Vorbedingungen an einen Prozess oder ein therapeutisches Setting, sondern ermöglicht eine sekundäre Bildung von Hypothesen und Theorien aus den gemachten Beobachtungen heraus. Die induktive Methode stellt also ein experimentell-hypothesenbildendes Verfahren dar. Erst wenn die damit gewonnenen Hypothesen in ihrer darauf folgenden Anwendung in der Praxis ein sinnerfülltes Verstehen der Therapieverläufe ermöglichen, werden sie als

brauchbar erachtet. Den an einer Untersuchung beteiligten Personen wird also eine Bedeutung im Sinne einer dynamischen Interaktion zuerkannt, wodurch die Möglichkeit gefördert wird, in die wirkliche Problemerkennung einzudringen. Hieraus entsteht ein Weg, der es gestattet, während der Lösungssuche die Erfahrungen der Beteiligten mit einzubeziehen. Dies kommt einem wiederholten „Probelauf“ gleich, in dem sich die ersten Annahmen aufgrund der sich bestätigenden oder falsifizierenden Ergebnisse in der angewandten Erfahrung zur gestandenen theoretischen Hypothese über empirisch untersuchte Zusammenhänge bilden können. Ausserdem intensiviert und verdichtet dieses Vorgehen den Prozess des empirischen Beobachtens sowie das Erlebnis des Kindes in der Therapie.

Ein solcher wissenschaftlicher Ansatz wurde in der Pilotphase verwendet. Er kann als eine wiederholte Anwendung empirisch-regulativer Zyklen¹² beschrieben werden (vgl. hierzu van Striens, 1997), welche sich wie folgt aufgliedern:

- **Phase 1: Non-direktives Vorgehen (Observation)**

Wir verfolgen zu Beginn immer ein non-direktives Vorgehen, sei es mit Spieltherapie (im Sinne Axlines, 2002)¹³, mit Sandspieltherapie (auf der Basis von Kalf, 1996)¹⁴, mit Maltherapie oder mit symbolischem Rollenspiel. Non-direktiv heisst, dass wir den Inhalt, das Vorgehen sowie die gewählte Erlebnis- und Kommunikationsmodalität in den ersten 3 bis 4 Monaten der spontanen kindlichen Phantasie, Handlung und Haltung überlassen und dabei kontrollierende oder lenkende Aktivitäten unterlassen. Die non-direktive Haltung betont „...das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben...“ und macht schliesslich eine eigenständige Entwicklung¹⁵ erst möglich. Zweck dieser ersten Phase ist es, die Grundlagen für eine erste vorurteilslose Standortbestimmung des kindlichen Befindens zu erlangen.

- **Phase 2: Vorläufige Annahmen (Induktion)**

Ausserhalb der Therapiestunden werden sonach vorläufige Annahmen über das kindliche Seelenleben erarbeitet. Diese beinhalten subjektiv erlebte Belastungen, individuelle sozio-emotionale Ressourcen und Vermutungen über die vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten.

- **Phase 3: Zielsetzung durch Deduktion**

Aufgrund der gemachten Annahmen werden anschliessend Charakteristika der *therapeutischen Beziehung* erarbeitet; es wird eine allgemeine Wesensart der interaktiven therapeutischen Beziehung skizziert, welche zur Unterstützung und Intensivierung der individuellen Entwicklung des jeweiligen Kindes als nötig erachtet wird. Diese könnte man wie flexible Leitplanken beschreiben, entlang derer sich der weitere Therapieverlauf spontan mehr- oder einfachspurig wie ein Automobil mit eigener Dynamik weiterentwickelt.

Hierbei möchten wir hervorheben, dass nur die *Beschaffenheit* der Beziehung (Leitplanken), niemals jedoch der *Inhalt* der therapeutischen Handlung (Auswahl und Beschaffenheit des Automobils) und Beziehung entworfen wird. Eine solche Beschaffenheit in der therapeutischen Beziehung ist in höchstem Masse individuell auf ein einzelnes Kind zugeschnitten und darf nicht mit einer Haltung verglichen werden, welche Druck auf das Kind ausübt (z. Bsp. durch eine Erwartungshaltung oder manipulative Kommentare).

Betrachten wir zum Beispiel ein Kind, welches unter den Symptomen einer schweren Resignation leidet; es könnte vielleicht von aktivierenden, selbstwertverbessernden und motivierenden Therapietätigkeiten profitieren. Wenn auch solche Interventionen vorübergehen positiv erlebt werden können, bleibt dieser Erfolg statt lang- nur kurzfristig und behält einen aufgesetzten Beigeschmack, da wir das Kind aufgrund *unseres* Wunsches verändern würden, im Sinne von „es soll doch nicht so resigniert sein“. Aus diesem Grund richten wir unsere Ziele in der Therapie an den vom Kind oft im Verborgenen gegebenen Hinweisen aus und helfen auch dem Kind danach, diesen Bestrebungen zu folgen und sie zu intensivieren. Unserer Erfahrung nach zeitigt ein solches Vorgehen meist nachhaltigere Wirkung.

- **Phase 4: Prüfung durch Anwendung und Feedback**

Die Prüfung der Annahmen und Zielsetzung erfährt dann in einem individualisierten, quaisexperimentellen Setting ihre Umsetzung wie unter Phase 3 erwähnt. Danach erhält man durch erneute Beobachtung Rückmeldungen im Sinne eines positivem oder negativem Feedbacks: Entweder man befindet sich mit seinen Annahmen auf dem Holzweg oder es bestätigen sich ansatzweise die gemachten Hypothesen über die Beschaffenheit und Belastungssituation sowie Ressourcen etc. des Kindes. Dieser aufwendige Regelkreis findet sodann fortlaufend in zirkulärer Weise statt. Erweist sich die erste Umsetzung als nicht richtig oder noch nicht präzise genug, um das Kind in seinem ganzheitlichen Handeln zu erfassen, wird diese (sowie die dahinter liegenden Annahmen) in kleinen Schritten angepasst. Dies geschieht solange, bis sich die Annahmen dafür geeignet erweisen, das Handeln, Fühlen und Spielen des in der Therapie erlebten Kindes in sinnerfüllter Weise zu beschreiben. Erste Anzeichen für ein positives Feedback sind der Rückgang vorhandener Störsymptome sowie fast immer externe Rückmeldungen über eine Verbesserung der erlebten Lebensqualität des Kindes.

Der Vorteil der Anwendung empirisch-regulativer Zyklen liegt im individualisierenden (vs. generalisierenden) Charakter der Untersuchungsergebnisse; somit werden statt wissenschaftlichen Aussagen wissenschaftlich gelenkte *Handlungen* und Einsichten in Beziehungssituationen ermöglicht, was für ein psychotherapeutisches Setting von ausschlaggebender Bedeutung ist¹⁶.

ii) Auswertungsphase: Phänomenologisches Vorgehen

Wie bereits beschrieben, gibt es heute kaum Literatur über Psychotherapie mit mehrfachbehinderten Kindern. So haben wir es uns zum Ziel gesetzt, sorgfältige exemplarische Falldarstellungen zu liefern, um für das Thema zu sensibilisieren. Hierfür bietet sich ein naturalistischer-phänomenologischer Ansatz an. Ein solcher scheint auch aus wissenschaftstheoretischen Überlegungen heraus nahe liegend. Denn die wiederholte Überprüfung von quantitativen Testergebnissen wie sie in statistischen Untersuchungen gemacht wird (in Anlehnung an die klassischen Naturwissenschaften), ist bei einzelnen Kindern aus prinzipiellen Gründen nicht möglich, ohne deren Individualität zu opfern. In dynamische Systemen, wie der Mensch eines zu sein scheint¹⁷, liegt immer eine gleichzeitige und gegenseitige Beeinflussung von einzelnen Teilen des Systems vor, was eine Reduktion der dynamischen Prozesse auf statistische Zahlen und Rechenmethoden verunmöglicht und die Anwendung alternativer Untersuchungsmethoden bedingt.

Wir möchten also einen Weg verfolgen, der ein subjektives und individuelles Moment auf wissenschaftliche Weise mit einschliesst. Die modernen Naturwissenschaften haben die Vorzüge einer solchen Haltung längst entdeckt und wissen, dass jedwede Untersuchung von Systemzusammenhängen massgeblich durch intersubjektive Kriterien mit beeinflusst wird¹⁸. Schliesslich ist es eben gerade der subjektive Faktor der zwischenmenschlichen Interaktion, welcher den Inhalt eines Therapieverlaufes ausmacht. Deshalb ist für uns der Einsatz der *Hermeneutik* als Wissenschaft vom Verstehen bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit unentbehrlich, da diese speziell auf die Formulierung „einsichtiger Zusammenhänge“ zielt¹⁹.

5) Auswertung der Forschungsergebnisse aus der Pilotphase

a) Einbettung der Befunde in einen theoretischen Hintergrund

i) Verwandtschaft zur Sensorischen Integration

Die strukturelle Beschaffenheit unserer Beobachtungen auf dem Gebiet der Psyche können mit Aspekten der Theorie zur „Sensorischen Integration“ (SI) der Psychologin Jean Ayres verglichen werden. Ayres (2002, S. 7f) definiert SI wie folgt: *„Die Integration der Sinne ist das Ordnen der Empfindungen, um sie gebrauchen zu können. Unsere Sinne geben uns Informationen über den physikalischen Zustand unseres Körpers und über die Umwelt um uns herum. Empfindungen fliessen ins Gehirn, wie Ströme in einen See fliessen. Zahllose ‚Bits‘ sinnlicher Wahrnehmung erreichen in jedem Augenblick unser Gehirn nicht nur von den Augen und Ohren her, sondern von jedem Teil unseres Körpers [...] Das Gehirn lokalisiert, sortiert und ordnet Empfindungen [...]. Wenn Empfindungen in einer gut organisierten, d.h. gut integrierten Weise dem Gehirn zufließen, kann es diese Empfindungen nutzen, um daraus Wahrnehmungen,*

Verhaltensweisen und Lernprozesse zu formen. Wenn der Fluss der Empfindungen unorganisiert erfolgt, wird das Leben ungeordnet ablaufen, wie das Verkehrschaos in einer städtischen ‚rush hour‘.

Die ursprüngliche SI-Theorie von Ayres entstand in den 50er und 60er Jahren auf der Grundlage der damaligen Neurologie und nachfolgenden Hirnphysiologie-Forschung und fusst in einer spezifischen Haltung in der Frage nach dem Zusammenhang von Gehirn und menschlichem Bewusstsein²⁰. Diese Haltung ist vom wissenschaftlichen Geist bestimmt, der damals und auch heute noch zum Teil in der medizinisch-biologischen Neurophysiologie herrscht, und kann in ihrer ursprünglichen Beschreibung einem „reduktionistischen Menschenbild“²¹ zugeordnet werden. Die SI-Theorie geht in der Diskussion um den Leib-Seele Zusammenhang davon aus, dass das Bewusstsein lediglich eine Funktion des Gehirns ist und somit psychische Prozesse als Zustände von Neuronensystemen des Zentralnervensystems anzusehen sind.²² Ein solcher Ansatz ist nach dem heutigen Stand der Forschung lediglich als *eine* mögliche Betrachtungsweise zu verstehen und wird von den neuen Denkansätzen in den naturwissenschaftlichen Disziplinen als weitgehend überholt erachtet.²³ Gegenwärtige Trends in der Ergotherapie sowie auch gewisse Formen der Heilpädagogik und Heilerziehungspflege haben sich in ihrer Anwendung längst von dieser reduktionistischen Ansicht wegbewegt und eine Vielzahl ganzheitlicher Weiterentwicklungen des ursprünglichen SI-Konzeptes hervorgebracht.²⁴

ii) Förderung der selbstregulierenden psychischen Integration

Die Grundannahme, dass der Mensch einer *Integrationsleistung* der chaotischen Inputs „zahlloser Bits“ (z. Bsp. sensorischer Grundinformationen) bedarf, um innere und äussere Inhalte auf gesunde Weise verarbeiten zu können, hat jedoch nichts an Aktualität eingebüsst. Allerdings haben wir im Laufe unserer Therapieverläufe beobachtet, dass sich die Dynamik der Integration psychischen und physischen Geschehens vor allem durch im Individuum *selbstorganisierende* und selbstregulierende Prozesse auszeichnet. Aus diesem Grund ist nicht nur eine unvoreingenommene Haltung betreffend dem Kausalzusammenhang zu physiologischen Prozessen gefordert²⁵ sondern auch ein non-direktives Vorgehen ist von grosser Wichtigkeit.

So wird deutlich, dass die unten zusammengefassten Befunde dem theoretischen Grundgedanken der Integration nahe stehen: Im Rahmen dieses Ergebnisses dürfen wir nach Anwendung vieler empirischer Zyklen aus unseren Beobachtungen vorläufig schlussfolgern, dass unser methodisches Vorgehen einer *Förderung der selbstregulierenden psychischen Integration* gleichkommt. Dieser Befund wird eine Beurteilung



unserer empirischen Ergebnisse auf dem Hintergrund der analytischen Psychologie nahe legen, da diese einerseits die Bedeutung und Beschreibung von Integrationsleistungen für das Erlangen von psychischer Stabilität in den Vordergrund stellt, andererseits aber auch über eine unvoreingenommene Haltung bezüglich des Zusammenhangs psychologischer und physiologischer Prozesse verfügt. Im Verständnis von C. G. Jung spielen sich Lebensprozesse immer in einem polaren Spannungsfeld von somatischen und geistigen Faktoren ab.²⁶

b) Befunde aus der Pilotphase

i) Befund 1: Rigide strukturelle Blockaden

Körperbehinderte Kinder spielen in spezifischen Bereichen auf andere Art und Weise als Nichtbehinderte. Ihre Spontaneität und gestalterischen Fähigkeiten kommen bevorzugt in Interaktions- oder Rollenspielen mit körperlicher Betätigung, unterstützt durch einfache Hilfsmaterialien, langsam zum Ausdruck oder müssen zuerst in einem geduldigen Prozess der (Selbst-) Vertrauensfindung erarbeitet werden. Der körperliche und seelische Gesundheitszustand bei Therapiebeginn zeigt u. a. entsprechend der Qualität und Quantität der retardierten Körperareale eigentümliche Auswirkungen auf spezifische Bereiche der psychischen und physischen Entwicklung. (cerebrale Bewegungsstörungen können das eine Kind zeitlebens an den Rollstuhl fesseln, während sie beim anderen Kind lediglich in Form von stark mimischen dafür leichteren lokomotorischen Beeinträchtigungen erscheinen. Es versteht sich von selbst, dass diese Störungen in der Wahrnehmung des Kindes und seiner familiären Umwelt ganz andere psychische Folgen entfalten können.)

Diese Auswirkungen haben im Verlauf der in der Therapie vorangegangenen Entwicklung im Sinne einer stetigen gegenseitigen Rückkoppelung mit sich selber und der Umwelt auf beiden Gebieten spezifischen Einfluss auf die Dynamik integrierter psychischer und physischer Abläufe. (Oft begegnen wir der Situation, dass die Auswirkungen der Selbstwahrnehmung des körperbehinderten Kindes in der Umwelt zu einer Fehleinschätzung seines geistigen Potentials führen; so wird die reaktive Entstehungsgrundlage geistiger Entwicklungsrückstände oft als ursächlich und nicht als reaktive Wirkung vorbestehender Störungen der Selbstwahrnehmung verstanden.) Abläufe von höherer Komplexität, welche einer Integration früherer, flexibel organisierter Strukturen bedürfen würden, werden gleichermassen in einem Netz rigider Organisationsstrukturen an ihrer Weiterentwicklung gehemmt.

Somit ist das körperbehinderte Kind zusätzlich darin belastet, ein homöostatisches²⁷ Gleichgewicht innerhalb der ihm gegebenen Möglichkeiten im Körper und in der Psyche zu erlangen und zu erhalten. Es finden sich z. Bsp. im Bereich des Körpers *Entwicklungsblockaden*, welche sich in einem erhöhten Ausmass an ataktischen²⁸, athetotischen²⁹ oder spastischen Bewegungsstörungen manifestieren können (sichtbar werden diese Auswirkungen in verschiedenen Bereichen der Grob- und Feinmotorik

sowie der Willkür- und Sprechmotorik). Parallel dazu können sich z. Bsp. Blockaden in der Selbststeuerung, der psychischen Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung, der Aufrechterhaltung eines stabilen aber flexiblen Selbstbildes sowie in der Fähigkeit zu kontinuierlicher Selbst- und Objektwahrnehmung zeigen.

ii) Befund 2: Umwandlung blockierter Strukturen durch dynamische Selbstorganisation

Im Verlauf der spezifischen Therapieform können wir beobachten, wie das Kind durch das unterstützte Spiel die Möglichkeit erhält, die beschriebenen Blockaden mittels sich spontan entfaltender *Organisatoren*³⁰ der kindlichen Erlebens- und Verhaltensweisen in integriertere Gestalten umzuwandeln. Diese meist zuerst in symbolisch-bildhafter Form auftretenden Organisatoren entfalten im Laufe einer Therapie eine heilsame psychische und physische Wirkung. Kinder entwickeln z. Bsp. mehr Selbstvertrauen und werden kommunikativer und angstfreier. Diese Organisatoren haben jedoch eine eigene und völlig individuelle Dynamik, welche wir im folgenden Jahr detailliert beschreiben möchten.

Das Ergebnis einer solchen Wandlung vorhandener Gestalt liesse sich versuchsweise so verstehen, dass eine Transformation oder Umbesetzung von blockierten körperlichen und psychischen Potentialen in neue Strukturformen stattfindet, welche darauf im Organismus ein homöostatisches und ständig sich erneuerndes Gleichgewicht ermöglichen.³¹ Erlangt im Laufe einer Therapie ein Kind spontan - durch die TherapeutIn gestützt und intensiviert (und nicht kontrolliert) - diesen individuell bestimmten Zustand inneren Gleichgewichts, so ist die sichtbar werdende körperliche und psychische Entwicklung von neuer Qualität und in ihrer Form überraschend flexibel und anpassungsfähig. (Eltern beschreiben diese Veränderungen manchmal, indem sie sagen, ihr Kind sei „fröhlicher und unkomplizierter“ geworden oder es suche wieder den Kontakt mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.) Die anschliessend auffallende Fähigkeit zur Ausübung komplexer Aktivitäten zeugt von integrierter, d.h. nicht-blockierender Organisation.

Diesen Beobachtungen zufolge müssen wir eine therapeutische Haltung einnehmen, welche die Beschaffenheit und das Zusammenwirken der Psyche und des Körpers in der Art eines Feldes beschreibt. Dieses *Feld* wird im Sinne der Feldtheorie³² jedoch nicht von mechanistisch-kausalen Kräften in der Natur der Innen- und Aussenwelt bestimmt, sondern geht von einem Entwicklungsprinzip der *Spontanorganisation* des Individuums aus.

iii) Befund 3: Spontaner Abbau sekundärer psychischer Symptome

Als Nebenwirkung dieses höchst individuellen Prozesses bilden sich die Symptome typischer psychopathologischer Störungsbilder zurück. Da die meisten Kinder auf dem Hintergrund der gängigen Psychopathologie bei ihrer Anmeldung im SPKD eine Vielzahl von beschreibbaren Störungsbildern aufweisen, ist zu betonen, dass die stabile

Rückbildung der Symptombilder lediglich in seiner Relation zum jeweilig diagnostizierten Störungsbild aufgefasst werden muss. Nehmen wir nämlich eine entwicklungspsychologische Haltung ein, welche eine Normabweichung als „exemplarische Erscheinungsform menschlichen Seins“³³ und nicht als Mangelwesen betrachtet, sollten wir davon absehen, körperbehinderte Kinder mit der „Normvariante von Entwicklung“ zu vergleichen, wie das durch die gängigen diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM IV-R gemacht wird. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, verlieren die Symptome scheinbar psychischer Störungen für das körperbehinderte Kind ihre pathologische Bewertung und können als sinnvolle Wegweiser dienen, welche auf verschiedenen Pfaden in die Richtung der entstandenen Integrationsblockaden sowie deren Auflösung weisen.

c) Sichtbare psychische Auswirkungen der Befunde

i) Transformation blockierender Emotionen

Die Neuorganisation gestauter Energien durch die erwähnte Selbstregulation und Selbstorganisation helfen dem Kind, seine durch die Behinderung meist bereits in der frühen Kindheit aufgebauten, teils unfruchtbaren Kompensationsmechanismen abzubauen und diese durch identitätsstiftende Erfahrungen abzulösen: *Resignation* und entsprechend resignative Verhaltensweisen gehören zu den am weitesten verbreiteten Kompensationsmechanismen körperbehinderter Kinder. Die Selbstaufgabe vieler dieser Kinder entsteht durch die immer wieder erfahrene Hilflosigkeit, Angst und Ohnmacht, welche die immensen Belastungen der Körperbehinderung dem Kind und seiner Familie aufbürden. Die Resignation stellt in den meisten Fällen eine sich selbst blockierende Antwort dar, die das Kind als Reaktion auf die ständig wiederkehrenden – auf die Seele des Kindes chronisch traumatisierend wirkenden – Erschwernisse seines körperlichen Selbst aufbringt. Resignative Emotionen kompensieren die konstant auf die Psyche wirkende Ohnmacht, welche ohne diesen Mechanismus schwerwiegende psychische und physische Stressreaktionen auslöst, von denen wir wissen, dass sie lebensbedrohlich sein können. Allerdings wirkt aber die resignative Zwischenlösung, nämlich eine negative und das Selbst aufgebende Haltung, ebenfalls entwicklungshemmend. So führt der Abbau dieses Kompensationsmechanismus in der Therapie in der Regel zu starken psychophysischen Entwicklungsschritten und positiven Selbsterlebnissen.

ii) Selbstakzeptanz

Die Kinder entwickeln schliesslich, auch äusserlich betrachtet, durch die vielfältigen Möglichkeiten, ihren Ängsten, Hoffnungen und Bedürfnissen im Spiel und beim Gestalten Ausdruck zu verleihen, wieder mehr Lebensfreude. Dies fördert die natürliche Akzeptanz der individuellen seelischen und körperlichen Einschränkungen der Behinderung und verbindet die so gegebene Leistungsgrenze mit positiven Erfahrungen und nicht ausschliesslich mit negativer, Defizit-orientierter Konnotation.

iii) Flexibilisierung des Familiensystems

Die Einbettung und Ausgestaltung der in der Therapie erlebten Erfahrung in den Alltag gelingen aber nicht, wenn eine Familie als Ganzes weiterhin den Überlastungen und Auswirkungen, die sich durch eine schwere Behinderung des Kindes ergeben, ausgesetzt bleibt. Hier wird es oft nötig, beratend tätig zu sein, um Spannungen und Belastungen in der Familie mindern zu helfen, soll sich das Kind nicht nur in der Therapie sondern vor allem auch zu Hause und in der Schule wohl fühlen können. Die systemische Verknüpfung einer individuellen Psychotherapie mit der gleichzeitigen intensiven Betreuung der Familie als Ganzes (in enger Zusammenarbeit mit anderen TherapeutInnen und PädagogInnen) erfahren wir als äusserst bereichernd und notwendig. Dies kann für alle Beteiligten dazu führen, dass in Form einer Normalisierung des Alltages eine Flexibilisierung der Kommunikation innerhalb des Familiensystems und Umfeldes sowie ein tendenzieller Abbau der familiären Überbelastung stattfinden.

d) Parallel zur Therapie bemerkbare körperliche Auswirkungen

i) Integration und Selbständigkeit

Geradezu verblüffende Auswirkungen der beschriebenen Therapiemethode haben wir im körperlichen Bereich festgestellt. Entwicklungsschritte in Richtung einer Integrierung, Differenzierung und Stabilisierung des kindlichen Seelenlebens haben oft auch eine parallele Wirkung, welche sich im Abbau körperlicher Schwierigkeiten sowie einer Erweiterung der physischen Möglichkeiten zeigt.

Auffallend sind hier der Abbau in Ausmass und Schweregrad spastischer Störungen, aber auch der Ausbau motorischer Fähigkeiten: z. Bsp. ruhiger geführte Bewegungen, sichere Bewegungsplanung, Haltungsausgleich, Beweglichkeits-Zuwachs oder körperliches Wachstum. Besonders die deutliche Zunahme der körperlichen Selbständigkeit³⁴ verleiht dem Kind und seiner Familie ein individuelles und positives Selbstwertgefühl.

6) Ausblick für das Jahr 2004

a) Fernziel

- i) Wie bereits eingangs erwähnt, besteht das Fernziel dieser Studie darin, einen Forschungsbericht vorzulegen, welcher die ausführliche Darstellung 4 exemplarischer Psychotherapieverläufe beschreibt. Insbesondere interessieren uns dabei die darin in Erscheinung tretenden Organisatoren als auch die parallele Befindlichkeit der körperlichen Veränderungen im Entwicklungsverlauf. Zusammen mit den 10 Kindern aus

der Pilotphase werden somit 14 Therapieverläufe körperbehinderter Kinder zur abschliessenden Befunderhebung herangezogen werden.

b) Ziele für das Jahr 2004

- i) Um das Fernziel erreichen zu können, stellen sich uns im Jahr 2004 folgende Aufgaben: Zu Beginn möchten wir den Austausch mit den neu hinzugekommenen Fachleuten intensivieren und danach die gemeinsame Zusammenarbeit definieren. Unsere Absicht ist es, eine annähernde Vereinheitlichung halbstandardisierter Verlaufsbeobachtungskriterien zu erarbeiten.
- ii) Später werden wir mit der Aufbereitung und Auswertung des eigenen vorhandenen Fallmaterials der vier cerebral behinderten Kindern (zwei Mädchen im Alter von 9 und 11 Jahren sowie zwei Jungen im Alter von 7 und 11 Jahren; Diagnose CP) beginnen. Im Einzelnen beinhaltet dies folgende Schritte: formelle Aufbereitung des Datenmaterials; genaue Festlegung der Auswertungskriterien, Einzelauswertung, Intervention und Supervision sowie den Beginn von Studien zur vergleichenden Phänomenologie.
- iii) Der Abschluss dieser Arbeiten ist weitgehend von dem bevorstehenden Ergebnis in der Suche nach weiteren finanziellen Mitteln abhängig. Voraussichtlich Ende Februar 2005 soll ein erneuter Zwischenbericht vorgelegt werden, der den Stand der Arbeiten dokumentiert und die letzte Phase des Forschungsprojektes, nämlich die Publikation in einer gängigen Fachzeitschrift einleitet.

7) Anmerkungen

¹ Dem Begriff "Psychosomatik" ist ein Krankheitsverständnis eigen, welches von einem komplexen Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren ausgeht. Das zentrale psychosomatische Anliegen ist daher, die "Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit [...] zu verstehen und den Betroffenen im Bereich der Behandlungspraxis angemessen zu begegnen" (Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2000). Psychosomatik. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer Verlag, S. 565.)

² Vorträge: Mai 1984, Mindell, N.: "*Vorläufige Forschungsergebnisse*". Tagung für Pädiatrische Psycho-Onkologie in Zürich / Vortrag im November 1984, Mindell, N.: "*Individuation als Leitmotiv krebserkrankter Kinder*". Medica 1984: 16^{ter} Internationaler Kongress und Ausstellung Düsseldorf, Deutschland / Oktober 1987, Mindell, N.: "*Über die Methodologie des Psychoonkologischen Forschungsprojektes*". Kinderspital Zürich / Dezember 1992, Mindell, N.: "*Wandlungsprozesse in den Bildern und im Spiel eines Kindes mit lebensbedrohlicher Erkrankung*". Psychologischer Club Basel / Dezember 1994, Mindell, N.: "*Die Psychodynamik der Krebserkrankung im Kindesalter: Symbolische Tendenzen in der Entwicklung von Bild und Spiel*". Kinderspital Zürich.

Publikationen: Mindell, N., Eldred, D., Celi, E. & Senn, R. (1989). *Chrank sii... da käänt de Michi au. (Teil I: Im Betteluus; Teil II: I dä Poliklinik; Teil III: Kinder erzählen von ihrer Krankheit.)* Drei 30 minütige Videofilme, die in Zusammenarbeit mit der T.V.-Abteilung der Universität Zürich und den Hämatologie- und Onkologieabteilungen des Kinderspitals Zürich produziert wurden. / Mindell, N. (1994) *An evaluation of psychodynamics underlying stress, anxiety and depression in children with cancer*. Krebsforschung Schweiz: Scientific report, Grant Nr. Akt 70, Nov. 30, 1994. / Mindell, N. (1998). Children with Cancer: Encountering trauma and transformation in the emergence of consciousness. *The Arts in Psychotherapy*, 25 (1), 3-20. / Mindell, N. (2001). *Krebskranke Kinder - Trauma und Wandlungserlebnisse bei der Entwicklung des Bewusstseins*. In: Jungiana, Reihe A, Band 10.

³ So wurden und werden unser Dienst und seine Therapieprojekte nicht nur vom M.-L. von Franz Institut in Zürich unterstützt, sondern auch von wohlthätigen Stiftungen und Organisationen, wie der Schweizerischen Krebliga, dem Migros Genossenschaftsbund, der Ernst-Göhner Stiftung, der Theodor und Ida Herzog-Egli-Stiftung, der Olga Mayenfisch-Stiftung, der Walter und Hilda Motz-Hauser-Stiftung, der Gertrude von Meissner-Stiftung, der Moriz und Elsa von Kuffner-Stiftung, der Stiftung für psychisch Kranke (Klinik Schlössli in Oetwil), dem Verein UBS-Mitarbeiter helfen, dem Kiwanis-Club Zürich, sowie der Saint-Mary's University of Minnesota, USA, mitgetragen.

⁴ Z. Bsp. Müller-Hohagen, J. (1993). *Psychotherapie mit behinderten Kindern. Wege der Verständigung für Familien und Fachleute*. Heidelberg: Asanger. Ausserdem Müller-Hohagen, J. (1992). Spezifische Probleme körperbehinderter Kinder und ihrer Familien aus

psychotherapeutischer Sicht. *Frühförderung interdisziplinär*, 11, 73-85.

⁵ Siehe hierzu: Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe. Goetze widmet seinem über 500seitigen und gut etablierten Werk in seinem Kapitel "Zielgruppenprobleme in der Personenzentrierten Psychotherapie" gerade mal 2 Seiten über körperbehinderte Kinder. Darin setzt er sich mangels vorhandener Literatur und eigener Erfahrung lediglich mit drei Untersuchungen (Cowen & Cruichshank 1948, Kremer 1981 und Biermann 1982) auseinander und kommt schliesslich fernab personenzentrierter Theorie zum Schluss, dass ein "nicht-direktives Vorgehen den Bedürfnissen der körperbehinderten Kinder nicht in vollem Umfang gerecht" werde und nimmt an, dass "gezielte" Therapieangebote eher angebracht wären.

⁶ Wer sich beispielsweise auf die Internet-Webseite der amerikanischen Vereinigung *United Cerebral Palsy* (einer der grössten und umfassendsten Vereinigungen cerebraler behinderter Menschen) begibt, findet darauf neun verschiedene Bereiche von Betreuungsangeboten, ohne dass dabei Psychotherapie oder psychologische Beratung erwähnt wird. Auch die Webseite der *Spina Bifida Association of America* mit dem Titel "Depression and anxiety in individuals with Spina Bifida" erwähnt Psychotherapie nicht und bemerkt lediglich, dass für die Behandlung von Depressionen neben medikamentöser Therapie sowie körperlichem Training und Hypotherapie psychologische Beratung - genannt an letzter Stelle - von Bedeutung sein kann.

⁷ Der Terminus "Dynamik" meint hier die Organisation von Inhalten "unter dem Einfluss von Kräften im Sinne der jeweils herrschenden Bedingungen". Entsprechend verstehen wir mit Dorsch et al. unter "dynamischer Ganzheit", die spontane Organisation mehrerer psychischer Kräfte im Rahmen der ihnen gegebenen Bedingungen. Das meint, dass sich energetische Inhalte (in psychischer oder physischer Form), wenn sie die Möglichkeit zu dynamischem Verhalten besitzen, im Umfeld ihrer Umgebungsbedingungen spontan organisatorischer Strukturbildung unterziehen. (Dorsch, F., Häcker H. & Stapf, K.-H. (1992). *Psychologisches Wörterbuch*, Bern: Huber. S. 152.)

⁸ Siehe hierzu beispielsweise: Kayser, A. & Kayser E. (2002). *Spiel, Spielen, Therapie. Eine Theorie des Spielens und ihre Anwendung auf das Spiel in der Ergotherapie*. (Reihe 2: Fachbereich Pädiatrie Band 5). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. Oder: Saetre, A.-M. (2000). *Peter und Nadine- zwei ganz normale Kinder? Erkennen und Behandeln Sensorischer Integrationsprobleme*. (Praxis Ergotherapie). Dortmund: VML.

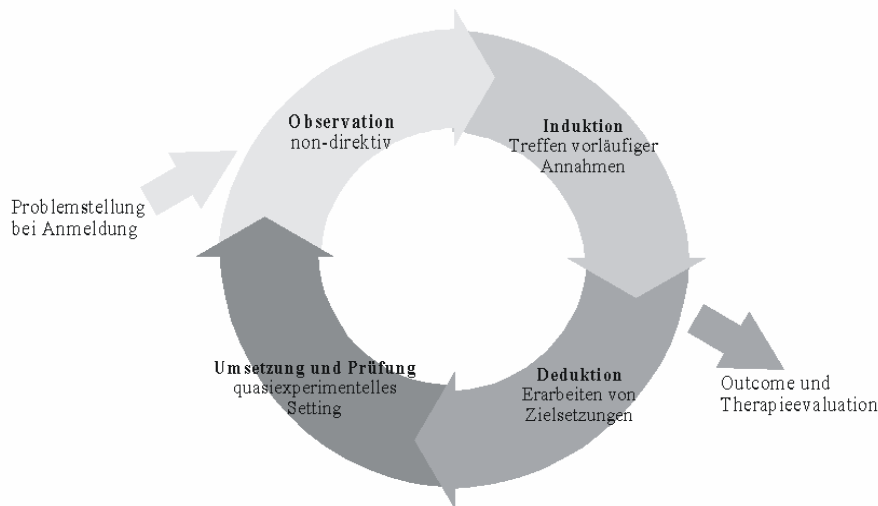
⁹ Zit. nach Vernooij, M.-A.. Psychologische Anthropologie – Pädagogische Anthropologie. In Borchert, J. (Hrsg.) (2000). *Sonderpädagogische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 17.

¹⁰ Methodenvielfalt.

¹¹ Budjuhn, A. (1992). *Die Psychosomatischen Verfahren. Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)*

und Gestaltungstherapie in Theorie und Praxis. Dortmund: VML.

12



¹³ Axline, V.- M. (2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht direktiven Verfahren*. München: Reinhardt.

¹⁴ Kalf, D. (1996). *Sandspiel. Seine Therapeutische Wirkung auf die Psyche*. München: Reinhardt.

¹⁵ Stumm, G. & Pritz, A. (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Frankfurt a. M.: Zweitausendeins, S. 466f.

¹⁶ Ebda., S. 5ff.

¹⁷ Ebda., S. 7.

¹⁸ Uexküll, T. von., Adler, R., Herrmann, J., Köhle, K., Schonecke, O., Weisack, W. (Hrsg.) (1998). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban und Schwarzenberg, S. 5f.

¹⁹ Van Strien (1986) stellt hierzu fest: "Das deduktiv-nomologische Modell hat keine Präention auf eine realistische Beschreibung, woraufhin Praxisaussagen zustande kommen können. Es trägt vielmehr den Charakter rückblickender Rechtfertigung" (zit. nach Van der Koj, R.. Grundlagenprobleme der Sonderpädagogischen Psychologie. In Borchert, J. (Hrsg.) (2000):

Sonderpädagogische Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 3f).

²⁰ Siehe hierzu Fischer, A.-G., Murray, E.-A. & Bundy, A.-C. (2002). *Sensorische Integrationstherapie; Theorie und Praxis*. Berlin: Springer.

²¹ Brüggensbors, G. (1996). *Einführung in die holistische sensorische Integration (HSI). Teil 2. Von der HSI zur Sensorischen Balance*. Dortmund: Borgmann, S. 25.

²² Brüggensbors (1996), S. 29.

²³ So erklärte beispielsweise der Physiker Robert Laughlin im Jahr 1999 in seiner Ansprache zum Empfang des Nobelpreises: "... die reduktionistische Idee [ist] meistens nicht richtig und vielleicht immer falsch ... Die Welt ist voll von Dingen, deren Verständnis ... man degradiert, indem man das System auseinander nimmt, (... [das gilt auch für das] Standardmodell der Elementarteilchen.)" Laughlin, R. B. (1999). Nobel lecture: Fractional quantization. *Reviews of Modern Physics*, 71 (4), 863-874, S. 863. [Übersetzung v. Verf.] (Den Hinweis auf diesen Artikel verdanken wir Dr. Rudolf Füchslin.) Siehe hierzu auch Sperry, R. (1981). Changing Priorities. *Annual Review of Neuroscience*, 4, 1-15. Jantsch, E. (1992). *Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist*. München: Hanser.

Von Seiten der Bewusstseinsforschung halten führende Köpfe wie Metzinger, Bieri und Nida Rümelin (in T. Metzinger (Hrsg.) (1996). *Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie*. Paderborn: Schöningh.) fest, dass das Problem der fehlenden materiellen Grundlage des bewussten psychischen Erlebens und Daseins eines der Hauptprobleme in der modernen Diskussion über den Zusammenhang von Leib und Seele darstellt. Denn die Qualitäten des bewussten Erlebens seien aus *prinzipiellen Gründen* nicht aus seinen materiellen neurophysiologischen Bedingungen erklärbar.

²⁴ Siehe hierzu für Übersichten und einzelne Therapieansätze: Brüggensbors, G. (1996), Thiele, A. (1999). [*Infantile cerebral-Parese. Zum Verhältnis von Bewegung, Sprache und Entwicklung*. Berlin: Edition Marhold], oder Borchert, J. (2000) oder Niehoff, D. (Hrsg.) (2003). *Methoden in Heilpädagogik und Heilerziehungspflege. Basale Stimulation und Kommunikatikon*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS]

²⁵ Die Beobachtung der Selbstorganisation lebendiger Systeme ist heutzutage in der modernen Biologie, Mathematik und Physik weit verbreitet. Siehe hierzu: Margulis, L. (1999). *Die andere Evolution*. Heidelberg: Spektrum. Schroeder, M. (1994). *Fraktale, Chaos und Selbstähnlichkeit. Notizen aus dem Paradies der Unendlichkeit*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag. Prigogine, I. & Stengers, I. (1990). *Dialog mit der Natur. Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens*. München: Piper. Jantsch, E. (1992). *Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist*. München: Hanser.

²⁶ So beschrieb er das menschliche Bewusstsein modellhaft als ein Phänomen, welches einem Spektrum von infraroten (körperlichen) und ultravioletten (geistigen) Inhalten entlang gleitet.

²⁷ Homöostase bezeichnet das Prinzip, dass alle Organismen gegenüber sich verändernden Lebensbedingungen die Tendenz zeigen, das von ihnen erreichte Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen (Dorsch et. al., 1992, S. 282).

²⁸ *Ataxie* ist eine beeinträchtigte Koordination von Bewegungsabläufen, z. Bsp. ausfahrende und überschüssende Bewegungen; manchmal sind bestimmte Zielbewegungen durch Intentionstremor erschwert. Zetkin, M. & Schaldach, H. (1999). *Lexikon der Medizin*. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 165.

²⁹ *Athetose* ist eine Bewegungsstörung, welche durch bizarre Bewegungsunruhe der mimischen und Extremitätenmuskulatur gekennzeichnet ist (nach Zetkin & Schaldach, 1999, S. 166).

³⁰ Unter "Organisation" verstehen wir eine im Organismus wirksame und wechselseitige Verbindung von Einzelteilen zu einem Ganzen. Die Bedeutung ist der Verwendung des Wortes in der Feldtheorie verwandt, welche ebenfalls davon ausgeht, dass freie, chaotisch ungeordnete Kräfte, wenn sie sich organisieren, spontan eigene Formen von Ordnung und Strukturen erzeugen. (Felder). (Dorsch et. al., 1992, S. 461.)

³¹ Der Begriff "dissipative Strukturen" wurde durch den belgischen Nobelpreisträger Ilya Prigogine geprägt und bezieht sich auf physikalische Systeme, welche kontinuierlich Energie verbrauchen (Entropie produzieren) und diese durch Austausch mit der Umgebung zerstreuen (dissipieren). Prigogines Theorie bezieht sich somit auf offene Systeme, die sich in einem ständigen Prozess inneren Wechselspiels (Ordnung durch Fluktuation in einem Fließgleichgewicht) befinden. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Aufbau einer Kerzenflamme: sie benötigt ständige Zufuhr und Abfuhr von Energie und Stoffen, um ihre Stabilität aufrecht zu erhalten. Dieser andauernde Veränderungsprozess führt nicht notwendigerweise zu grösserer Unordnung – wie nach dem zweiten thermodynamischen Gesetz anzunehmen wäre – sondern ebenso zum Aufbau von Ordnungsstrukturen von höherer Komplexität (dissipative Strukturen), wie sie sich beispielsweise in der dauerhaften Form einer Kerzenflamme zeigen. Es wäre zu zeigen, dass im Bereich der Psyche symbolische Handlungen und Bilder eine analoge Dynamik hervorbringen. (Siehe hierzu: Schroeder, M. (1994). *Fraktale, Chaos und Selbstähnlichkeit. Notizen aus dem Paradies der Unendlichkeit*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag).

³² Nach Dorsch et. al., 1992, S. 218.

³³ Nach Vernooij, 2000, Seite 17.

³⁴ z. Bsp. Handhabung des Rollstuhles ohne Hilfe durch Betreuende, auch angesichts von Hindernissen, selbständiges Essen und Trinken, Erhöhung der sprachlichen Mitteilungsfähigkeit, etc.

8) Bibliographie

Axline, V.- M. (2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht direktiven Verfahren*. München: Reinhardt.

Brüggenbors, G. (1996). *Einführung in die holistische sensorische Integration (HSI). Teil 2. Von der HSI zur Sensorischen Balance*. Dortmund: Borgmann.

Budjahn, A. (1992). *Die Psychosomatischen Verfahren. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) und Gestaltungstherapie in Theorie und Praxis*. Dortmund: VML.

Dorsch, F., Häcker H. & Stapf, K.-H. (1992). *Psychologisches Wörterbuch*, Bern: Huber.

Fischer, A.-G., Murray, E.-A. & Bundy, A.-C. (2002). *Sensorische Integrationstherapie; Theorie und Praxis*. Berlin: Springer.

Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Jantsch, E. (1992). *Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist*. München: Hanser.

Kalf, D. (1996). *Sandspiel. Seine Therapeutische Wirkung auf die Psyche*. München: Reinhardt.

Kayser, A. & Kayser E. (2002). *Spiel, Spielen, Therapie. Eine Theorie des Spielens und ihre Anwendung auf das Spiel in der Ergotherapie*. (Reihe 2: Fachbereich Pädiatrie Band 5). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Laughlin, R. B. (1999). Nobel lecture: Fractional quantization. *Reviews of Modern Physics*, 71 (4), 863-874.

Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2000). Psychosomatik. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer Verlag.

Margulis, L. (1999). *Die andere Evolution*. Heidelberg: Spektrum.

Metzinger T. (Hrsg.) (1996). *Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie*. Paderborn: Schöningh.

Mindell, N. (1984). *Individuation als Leitmotiv krebserkrankter Kinder*. Vortrag gehalten an der Medica 1984: 16^{ter} Internationaler Kongress und Ausstellung Düsseldorf, Deutschland.

Mindell, N. (1994) *An evaluation of psychodynamics underlying stress, anxiety and depression in children with cancer*. Krebsforschung Schweiz: Scientific report, Grant Nr. Akt 70, Nov. 30, 1994.

Mindell, N. (1998). Children with Cancer: Encountering trauma and transformation in the emergence of consciousness. *The Arts in Psychotherapy*, 25 (1), 3-20.

Mindell, N. (2001). *Krebskranke Kinder - Trauma und Wandlungserlebnisse bei der Entwicklung des Bewusstseins*. In: Jungiana, Reihe A, Band 10.

Mindell, N., Eldred, D., Celi, E. & Senn, R. (1989). *Chrank sii... da kânt de Michi au. (Teil I: Im Bettehuus; Teil II: I dä Poliklinik; Teil III: Kinder erzählen von ihrer Krankheit.)* Drei 30 minütige Videofilme, die in Zusammenarbeit mit der T.V.-Abteilung der Universität Zürich und den Hämatologie- und Onkologieabteilungen des Kinderspitals Zürich produziert wurden.

Müller-Hohagen, J. (1992). Spezifische Probleme körperbehinderter Kinder und ihrer Familien aus psychotherapeutischer Sicht. *Frühförderung interdisziplinär*, 11, 73-85.

Müller-Hohagen, J. (1993). *Psychotherapie mit behinderten Kindern. Wege der Verständigung für Familien und Fachleute*. Heidelberg: Asanger.

Niehoff, D. (Hrsg.) (2003). *Methoden in Heilpädagogik und Heilerziehungspflege. Basale Stimulation und Kommunikatikon*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Prigogine, I. & Stengers, I. (1990). *Dialog mit der Natur. Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens*. München: Piper.

Thiele, A. (1999). *Infantile cerebral-Parese. Zum Verhältnis von Bewegung, Sprache und Entwicklung*. Berlin: Edition Marhold.

Saetre, A.-M. (2000). *Peter und Nadine- zwei ganz normale Kinder? Erkennen und Behandeln Sensorischer Integrationsprobleme.* (Praxis Ergotherapie). Dortmund: VML.

Schroeder, M. (1994). *Fraktale, Chaos und Selbstähnlichkeit. Notizen aus dem Paradies der Unendlichkeit.* Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Sperry, R. (1981). Changing Priorities. *Annual Review of Neuroscience*, 4, 1-15.

Stumm, G. & Pritz, A. (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie.* Frankfurt a. M.: Zweitausendeins.

Uexküll, T. von., Adler, R., Herrmann, J., Köhle, K., Schonecke, O., Weisack, W. (Hrsg.) (1998). *Psychosomatische Medizin.* München: Urban und Schwarzenberg.

Van der Kooij, R. (2000). Grundlagenprobleme der Sonderpädagogischen Psychologie. In Borchert, J. (Hrsg.) *Sonderpädagogische Psychologie.* Göttingen: Hogrefe,

Vernooij, M.-A. (2000). Psychologische Anthropologie – Pädagogische Anthropologie. In J. Borchert, (Hrsg.) *Sonderpädagogische Psychologie.* Göttingen: Hogrefe

Zetkin, M. & Schaldach, H. (1999). *Lexikon der Medizin.* Wiesbaden: Ullstein Medical.

*Spiel- und Psychotherapeutischer Kinderdienst
und Forschungsprojekt (SPKD)
Spyristrasse 7
CH-8044 Zürich*

*Tel. 043 243 61 51
Fax 043 243 61 52*

NEU:
Spielzeit Kinderpsychotherapie SPKD
Spyristrasse 7
CH-8044 Zürich

Tel. 043 243 61 51
Fax 043 243 61 52

Mail: admin@spielzeit-research.org
Web: www.spielzeit-research.org

© 2004, The M.-L. von Franz Institute for Studies Synchronicity, Spiel- und Psychotherapeutischer Kinderdienst und Forschungsprojekt SPKD, Zürich. Alle Rechte vorbehalten.