

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Eltern in der Rolle des personenzentrierten
Spieltherapeuten
- am Beispiel der Filialtherapie“

Verfasserin

Jasmin Hosinner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Bildungswissenschaft

Betreuer: Univ.- Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung der vorliegenden Diplomarbeit unterstützt haben.

Herrn Univ. Prof. Dr. Robert Hutterer möchte ich für die Betreuung meiner Diplomarbeit sowie für die wertvollen Hinweise und Anregungen zur Gestaltung dieser Arbeit danken.

Besonders möchte ich mich bei meinem Freund und meiner Schwester für das zeitaufwendige Korrekturlesen und die kritischen Bemerkungen bedanken. Nicht zuletzt gilt mein Dank meinen Eltern für die emotionale und finanzielle Unterstützung während meines Studiums.

Stilistische Anmerkung:

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

Inhaltsverzeichnis

I. Entwicklung der Problemstellung	1
II. Die wissenschaftliche Arbeitsmethode.....	5
III. Definition der Filialtherapie	11
3.1. Vorgänger	13
3.2. Entwicklung.....	14
3.3. Vertreter.....	18
3.1.1 Dr. Louise und Dr. Bernard Guerney	18
3.3.2. Dr. Garry L. Landreth.....	19
IV. Theoretisches Fundament der Filialtherapie	22
4.1. Personenzentrierte Psychotherapie.....	22
4.2. Entwicklungsstörungen	23
4.3. Spieltherapie vs. Filialtherapie	29
4.4. Unterschied zu traditionellen Elterntrainingsmodellen.....	31
V. Ziele der Filialtherapie.....	36
5.1. Auswirkung auf Eltern	37
5.2. Auswirkungen auf Kinder	37
5.3. Auswirkungen auf die Eltern- Kind- Beziehung.....	38
5.4. Gründe für den Einsatz von Eltern.....	39
5.5. Die Rolle des Therapeuten	42
5.6. Gegenindikationen.....	44
VI. Elterntraining.....	48
6.1. Gruppenprozesskomponente	48
6.2. Didaktische Komponenten	49
6.2.1. Prinzipien der Spielsitzung.....	51
6.2.2. Kindzentrierte Fähigkeiten	51
6.2.3. Stellung von Fragen.....	58
6.2.4. „Be- With“ Einstellungen.....	59

6.2.5. Reflektion des Inhalts und der Gefühle	60
6.2.6. Lob vs. Ermutigung	61
6.2.7. Wahlmöglichkeiten	63
6.3 Ausführung der Spielstunde	65
6.3.1. Spielzeugwahl	66
6.3.2. Auftretende Schwierigkeiten	68
VII. Filialtherapietrainingsmodelle	75
7.1. Das 10- Wochen - Filialtherapiemodell.....	76
7.2. Das 5- Wochen- Filialtraining	89
7.3. Das 2- Wochen- Filialtraining	89
7.4. Das 4- Samstage- Trainingsmodell.....	90
7.5. Das 2 -Tagestrainingsmodell	90
7.6. Das Telefontrainingsmodell	91
7.7. Individuelles Trainingsmodell	92
VIII. Filialtherapieforschungen	96
8.1. Überblick von Guerneys Forschungen	96
8.2. Studien mit Landreths Modell	97
8.2.1. Quantitative Studien	99
8.2.2. Qualitative Studien	103
8.3. Ergebnisse der Studien	105
8.4. Metaanalysen	107
8.4.1. Filialtherapie vs. Spieltherapie	108
8.4.2. Filialtherapeutische vs. traditionelle Elterntrainingsmodelle	117
IX. Zusammenfassung der Ergebnisse	126
X. Anhang	139
XI. Abbildungsverzeichnis.....	141
XII. Literaturverzeichnis	142
Lebenslauf	147

I. Entwicklung der Problemstellung

„Increases in societal problems that directly impact children-including fragmented families, child abuse, youth violence, substance abuse, and media violence-have placed additional demands on an already inadequate mental health system“(Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005, S.376). Gesellschaftsprobleme, wie Gewalt in den Medien, Kindes- und Substanzmissbrauch wirken sich auf Kinder in Form von emotionalen Problemen bzw. Verhaltensstörungen aus. „Mental illness“ ist heutzutage in den USA sogar die häufigste Krankheit von Kindern über fünf Jahren (Bratton et al., 2005, S.376).

Es wird eine frühe Intervention und die Beteiligung der Familie benötigt, um nicht nur die Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder zu verringern, sondern auch um ernsthafte lebenslange Beeinträchtigungen in der Entwicklung vorzubeugen (Bratton et al., 2005).

Die personenzentrierte Psychotherapie geht von der Annahme aus, dass in der Eltern-Kind- Beziehung ein Erziehungsverhalten, das von einfühelndem Verstehen, unbedingter Anerkennung und kongruentem Verhalten seitens der Eltern gekennzeichnet ist, die Entwicklung eines günstigen Selbstkonzepts bei dem Kind fördern kann (Schmidtchen, 2001).

Laut Siegfried Mrochen (2002) wird allerdings oft die Akzeptanz des Kindes mitsamt seinen Erfahrungen an Bedingungen geknüpft. Aus Zeitgründen oder Überängstlichkeit treffen die Eltern die Entscheidungen für ihre Kinder und berauben sie so der Möglichkeit selbst neue Wege zu entdecken und Selbstvertrauen aufzubauen. Jede Handlung des Kindes, die den Eltern nicht gefällt, wird korrigiert. Selten versuchen die Eltern die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und zu akzeptieren. „Zu frühe und zu scharfe Bewertungen hemmen das Grundbedürfnis der Annahme und damit die Entwicklung eines positiv getönten Selbstkonzeptes“ (Mrochen, 2002, S. 249). Kinder, die oft bewertet werden, fühlen sich oft verunsichert bezüglich ihrer Leistungen, zeigen geringes Selbstbewusstsein und wenig Durchhaltevermögen (Mrochen, 2002).

Von den Eltern werden auch häufig Strafen als Disziplinierungsmaßnahmen eingesetzt, die jedoch laut Thomas Gordon (2007) aggressives und unangepasstes Verhalten bei Kindern nicht verhindern können. Vielmehr hat es die gegenteilige Wirkung, sie steigern die Wut des Kindes anstatt sie zu besänftigen. Strafen führen demnach zu Aggressionen.

Nach Christian Fehringer (2006) haben gewalttätige Kinder meistens traumatische Erfahrungen von Vernachlässigung und Gewalt erlebt. „Etwa ein Drittel aller Kinder zwischen fünfzehn und siebzehn werden von ihren Eltern geschlagen“ (Gordon, 2007, S. 111). Jene Kinder, die von ihren Eltern gesehen haben, dass Gewalt ein Mittel ist mit dem Probleme scheinbar gelöst werden können, eignen sich dieses Verhalten an. Reinhard und Annemarie Tausch sprechen hier vom „Wahrnehmungslernen“. „In Frustrationssituationen leben Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene überwiegend das Verhalten, das sie durch Wahrnehmung des Verhaltens anderer Personen in ähnlichen und sonstigen Spannungssituationen lernten“ (Tausch & Tausch, 1998, S. 41).

Zusätzlich zu dem Ohnmachtgefühl, der Gewalt hilflos ausgesetzt zu sein, „verändern“ laut Fehringer (2006), „vor allem die seelischen Missachtungserfahrungen die Selbstbilder der betroffenen Kinder negativ“ (S. 180). Da häufig die Bezugspersonen fehlen oder wechseln, ist es für Kinder schwer, Identifizierungsmöglichkeiten zu finden. Aus diesem Grunde mangelt es den Kindern und Jugendlichen laut Fehringer (2006) auch oft an Symbolisierungsfähigkeit, die durch empathisches Verstehen und Zurückreflektieren der Erfahrungen und Gefühle der Kinder seitens der Eltern zustande kommt. So erlangt das Kind ein Bewusstsein von sich selbst und seinem Selbstkonzept.

Wenn die Eltern selbst traumatische und unverarbeitete Erfahrungen, wie Misshandlungen durchgemacht haben, wird der Spiegelungsprozess beeinträchtigt, da die eigenen Gefühle reflektiert werden und nicht die der Kinder. Es ist daher laut Fehringer (2006) wichtig, dass Kinder zumindest eine Vertrauensperson haben, mit der sie über ihre Probleme sprechen können.

Aufgrund der eben angeführten Gründe spielen Eltern eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung eines günstigen Selbstkonzepts sowie für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Da die Kinder ihre Eltern meist täglich sehen, nehmen sie ihr Verhalten wahr und eignen es sich aufgrund des „Wahrnehmungslernens“ an. Doch laut den Befunden von Tausch und Tausch (1998) sind „etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Äußerungen, in denen Erwachsene die Jugendlichen direkt ansprechen, ... geringschätzig-kalt“. Vor allem „in Konflikt- oder Krisensituationen ist das Ausmaß der Missachtung-Kälte-Härte besonders groß“ (S. 133). Viele Eltern präsentieren daher kein geeignetes, sondern ein, für die Entwicklung des Kindes beeinträchtigendes Erziehungsverhalten, das durch einen Mangel an einfühelndem Verständnis, unbedingter Anerkennung und kongruentem Verhalten seitens der Eltern gekennzeichnet ist (Schmidtchen, 2001).

Laut Tausch und Tausch (1998) haben zwar viele Eltern den Wunsch, den Kindern ihre Zuneigung zu zeigen, wissen aber nicht, wie sie das umsetzen können, da sie selbst etwa als Kind wenig Wärme und Akzeptanz erfahren haben.

Es kann daher gesagt werden, dass wir „als Gesellschaft die falschen Strategien an[wenden], um selbstzerstörerisches und gesellschaftlich inakzeptables Verhalten bei jungen Menschen zu verringern“ (Gordon, 2007, S. 20). Das traditionelle Erziehungsverhalten der Bestrafung ist anscheinend eine Ursache und nicht die Lösung der Probleme der Kinder (Gordon, 2007).

Zu den eingangs erwähnten wachsenden Problemen der Kinder kommt allerdings eine weitere Schwierigkeit hinzu. In Deutschland können mangels psychotherapeutischer Einrichtungen von den ca. 10-20% seelisch erkrankten Kindern nur etwa 3% behandelt werden (Schmidtchen, 2001). Die Eltern benötigen daher zusätzliche Hilfe. Eine Möglichkeit wäre nach Goetze (2002), den Eltern neue Erziehungsmethoden und einen entwicklungsförderlichen Umgang mit ihren Kindern, zu vermitteln. Daher würde er die Filialtherapie aus „primär-präventiven Überlegungen“ befürworten (S. 465). Er findet, dass „mit der Filialtherapie ... familiäre Selbsthilfepotenziale aktiviert [werden]: Eltern erfahren, dass sie mit relativ einfachen Mitteln, selbstwirksam entscheidend, zur Verbesserung der Familienatmosphäre beitragen können, ohne sich dauerhaft von einem Experten abhängig zu machen und bevormunden zu lassen“ (S. 465).

Die Filialtherapie verfolgt das indirekte Ziel, die in der Therapie gelehrtten Prinzipien und Verhaltensweisen in den Erziehungsalltag zu übertragen. Somit stellt sie nicht nur eine Therapieform, sondern auch einen Erziehungsansatz dar (Guerney, 1964).

Bis jetzt wird die Filialtherapie jedoch hauptsächlich in den USA, Großbritannien und Nordirland angewendet. Einzig Goetze hat den Versuch unternommen diese Therapieform zu Beginn des 21. Jahrhunderts auch in Deutschland einzuführen. Trotz allem ist sie im deutschsprachigen Raum wenig verbreitet und bekannt. Woran mag das liegen? Ist die Filialtherapie vielleicht doch nicht so wirksam wie die Spieltherapie nach Axline?

Die zentrale Forschungsfrage, mit der sich diese Arbeit beschäftigt, lautet demnach: *„Inwieweit eignet sich eine Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind?“*

Um diese Frage beantworten zu können, setzt sich die Autorin im Laufe der Diplomarbeit mit folgenden damit verbundenen Fragen auseinander:

- Wie wird die Filialtherapie definiert und welche Struktur weist sie auf?
- Wie hat sie sich geschichtlich entwickelt und wer hat sie begründet?
- Wie werden die Eltern in die Filialtherapie miteinbezogen?
- Sind alle Eltern für diese Therapieform geeignet?
- Welche Schwierigkeiten können dabei auftreten?
- Was sind Entwicklungsstörungen?
- Wie entstehen diese?
- Gibt es Forschungen bzw. Metaanalysen zur Wirksamkeit der Filialtherapie?

II. Die wissenschaftliche Arbeitsmethode

Die Arbeitsmethode, die in dieser Diplomarbeit angewendet wird, ist die der Hermeneutik. Der Begriff „Hermeneutik“ stammt aus dem Griechischen und hat laut Helmut Danner (1998, S.31) drei Bedeutungen: „aussagen (ausdrücken), auslegen (erklären) und übersetzen (dolmetschen)“. Die hermeneutische Methode wird verwendet um Verstehen zu vermitteln. Wenn demnach ein Inhalt ausgedrückt bzw. erklärt wird, soll dieser von anderen verstanden werden und auch nachvollziehbar sein.

Eine Übersetzung wird dann benötigt, „wenn Fremdsprachliches verstanden werden soll“ (Danner, 1998, S. 31). Das ist in dieser Arbeit der Fall, da hauptsächlich englischsprachige Texte herangezogen werden. Da eine wörtliche Übersetzung meist nur schlecht den Sinn bzw. die Bedeutung des Inhalts erfasst, muss „der ausgesagte Sachverhalt vom ‚Geist‘ der einen Sprache in den ‚Geist‘ der anderen herübergeholt werden“ (Danner, 1998, S. 31). Es wird daher bei der hermeneutischen Methode auch von der „Kunst der Auslegung“ gesprochen (Danner, 1998, S. 31).

Die Hermeneutik ist allerdings mehr als „bloße“ Textauslegung. „Es ist eine geisteswissenschaftliche Methode für das Erkennen und Verstehen“ (Lassahn, 2000, S.40). Doch bevor Sachverhalte und Zusammenhänge erkannt und verstanden werden können, muss der „Blick auf Bestehendes“ gerichtet werden (Lassahn, 2000, S.40). Daher hat sich die Autorin zuvor auf die Suche nach Literatur über die Filialtherapie begeben. Bei folgenden Datenbanken sind Artikel gefunden worden: ERIC Database, PsycINFO, PSYINDEX und Education Index.

An dieser Stelle wird angemerkt, dass es zwar nicht an englischsprachiger Literatur über die Filialtherapie mangelt, es aber trotzdem zu einer Einschränkung aufgrund der Erhältlichkeit der Publikationen gekommen ist, da viele Artikel und Bücher in Österreich nicht oder nur unter hohen Kosten erhältlich sind. Aus diesem Grund beziehen sich die Inhalte dieser Arbeit hauptsächlich auf Publikationen von Landreth, Bratton und dem Ehepaar Guerney. Es sollte der Darstellung des filialtherapeutischen Modells jedoch nicht schaden, da die erwähnten Vertreter als Hauptvertreter bzw. Begründer der Filialtherapie gelten.

Verstehen

„Es ist der Inhalt der *Hermeneutik*, den Verstehensvorgang zu untersuchen und ihn zu strukturieren“ (Danner, 1998, S.31). Der Begriff des Verstehens spielt in der Hermeneutik eine zentrale Rolle.

Wilhelm Dilthey unterscheidet zwischen „psychologischem“- und „Sinn- Verstehen“. Ersteres ist das subjektive, gefühlsbezogene, sich in andere hineinversetzende und zweiteres das objektivere, einen Zusammenhang herstellende Verstehen, das auch bei der Hermeneutik angewendet wird (Danner, 1998).

Weiters wird zwischen einem „elementaren“ und einem „höheren Verstehen“ unterschieden. Ersteres findet im Alltag statt, im täglichen Umgang mit anderen Menschen, die wir durch deren Mimik, Gestik und Handlungen unmittelbar verstehen. Im Gegensatz dazu stellt das „höhere Verstehen“ komplexe Zusammenhänge des individuellen oder allgemeinmenschlichen Lebens her. Es basiert auf elementarem Verstehen und stellt den Kern der Hermeneutik dar (Danner, 1998).

In der Hermeneutik wird demnach ein „Sinn- Verstehen“ und ein „höheres Verstehen“ verwendet.

In dieser Arbeit hat das Verstehen auch eine wesentliche Rolle. Unter den einzelnen englischsprachigen Publikationen muss der größere Sinnzusammenhang erfasst werden, um ein ganzheitliches Bild von dem filialtherapeutischen Konzept und dem speziellen Elterntraining zu erhalten.

Allgemeingültiges Verstehen

Bei Hans- Georg Gadamer stehen „Autor und Interpret nicht unbeteiligt über der Geschichte“, sondern sind selbst ein Teil von ihr und wirken sich auf diese aus, weshalb er diese als „Wirkungsgeschichte“ bezeichnet (Danner, 1998, S. 88). Jeder Autor befindet sich in einer spezifischen „hermeneutischen Situation“, die von seinem subjektiven Vorverständnis und seinen Vorurteilen geprägt ist (Danner, 1998, S.87). Das bedeutet, dass der Sinn eines Textes je nach Autor und Vorverständnis unterschiedlich ausfällt und dadurch eine andere Erkenntnis gewonnen wird.

Kritiker werfen daher der Hermeneutik vor sich in der Subjektivität zu verlieren, da sie kein allgemeingültiges Verstehen präsentieren (Danner, 1998).

Unter dem Begriff der Allgemeingültigkeit sind Vorgänge zu verstehen, die „wiederholbar sind und zwar völlig *identisch*; sie sind von jedem jederzeit überprüfbar“ (Danner, 1998, S. 52).

Da es die Pädagogik allerdings „mit konkreten Menschen zu tun hat, über die im letzten keine allgemeingültigen Aussagen möglich sind“, schlägt Otto Friedrich Bollnow vor, den Begriff der „Objektivität als Kriterium der Verbindlichkeit anzuerkennen“ (Danner, 1998, S. 53).

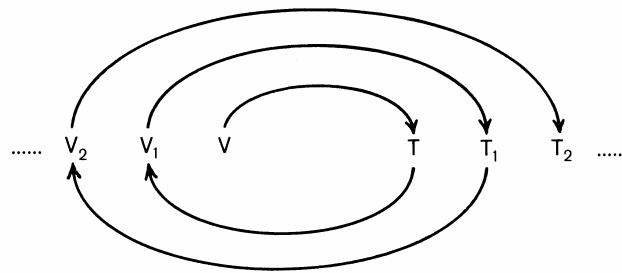
Durch die Objektivität sollen Sachverhalte kritisch reflektiert und Sinnzusammenhänge erfasst werden. Da sich die Geschichte, die Kultur und die „hermeneutische Situation“ auf die Objektivität des Interpreten auswirkt, muss die Hermeneutik „den jeweiligen Verstehens- Horizont im Hinblick auf den Kulturraum und die geschichtliche Situation erhellen“ (Danner, 1998, S. 51).

Des weiteren muss der Interpret auch die Geschichte und die Kultur, aus welchem der Text bzw. das Thema stammt, in den Verstehensprozess miteinbeziehen, um objektive Aussagen treffen zu können.

Um das filialtherapeutische Konzept zu verstehen erfolgt bei dieser Arbeit daher eingangs die geschichtliche Entwicklung der Filialtherapie. Es wird erklärt in welchem Kontext sie entstanden ist, um diesen in den „Verstehens- Horizont“ integrieren zu können und objektive Sinnzusammenhänge herstellen zu können.

Hermeneutischer Zirkel

Beim „höheren Verstehen“ kommt ein hermeneutisches Interpretieren zustande. Dieses wird „durch die Bewegung des *hermeneutischen Zirkels* gekennzeichnet“ (Danner, 1998, S. 66).



V = Vorverständnis; T = Textverständnis; V₁ = erweitertes Vorverständnis;
T₁ = erweitertes Textverständnis usw.

Abbildung 1 – Hermeneutischer Zirkel, (Danner, 1998, S.57)

In dieser Abbildung 1 wird von einem Vorverständnis sowie von einem „Verstehens-Horizont“, der durch die persönlich und kulturell bedingte Sichtweise des Interpreten geprägt ist, ohne den der Text nicht verstanden werden kann, ausgegangen. Durch die Informationsauslegung des Textes, ändert sich das Vorverständnis des Interpreten und wird korrigiert. Wenn der Text erneut gelesen wird, erweitert sich aufgrund des erweiterten Vorverständnisses auch das Textverständnis (Danner, 1998).

Gadamer spricht hier auch von der „hermeneutischen Situation“, die sich auf unser Verstehen auswirkt (Danner, 1998, S.87). Da sich die „hermeneutische Situation“, die von den eigenen Vorurteilen und dem eigenem Vorverständnis geprägt ist, auf den „Verstehens- Horizont“ und die Objektivität auswirkt, wird im Folgenden die Situation der Autorin dargelegt.

Die Autorin bringt ein Vorverständnis für die Prinzipien und die Geschichte der personenzentrierten Psychotherapie und Spieltherapie mit. Dieses erleichtert das Textverständnis über die Filialtherapie, da es auf den Prinzipien der Spieltherapie basiert. Das filialtherapeutische Konzept ist jedoch neu für sie. Die Gefühle, mit der sie der Filialtherapie gegenübersteht sind ambivalent. Um die Objektivität nicht zu verlieren und eine vorbehaltlose und offene Beschäftigung mit der Literatur zu ermöglichen, werden diese Gedanken nun bewusst gemacht. Einerseits glaubt die Autorin an das Potential der Filialtherapie um Eltern neue entwicklungsförderliche Wege für den Umgang mit ihrem Kind aufzuzeigen, andererseits steht sie der Aufgabe der Eltern als therapeutische Vertreter Spielsitzungen mit dem eigenen Kind durchzuführen skeptisch gegenüber.

Pädagogische Hermeneutik

In der Pädagogik hat die Hermeneutik die Aufgabe „den Bereich des Vorverständnisses zu erhellen, um ihn so in die wissenschaftliche Überlegung mit einzubeziehen“ (Danner, 1998, S.92). Im vorherigen Absatz ist auf das Vorverständnis der Autorin schon näher eingegangen worden.

Eine zweite Aufgabe der Hermeneutik stellt die Interpretation, die Auslegung von Texten dar. Bei der pädagogischen Hermeneutik kann das Alltagsverstehen, worunter auch das „elementare Verstehen“ fällt, miteinbezogen werden. Wichtig ist jedoch, dass nicht bei dem „elementaren Verstehen“ aufgehört wird, sondern einzelne Abläufe der Erziehungssituation reflektiert und in einen größeren Zusammenhang gestellt werden, damit ein „höheres Verstehen“ möglich wird (Danner, 1998).

In dieser Arbeit werden einzelne Komponenten der Filialtherapie untersucht. Es wird der Ablauf, die Zeitstruktur einer Elterntrainingssitzung und der didaktische Inhalt des filialtherapeutischen Konzepts näher untersucht, um die Filialtherapie im Gesamtbild sehen zu können und schließlich Aussagen über diese treffen zu können.

Die „Hermeneutik erhellt sinnhaltige Sachverhalte, kann aber Neues nicht begründen. ... d.h. sie ist auf ergänzende Methoden angewiesen, so wie sie diese ergänzt“ (Danner, 1998, S. 116). Durch die Hermeneutik werden zwar einzelne Teile einer bestimmten Situation bzw. Textes reflektiert und auf den Sinnzusammenhang eingegangen, allerdings kann alleine durch diese Methode nicht die folgende Fragestellung beantwortet werden: „Inwieweit eignet sich eine Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind?“. Deshalb ist die Autorin auf zwei Metaanalysen, die quantitativ gewonnen worden sind, angewiesen. Sie verwendet deren Ergebnisse, die sie wiederum hermeneutisch reflektiert, interpretiert und strukturiert um Aussagen über die Eignung der Filialtherapie als Behandlungsmethode von Entwicklungsstörungen zu erzielen.

Zusammengefasst kann daher gesagt werden, dass in dieser Arbeit untersucht wird, ob die Filialtherapie eine geeignete Möglichkeit darstellt um Entwicklungsstörungen beim Kind zu behandeln. Hierfür wird mithilfe der hermeneutischen Methode zuerst das Vorverständnis der Autorin bewusst gemacht, wodurch eine vorbehaltlose Beschäftigung mit der Literatur möglich wird. Bei dem Studium neuer Literatur hat sich aufgrund des hermeneutischen Zirkels das Textverständnis der Autorin erweitert, indem das vorhergehende Wissen neu strukturiert und ergänzt worden ist.

Die englischsprachigen Publikationen über die Filialtherapie werden zunächst hermeneutisch reflektiert, interpretiert und strukturiert um ein ganzheitliches Bild von der Geschichte, den wichtigsten Vertretern und den einzelnen Komponenten des Trainings zu erhalten. Anschließend werden zwei Metaanalysen hermeneutisch interpretiert um eine Aussage über die Eignung der Filialtherapie als Behandlungsmethode für Entwicklungsstörungen treffen zu können.

Durch diese Diplomarbeit wird demnach ein Blick auf den geschichtlichen Hintergrund, die Inhalte und die Struktur von Elterntrainingssitzungen sowie die Effektivität einer in Österreich kaum bekannten Therapieform geworfen.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin zur weiteren Auseinandersetzung mit der Filialtherapie, sowie zu Forschungen in diesem Bereich anzuregen.

III. Definition der Filialtherapie

Es können zwei traditionelle Therapieformen zur Lösung von emotionalen Problemen des Kindes unterschieden werden, die Kindertherapie und die Familientherapie.

Bei der Kindertherapie arbeitet ein Therapeut individuell mit einem Kind ausgerichtet auf dessen Bedürfnisse und hilft ihm bei der Lösung seiner Konflikte.

Bei der Familientherapie arbeitet hingegen ein Therapeut mit den Eltern an der Änderung der Interaktionsformen innerhalb der Familie. Beide Formen würden nach Bernard Guerney (1964) zur Aufhebung des kindlichen Fehlverhaltens führen.

Eine weitere nicht so verbreitete Therapieform, stellt die Filialtherapie dar, die in dieser Arbeit ausführlich behandelt wird. Diese stellt eine Verbindung von individueller Kindertherapie und Familientherapie dar, bei der die Eltern in die Behandlung ihres Kindes miteingebunden werden und stellvertretend zu dem Therapeuten als sogenannter „therapeutic agent“ in der Spielsitzung mit ihrem Kind eingesetzt werden (Guerney, 1964).

Der Begriff „filial therapy“ wurde von dem Ehepaar Guerney geprägt. „Filial“ stammt vom lateinischen Wort „filius“ der Sohn, bzw. „filia“ die Tochter. Übersetzt bedeutet Filialtherapie daher „Therapie mit dem Sohn bzw. der Tochter“ (Van Fleet, 2007).

Da die Bezeichnung Filialtherapie nicht direkt an die Familie gerichtet ist, wird sie vom Ehepaar Guerney (1987) auch noch als „Child Relationship Enhancement Therapy“ (CRE), sowie bei Garry Landreth (1991) als „Child Parent Relationship Therapy“ (CPRT) bezeichnet (Landreth & Bratton, 2006).

Die Filialtherapie ist 1964 von Bernard Guerney in den USA entwickelt worden. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Form der personenzentrierten Spieltherapie, die bei Kindern zwischen 2 und 10 Jahren angewendet wird (Landreth & Bratton, 2006).

Die Filialtherapie wird wie folgt definiert:

A unique approach used by professionals trained in play therapy to train parents to be therapeutic agents with their own children through a format of didactic instruction, demonstration play sessions, required at-home laboratory play sessions, and supervision in a supportive atmosphere. Parents are taught basic child-centered play therapy principles and skills including reflective listening, recognizing and responding to children's self-esteem, and structuring required weekly play sessions with their children using a special kit of selected toys. Parents learn how to create a nonjudgmental, understanding, and accepting environment that enhances the parent-child relationship, thus facilitating personal growth and change for child and parent. (Landreth & Bratton, 2006, S. 11)

Die Filialtherapie stellt einen Behandlungsansatz für Kinder mit sozialen und emotionalen Problemen sowie Verhaltensauffälligkeiten dar. Im Unterschied zur traditionellen Spieltherapie führt ein vom Therapeuten trainiertes Elternteil zu Hause selbstständig mit seinem Kind Spielstunden durch, die in wöchentlichen Supervisionstreffen mit einem Therapeuten besprochen werden (Landreth & Bratton, 2006).

Die Filialtherapie ist der einzige Ansatz, bei dem Eltern in den grundlegenden „child-centered skills“, die in dieser Arbeit als „kindzentrierte“¹ Fähigkeiten, Einstellungen, bzw. Prinzipien der Spieltherapie bezeichnet werden, wie aktives Zuhören, empathisches Verstehen, Erkennen der kindlichen Bedürfnisse, therapeutisches Grenzen setzen und Aufbauen der Selbstachtung des Kindes, ausgebildet werden, um als therapeutische Vertreter mit ihrem eigenen Kind Spielsitzungen durchführen zu können (Landreth & Bratton, 2006).

Aufgebaut ist das Training aus didaktischen Einheiten, Demonstrationen von Spielsitzungen, regelmäßigen zu Hause durchgeführten Spielsitzungen, wie auch Supervisionen. In diesen strukturierten, halbstündlichen Spielsitzungen, bei denen speziell ausgewähltes Spielzeug (s. Kapitel 6.3.1.) verwendet wird, schaffen die Eltern eine wertungsfreie, verstehende und akzeptierende Atmosphäre. Dieser Ansatz führt nach Landreth und Bratton (2006) zu einer Verbesserung der Eltern- Kind- Beziehung und ermöglicht ein persönliches Wachstum sowie eine positive Veränderung für das Kind wie auch das Elternteil.

¹ Die personenzentrierten Prinzipien von Carl Rogers werden in dieser Arbeit, wenn sie sich auf die Spieltherapie und auf die Filialtherapie beziehen als „kindzentriert“ bezeichnet, analog zum Ausdruck „child-centered“ in den englischsprachigen Texten, um zu verdeutlichen, dass es um das Erkennen und Verstehen der Bedürfnisse der Kinder geht und diese im Zentrum stehen.

„The objective of this approach is to help the parent become the primary change agent in the child's life by using the naturally existing bond between parent and child" (Landreth & Bratton, 2006, S.7). Da die Eltern eine stärkere emotionale Bedeutung für das Kind haben als der Therapeut, baut dieser Ansatz auf dem natürlich existierenden Band zwischen den Eltern und dem Kind auf. Die Eltern lernen eine therapeutische Beziehung zu dem Kind aufzubauen, durch die beide eine Veränderung erfahren (Landreth & Bratton, 2006).

Ursprünglich fand die Filialtherapie bei Guerney (1964) im Gruppenformat bei einer Dauer von ca. 12 Monaten statt. Landreth (1991) wendet diese Therapieform zwar auch bei Elterngruppen an, allerdings in einer gekürzten Form von 10 Wochen. Die Gruppenform hat den Vorteil, dass sich die Eltern gegenseitig unterstützen und motivieren können. Es gibt auch zwei Vertreter nämlich Ginsberg (1997) und VanFleet (1994), beide Protégés von Guerney, die das filialtherapeutische Konzept nur bei Einzelfamilien und Paaren anwenden (Landreth & Bratton, 2006).

Der Fokus dieser Diplomarbeit wird auf Landreths 10- Wochenfilialtherapiemodell gelegt, da hauptsächlich sein Modell bei den Forschungen und Metaanalysen Anwendung findet.

3.1. Vorgänger

Nach Bernard Guerney (1964) gibt es drei Vorgänger der Filialtherapie. Zunächst Sigmund Freud, der 1959 bei der Analyse einer Phobie bei einem fünfjährigen Jungen, die therapeutische Behandlung in die Hände des Kindesvaters legte. Freud gab dem Vater Anweisungen, wie er seinen Jungen zu Hause behandeln sollte. Freud selbst sah das Kind nie.

Der zweite ist Clark Moustakas, der im gleichen Jahr vorschlug die Spieltherapie von „relativ normalen“ Kindern zu Hause von den Eltern durchführen zu lassen. Er liefert detaillierte Beschreibungen dieser speziellen Spieltherapie. Darin wird von sehr positiven Erfahrungen von Müttern und Kindern in der sogenannten „relationship therapy“ berichtet (Moustaka, 1959 in Guerney, 1964, S.305).

Die dritte und für Guerney (1964) wichtigste ist Dorothy Baruch, die schon 1949 anschauliches Material über zu Hause durchgeführte Spielstunden mit Pflegekindern, verfasst hat. Mit Hilfe der Spielstunden konnte eine gute Beziehung zu den Pflegeeltern aufgebaut werden.

Moustaka und Baruch haben beide nach den Prinzipien von Carl Rogers gearbeitet. Die Eltern haben jedoch im Unterschied zur Filialtherapie nicht mit emotional beeinträchtigten Kindern gearbeitet und auch keine Instruktionen oder Supervisionen von einem Therapeuten erhalten (Guerney, 1964).

3.2. Entwicklung

Schon Ende der 1950er betrachtete Bernard Guerney die Eltern als höchst wirksame Teilnehmer an der Behandlung ihrer Kinder und holte sie daher als ersten Schritt als Beobachter in sein Spieltherapiezimmer herein. Anschließend erklärte er ihnen kurz die Gestaltung der Spielsitzung. Als nächsten Schritt übertrug er den Eltern eine größere Rolle im therapeutischen Prozess.

Aufgrund erfolgreicher Erfahrungen konzipierte Guerney ein Trainingsprogramm für Eltern, bei dem diese in grundlegenden kindzentrierten Spieltherapieprinzipien ausgebildet wurden und Fähigkeiten erlernten, um als therapeutischer Vertreter im Leben ihres Kindes zu fungieren. Er verwendete hierfür die theoretischen Prinzipien der personenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers und die Spieltherapieprinzipien von Virginia Axline. Wie Axline setzte er das Spiel als primäres Mittel ein, um die Probleme des Kindes auszudrücken und zu verarbeiten (Landreth & Bratton, 2006).

Guerneys Prämisse (1964) für seinen Ansatz lautete, dass die Probleme des Kindes oft das Produkt des elterlichen Mangels an erzieherischem Wissen und Fähigkeiten waren. Daher schlug er vor, das problematische Verhalten des Kindes, das aufgrund der elterlichen Einstellungen und Verhaltensweisen erzeugt worden war, auch wieder durch die Eltern verbessern zu lassen.

Das war laut Landreth und Bratton (2006) eine revolutionäre Idee, da das Gesundheitssystem zu dieser Zeit die Probleme des Kindes gewöhnlich als das Produkt der Pathologie der Eltern wahrgenommen hatte. Die Sicht des Gesundheitssystems, dass die Eltern als pathologisch, demnach krank betrachtet wurden und nun laut Guerny als therapeutische Vertreter im Leben ihrer Kinder eingesetzt werden sollten, stellte für diese Zeit einen radikalen Ansatz dar (Landreth & Bratton, 2006).

1964 verfasste Bernard Guerny seinen ersten Artikel „Filial Therapy: Description and Rationale“, der die Prinzipien und die Ergebnisse der Filialtherapie vorstellte.

1967 präsentierten Stover und Guerny weitere Vorzüge der Filialtherapie gegenüber der Spieltherapie. Bei den Eltern, die in ihrer Rolle als therapeutischer Vertreter bestärkt wurden, reduzierten sich Gefühle von Schuld und Hoffnungslosigkeit, die sich sonst aufgrund der Abhängigkeit von einem Therapeuten bei der Behandlung ihres Kindes einstellen hätten können. Zusätzlich lernten die Eltern effektivere Wege in der Interaktion mit ihrem Kind kennen. Dieses Konzept stellte ein höheres Potential für längerfristige Veränderung dar, weil die Eltern die gelernten Fähigkeiten und Einstellungen im Leben ihres Kindes auch nach der Filialtherapie aufrechterhalten und weiterführen konnten (Landreth & Bratton, 2006).

Die Filialtherapie stellte auch die Lösung für den Therapeutenmangel dar, da das Gruppenformat auf eine Maximierung der Ressourcen abzielte. So konnten in einer Sitzung bis zu acht Eltern teilnehmen, in der Zeit in der ein Therapeut sonst traditioneller Weise nur ein Elternteil und Kind behandelte. Die Filialtherapie ermöglichte es dem Therapeuten daher mehr Familien zu behandeln, was wiederum auch für die Familien von Vorteil war, die dadurch schneller Hilfe bekamen. (Guerny, 2000).

Die nächste Stufe in der Entwicklung des filialtherapeutischen Ansatzes war der Aufbau eines fundierten Forschungsprogramms um die Effektivität des Elterntrainingsprogramms zu verifizieren. Bei der Forschung half Bernards Frau Louise Guerny an der Universität Rutgers mit (Guerny, 2000).

Obwohl Guerneys frühe Forschungsergebnisse laut Landreth und Bratton (2006) hoch ermutigend waren und eine solide Basis für weitere Filialtherapieforschungen darstellten, spielte die Filialtherapie trotz allem in den ersten Jahrzehnten keine große Rolle im Gesundheitssystem. Erst ab 1990 rückte sie, durch Studien, bei der ein adaptiertes Konzept von Landreth verwendet wurde, wieder in den Blickpunkt.

Da Landreth es sehr schwierig fand Eltern für ca. ein Jahr zu begeistern, und die Ausfallrate nach einem Semester hoch sein konnte, kürzte er das Modell. Seine ersten Filialtherapiegruppen waren für 15 Wochen konzipiert. Aufgrund seiner Erfahrung, dass die Eltern in den letzten 4-5 Sitzungen schwieriger zu motivieren waren um am Training regelmäßig teilzunehmen, kürzte er das Modell zunächst auf 12 Wochen. Da auch bei dieser Länge viele Ausfälle erfolgten, wählte er das heute geläufige 10-Wochen- Filialtherapiemodell, das sofort Erfolg bei der Teilnehmeranzahl zeigte. Hier treffen einander sechs bis acht Eltern zehn Mal zu Trainingssitzungen, die einmal wöchentlich für zwei Stunden stattfinden (Landreth & Bratton, 2006).

Weil der Begriff Filialtherapie keinen Bezug zu den Eltern hatte, begann Landreth in den späten 80ern seinen Ansatz für Eltern zu vermarkten, und wählte zunächst den Begriff „Child-Parent-Relationship (C-P-R) Training“, der jedoch nach weiteren strukturellen Verbesserungen durch den Begriff „Child Parent Relationship Therapy“ (CPRT) ersetzt wurde, um sein Modell von anderen Filialtherapiemodellen zu unterscheiden (Landreth & Bratton, 2006).

Im Gegensatz zu Guerney, der nur mit emotional beeinträchtigten Kindern gearbeitet hatte, ist Landreths Modell für die unterschiedlichsten Probleme und Populationen vorgesehen (s. Kapitel 8.2). Die Erfahrung und der Erfolg mit seinem Modell zeigten, dass Ehepaare auch in derselben Gruppe teilnehmen konnten, da auf diese Weise auch in geeignetem Maße einzelne Eheprobleme bearbeiten wurden (Landreth & Bratton, 2006).

Da die Filialtherapie schon vor über 40 Jahren in den USA entwickelt worden ist, stellt sich die Frage, warum sie sich in Österreich noch nicht etablieren konnte. Nach Guerney gab es verschiedenste Barrieren mit der die Filialtherapie in den USA zu kämpfen hatte, auf die im Folgenden eingegangen wird:

Aus Guerneys Perspektive (2000) gab es in den 60er Jahren für die Filialtherapie viele Barrieren zu überwinden bis sie schließlich akzeptiert worden war. Erstens war zu dieser Zeit der Einfluss Freuds noch sehr stark, dadurch waren die meisten Behandlungen individuell durchgeführt worden. Das Feld der Familientherapie war zu dieser Zeit noch neu und interpersonelle Arbeit mit mehreren Familienmitgliedern wurde mit Skepsis betrachtet. Diese Gründe, sowie die Ansicht, dass die Probleme des Kindes Symptome der elterlichen Pathologie waren, erschwerten nach Guerny (2000) den Durchbruch der Filialtherapie.

In den 70er Jahren tauchte mit dem Konzept des Behaviorismus eine neue Erschwernis für die Etablierung der Filialtherapie auf. Zwar lehrte das Ehepaar Guerny ihren Hochschulabsolventen an der Universität Rutgers und Penn State den filialtherapeutischen Ansatz, jedoch wurde dieser durch die Adaptierung des verhaltenstherapeutischen Ansatzes auf die Spieltherapie nahezu verdrängt (Guerny, 2000).

Erst in den 80er Jahren durch die Gründung der „Association for Play Therapy“ (APT) und der Erkenntnis, dass der Behaviorismus nicht ein Allheilmittel darstellte, bekam der Bereich der personenzentrierten Spieltherapie wieder neuen Schwung. Die Filialtherapie erlangte jedoch erst ab den 90er Jahren durch Landreths Studien mit seinem 10- Wochenfilialtherapiemodell allgemeine Anerkennung (Guerny, 2000).

Demnach war die Filialtherapie ihrer Zeit voraus. Doch der Kontext, in welchem sie sich augenblicklich befindet, hat sich seit 1964 erheblich geändert. Die Arbeit mit mehreren Familienmitgliedern ist jetzt nicht nur eine weithin anerkannte und verwendete Praxis, sondern es wird auch das hilfreiche Potential der Familienmitglieder, sowohl erkannt als auch genutzt (Guerny, 2000).

Die Barrieren mit denen die Filialtherapie in den USA zu kämpfen hatte, können vielleicht als die Gründe, warum diese Therapieform noch nicht nach Österreich „vorgedrungen“ ist, betrachtet werden. Als die Spieltherapie in Amerika entwickelt und im deutschsprachigem Raum etabliert² worden ist, bedarf es auch über 20 Jahre.

² Axline verfasste 1947 das Buch „Play Therapy“ in Amerika, welches im deutschsprachigen Raum zuerst 1959 von Annemarie und Reinhard Tausch als „Kinderpsychotherapie im nicht-direktiven Verfahren“ publiziert wurde. Erst ab den 70ern beschäftigten sich auch andere Vertreter wie Schmidtchen und Goetze mit der Etablierung der Spieltherapie im deutschsprachigen Raum (Goetze, 2002).

3.3. Vertreter

Im folgenden Subkapitel erfolgt ein kurzer Auszug aus dem beruflichen Leben dreier grundlegender Vertreter der Filialtherapie. Es wird hier eine Eingrenzung vorgenommen, bei der nur die, für die Autorin relevantesten Filialtherapeuten vorgestellt werden, nämlich das Ehepaar Guerney, welches die Filialtherapie konzipiert und Landreth, der das 10- Wochenfilialtherapiemodell geschaffen hat.

3.1.1 Dr. Louise und Dr. Bernard Guerney

Bernard Guerney ist der Begründer von "The National Institute of Relationship Enhancement"[®] (NIRE), einer non- profit Gesellschaft für Erziehung, die 1992 aus der Organisation seines Vaters „The Institute for the Development of Emotional and Life Skills“ (IDEALS), die 1972 gegründet wurde, hervorgegangen ist (National Institute of Relationship Enhancement [NIRE], 2008).

Er ist, wie seine Ehefrau Louise Guerney international anerkannt als einer der bekanntesten und innovativsten Therapeuten. Sein Fachgebiet liegt in der Ehe- und Familientherapie, wobei ihres in der kindzentrierten Spieltherapie liegt.

Louise Guerney ist ein Gründungsmitglied von „the Association for Play Therapy“. Mit ihrem Ehemann Bernard Guerney, hat sie die Filialtherapie entwickelt, die auch als "Child Relationship Enhancement"[®] Family Therapy“ bekannt ist (NIRE, 2008).

Bernard Guerney hat vor mehr als 25 Jahren an der Universität Pennsylvania ein Einzel- und Familienberatungszentrum gegründet, welches er noch immer leitet.

Das Ehepaar hat gemeinsam Präsentationen und Workshops auf vier Kontinenten durchgeführt, bevor sie Leiter des Spiel- und Filialtrainingprogramms beim „National Institute of Relationship Enhancement"[®] (NIRE) wurden.

Sie haben mehr als hundert Psychologen ausgebildet und Supervisionen durchgeführt, sowie über 90 Artikel, Bücher und Videos zur Kinder-, Familien- und Paartherapie verfasst.

Bernard Guerney hat ein eigenes Buch mit dem Titel „Relationship Enhancement: Skill Training Programs for Therapy, Problem Prevention, and Enrichment“ geschrieben, das die Integration von Theorie, Forschung und Praxis im Familienkontext erfasst (NIRE, 2008).

Des Weiteren haben sie verschiedene Elterntrainingsprogramme entwickelt, wie beispielsweise das Pflegeelterntrainingsprogramm, welches aufgrund der Kooperation mit dem Wohlfahrtsdepartment von Pennsylvania entstanden ist.

Beide gehören auch zur redaktionellen Kommission unterschiedlichster Kinder-, Familien- und Eheorientierter Therapiezeitschriften, wie z.B. „The International Journal of Play Therapy“. Bernard und Louise Guerney haben auch viele nationale Preise gewonnen, wie 1983 „Mace Medal for Contributions to Marital Enrichment“ und 1988 „Marriage and Family Therapy Award“ (NIRE, 2008).

3.3.2. Dr. Garry L. Landreth

Garry L. Landreth hat zuerst als Hochschulberater und anschließend als Universitätsprofessor am „Counselor Education Department“ an der Universität von North Texas Karriere gemacht. Heute ist er international bekannt für die Förderung der Entwicklung der Spieltherapie. 1991 hat er das Modell der 10-Wochen-Gruppenfilialtherapie eingeführt (Watts & Broaddus, 2002).

Er ist der Begründer und Direktor des Spieltherapiezentrum in North Texas, welches das größte Spieltherapietrainingsprogramm der Welt anbietet. Er ist weiters ein Gründungsmitglied der „Association for Play Therapy“.

Landreth hat Workshops zur Spiel- und Filialtherapie in den USA, Kanada, Europa, China, Südafrika und Südkorea geleitet. Er hat mehr als hundert Publikationen verfasst, darunter drei Bücher über die Gruppenberatung und sieben über die Spieltherapie. Für sein Buch „Play Therapy: The Art of the Relationship“, das auch ins Chinesische, Russische und Koreanische übersetzt worden ist, hat er eine Auszeichnung bekommen (Watts & Broaddus, 2002).

Landreth hat auch zahlreiche Auszeichnungen bekommen, wie beispielsweise den „Virginia Axline Distinguished Professional Award“ und den „Texas Association for Play Therapy Distinguished Contribution Award“ (Watts & Broaddus, 2002).

Zusammenfassung

Bevor die zentrale Frage dieser Arbeit, inwieweit sich die Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme um Entwicklungsstörungen beim Kind zu behandeln eignet, näher untersucht werden kann, ist als erster Schritt die geschichtliche Entwicklung und die Definition der Filialtherapie dargestellt worden. Die wesentlichsten Fakten werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Schon Ende der 1950er Jahre überlegte sich Bernard Guerney, wie die Eltern am Wirksamsten in die Spieltherapie ihres Kindes integriert werden könnten. Schritt für Schritt holte er sie zuerst als Beobachter und letztendlich, nachdem Guerney ein Trainingsprogramm für die Eltern entwickelt hatte, auch als therapeutischer Vertreter ins Spielzimmer. So entstand durch seinen 1964 veröffentlichten Artikel „Filial Therapy: Description and Rationale“ die Filialtherapie.

Guerneys Prämisse für seinen Ansatz, dass die Probleme des Kindes oft das Produkt des elterlichen Mangels an erzieherischem Wissen und Fähigkeiten wären, wurde bestätigt und wird im 4. Kapitel noch eingehender behandelt.

In den 60er Jahren als die Filialtherapie entwickelt wurde, gab es allerdings viele Barrieren für diese neue Therapieform. Zum einen wurde diese Zeit von Freud, den individuellen Behandlungen und auch der Einstellung, dass die Symptome des Kindes auf die Pathologie der Eltern zurückzuführen sind, beherrscht. Zum anderen wurde in den 70ern das verhaltenstherapeutische Konzept als Allheilmittel präsentiert. Daher erlangte die Filialtherapie erst ab den 90er Jahren durch Landreths Studien und die Arbeiten seiner Studenten an der Universität North Texas allgemeine Anerkennung.

Heutzutage hat sich Guerneys filialtherapeutisches Konzept in manchen Punkten geändert: Zum einen ist die Altersgrenze von drei auf zwei Jahre heruntergesetzt worden. Zum anderen beschränkt sich die Behandlung der Kinder heute nicht mehr auf emotionale Beeinträchtigungen, sondern dehnt sich auch auf soziale Probleme, Lernschwierigkeiten, chronische Krankheiten sowie Verhaltensauffälligkeiten aus.

Der größte und wahrscheinlich auch bedeutendste Unterschied liegt in der Behandlungslänge. Von ursprünglich einem Jahr ist die Filialtherapie bei Landreth auf

10 Wochen gekürzt worden. Ob dieses gekürzte Modell an Effektivität verloren hat, wird anhand von unterschiedlichen Studien und Metaanalysen im 8. Kapitel untersucht werden.

Auch wenn sich die Filialtherapiemodelle von Guerney und Landreth bezüglich der Länge unterscheiden, verbinden sie doch die wöchentlichen Trainingssitzungen, in denen die Eltern in grundlegenden kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten der Spieltherapie, wie etwa aktives Zuhören, empathisches Verstehen und Erkennen der kindlichen Bedürfnisse ausgebildet werden, um als therapeutischer Vertreter mit ihren eigenen Kindern Spielsitzungen durchführen zu können. Aufgrund der kürzeren Dauer unterscheiden sich jedoch die Strukturierung und die inhaltliche Gestaltung von Landreths und Guerneys Filialtherapiemodell.

Nach einem kurzen Einblick in die Geschichte der Filialtherapie, wird nun der Fokus auf die der Filialtherapie zugrundeliegenden Theorien der personenzentrierten Psychotherapie und Spieltherapie gelegt. Anschließend wird der Begriff der Entwicklungsstörung aus personenzentrierter Sicht definiert, wobei auch auf die wahrscheinlichsten Entstehungsursachen eingegangen wird. Nur wenn diese Punkte geklärt sind, kann die eingangs gestellte Forschungsfrage beantwortet werden.

Abschließend werden im 4. Kapitel auch die markantesten Unterschiede zwischen der Filialtherapie, der Spieltherapie und traditioneller Elterntrainingsmodelle präsentiert, um das filialtherapeutische Konzept von den beiden anderen Interventionsformen abgrenzen zu können.

IV. Theoretisches Fundament der Filialtherapie

4.1. Personenzentrierte Psychotherapie

Carl Rogers legte 1942 mit seinem Werk „Counseling and Psychotherapy (1942; dt 1972: Die nicht- direktive Beratung) den Grundstein für die personenzentrierte Psychotherapie. Neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie zählt diese heute zu den drei bedeutendsten Psychotherapierichtungen.

Der personenzentrierte Ansatz basiert auf der Ansicht, „ ... dass das Individuum in sich die latente, wenn nicht offene Fähigkeit und Neigung hat, sich vorwärts auf psychische Reife hin zu entwickeln“ (Rogers, 2006, S. 49). Rogers (2006) bezeichnet diese Fähigkeit als „eine Tendenz zur Entfaltung“ bzw. „Drang zur Selbstaktualisierung“, welche „die Haupttriebfeder des Lebens“ darstellt (S. 49). Laut Rogers (2006) wartet diese „nur auf die richtigen Bedingungen ... , um sich freizusetzen und auszudrücken“ (S. 49). Diese Bedingungen finden sich in der Beziehung, genauer gesagt in den Einstellungen des Therapeuten zum Klienten, die charakterisiert werden als „bedingungslose positive Zuwendung“, „empathisches Verstehen“ und „Kongruenz“.

Die bloße Erfüllung dieser drei Einstellungsbedingungen seitens des Therapeuten reicht jedoch nicht aus um Veränderungen beim Klienten zu erzielen, wesentlich ist auch das Wahrnehmen dieser vom Klienten (Rogers, 2006).

1947 überträgt Virginia Axline in ihrem Werk „Play Therapy“ (dt. 1972 „Kinder-Spieltherapie im nicht- direktiven Verfahren“) Rogers Konzept, sowie seine sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für eine Persönlichkeitsentwicklung auf eine Therapie mit Kinder und erweitert diese um zwei Prinzipien.

Der Grund, warum Axline die Psychotherapie für Kinder in eine Spieltherapie modifiziert, ist, dass Kinder über ihre Gedanken, Erlebnisse und Gefühle nicht wie Erwachsene im Gespräch berichten und reflektieren können, sondern diese im Spiel

ausdrücken, „da das Spiel das natürliche Medium für seine [des Kindes] Selbstdarstellung ist“ (Axline, 2002, S.20).

Axline (2002) sieht die personenzentrierte Spieltherapie als hilfreich an, weil sie dem Kind die Gelegenheit bietet, sich ohne Vorschläge, Verbote und Wertungen seitens des Therapeuten, selbst kennen zu lernen. Hier übernimmt das Kind die Führung. Im Spiel kann das Kind seine ganzen Gefühle von Angst, Aggression, Unsicherheit bis hin zu Freude „ausspielen“ (S.20).

Der filialtherapeutische Ansatz geht von der gleichen Annahme wie Rogers aus, dass im Kind ein Potential vorhanden ist, das unter geeigneten Bedingungen nach Selbstverwirklichung bzw. Persönlichkeitsentwicklung strebt. Die Filialtherapie stützt sich auch auf Axlines Ansicht, nach der das Kind das Spiel als Ausdrucksmittel seiner Probleme verwendet. Daher werden bei der Filialtherapie auch die Prinzipien der Spieltherapie angewendet.

Im Unterschied zur Therapie bei Rogers und Axline wird allerdings bei der Filialtherapie den Eltern ermöglicht eine hilfreiche Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, indem ihnen bestimmte Einstellungen, wie empathisches Verstehen vermittelt werden, um die Persönlichkeitsentwicklung ihres Kindes zu fördern, anstatt wie traditionell dem Therapeuten diese Arbeit zu überlassen.

4.2. Entwicklungsstörungen

Mithilfe von Abbildung 2 wird im Folgenden die Entstehung von Entwicklungsstörungen erklärt.

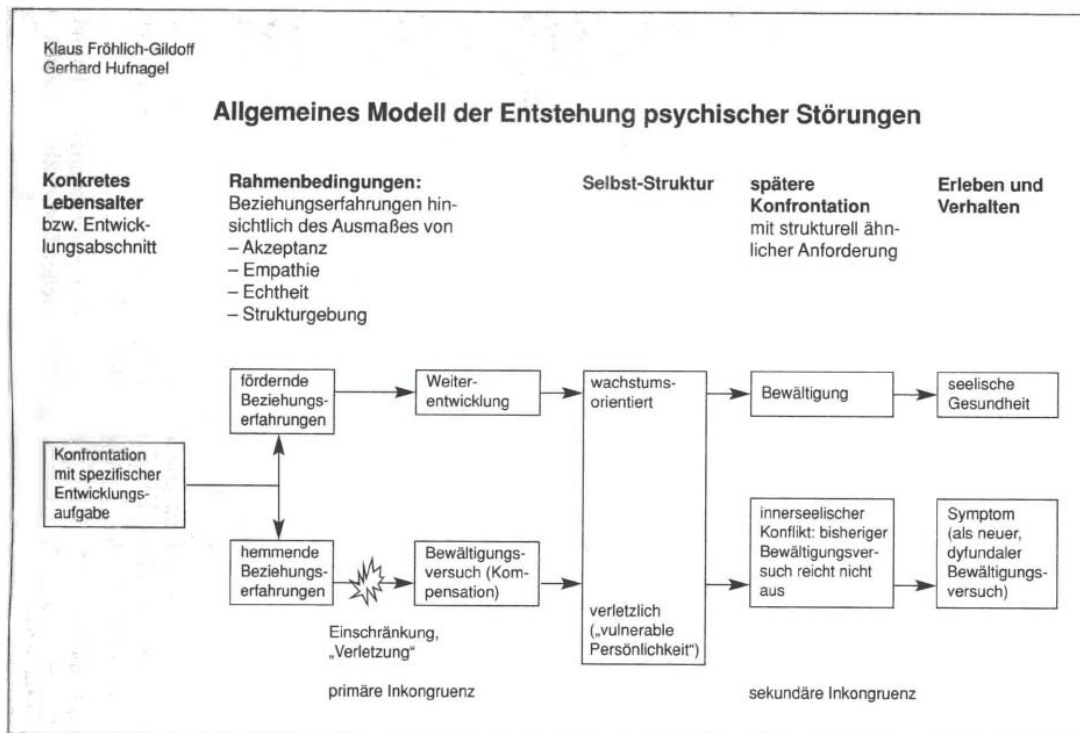


Abbildung 2 – Allgemeines Modell zur Entstehung von psychischen Störungen (Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 2002, S. 56)

Hufnagel und Fröhlich- Gildhoff (2002) unterscheiden „zwischen frühen Störungen, die in präbegrifflichen Entwicklungsabschnitten entstanden sind und (späteren) Störungen, deren Entstehungspunkt in Abschnitten liegt, in denen die Fähigkeit zur begrifflichen Repräsentation von Erfahrungen gegeben ist“ (S.58).

Wenn speziellen Entwicklungsaufgaben des Kindes von den Eltern bzw. wichtigen Bezugspersonen nicht förderlich also akzeptierend und empathisch begegnet werden und diese Beziehungserfahrungen sich „hemmend“ auf die Entwicklungsaufgaben auswirken, entsteht beim Kind eine „primäre Inkongruenz“. Diese „frühen Störungen“ führen nach Hufnagel und Fröhlich- Gildhoff (2002) „quasi direkt ‚durchschlagend‘ zu einer Entwicklungs- d.h. Selbststrukturstörung“ (S.58). In der Folge ist „nur eine direkte Kompensation oder Spaltung möglich, keine Abwehr durch Symbolisierungs- bzw. Begriffsbildungsprozesse“ (S.58). Eine sogenannte „vulnerable Persönlichkeit“ entsteht (S.57).

Bei „späteren Störungen“, wenn „hemmende Beziehungserfahrungen“ nicht bewältigt werden können, kommt es zur „sekundären Inkongruenz“ „zum Konflikt zwischen realer Erfahrung und begrifflicher Repräsentation“. Nun ist „eine Abwehr der Erfahrung durch verzerrte Begriffsbildung“ möglich (S.58).

In dieser Arbeit wird der Fokus ausschließlich auf die Entstehung dieser sogenannten „frühen Störungen“ gelegt, die eine Entwicklungsstörung, die auch als Selbststrukturstörung bezeichnet wird, zur Folge haben. Daher ist es relevant auf die Selbststruktur- bzw. die Selbstkonzeptentwicklung des Kindes einzugehen sowie die Ursachen einer Störung aufzuzeigen.

Das kindliche Selbstkonzept entwickelt sich nach Biermann- Ratjen (2002, 2006a) in drei Phasen:

- In der ersten Phase werden erste Selbsterfahrungen des affektiven Erlebens (wie Freude, Wut, Erstaunen, Angst), in ein erstes Selbstkonzept integriert, wenn diese von der Bezugsperson empathisch verstanden und bedingungsfrei wertgeschätzt werden
- In der zweiten Phase beginnt das Kind subjektive Selbsterfahrungen zu bewerten. Es kann auf sich stolz sein oder sich schämen. Wenn es jedoch nicht empathisch verstanden und bedingungsfrei wertgeschätzt wird, kann es sich in der Selbstaktualisierung und in der Selbstachtung bedroht fühlen.
- In der dritten Phase geht es um die Integration der Entwicklungsmöglichkeiten und Begrenzungen des Kindes, z.B. ob es als weibliches oder männliches Wesen bedingungsfrei wertgeschätzt und empathisch verstanden wird.

Das bedeutet, wenn die Bezugsperson alle affektiven Erfahrungen des Kindes empathisch versteht und bedingungsfrei wertschätzt, das Kind diese in sein Selbstkonzept integrieren kann.

Jene Erfahrungen, die an Bedingungen von Bezugspersonen geknüpft sind, werden als Bedrohlich für das Selbstkonzept empfunden und daher nicht integriert. „Der Organismus entzieht dann- sozusagen aus Rücksichtnahme auf die Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts- Inhalte dem (vollen) Gewährwerden“ (Stumm, 2002, S. 12).

Je mehr Selbsterfahrungen im Verlauf der Kindheit nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, um so stärker ist die, von Swildens (1993) bezeichnete, „primäre Inkongruenz“ (Biermann- Ratjen, 2002, S. 30). Unter dem Begriff der Inkongruenz wird „die Nichtübereinstimmung der Erfahrung mit dem Selbstkonzept“ verstanden (Biermann- Ratjen, 2006b, S. 94).

Aufgrund der Stärke der „primären Inkongruenz“ entwickelt sich eine spezifische Selbststruktur bzw. eine Entwicklungsstörung (Fröhlich- Gildhoff & Hanne, 2002).

Die Erfahrungen, die Kinder in der Beziehung zu Bezugspersonen machen, prägen daher ihr Selbstkonzept. Laut Fröhlich- Gildhoff und Hanne (2002) erwerben gerade Kleinkinder ihre Erfahrungen über physische und sensomotorische Wiederholungen. Wenn es zu einem häufigen Wechsel der Bezugspersonen bzw. zu Vernachlässigung kommt „ist der Prozess der Erfahrungs- und damit auch der Selbstbildung grundlegend gestört“ (S. 373).

Das bedeutet, dass „massiv und dauerhaft beeinträchtigende Sozialisationsbedingungen in den ersten Lebensmonaten und –jahren ... zu Störungen in den frühesten Beziehungserfahrungen“ führen (Fröhlich- Gildhoff & Hanne, 2002, S. 371).

Im Folgenden wird auf die drei wichtigsten Beziehungserfahrungen nach personenzentrierter Sicht eingegangen, die für eine förderliche Beziehung notwendig sind (Schmidtchen, 2001):

➤ **„Unbedingte Anerkennung“**

Eine bedingungslose Akzeptanz der Eltern für das Kind mitsamt seinen Gefühlen und Bedürfnissen ist eine Voraussetzung um das Selbstvertrauen und die Selbstachtung des Kindes aufbauen zu können.

➤ **„Einführendes Verständnis“**

Das Verständnis für die Gefühle und Handlungen des Kindes und die kindliche Welt sowie die bedingungslose Anerkennung des Kindes, sind für den Aufbau eines „gesunden Selbstkonzepts“ beim Kind wesentlich.

➤ **„Kongruentes Verhalten“**

Die Ehrlichkeit und Echtheit im Verhalten der Eltern ist elementar für das „Wahrnehmungslernen“ der Kinder. Eine, nur gespielte Akzeptanz und Empathie der Eltern, wäre nach Schmidtchen (2001) bedeutungslos und würde von den Kindern durchschaut werden.

Wenn die Eltern diese drei grundlegenden Charakteristika in ihrer Beziehung zum Kind anwenden, „können die Kinder gesunde Beziehungsrepräsentanzen aufbauen,

die durch eine Selbstwertschätzung, soziale Bezogenheit, Autonomie, sichere Bindung und ein komplexes und gut differenziertes Selbstsystem gekennzeichnet sind“ (Schmidtchen, 2001, S.94).

Die gleichen Charakteristika können jedoch, wenn sie von den Eltern nicht oder in zu geringem Maße ausgeführt werden, zu einer Beeinträchtigung der Selbstentwicklung des Kindes führen, die nach Schmidtchen (2001) jene Folgen nach sich ziehen würde:

➤ **„Unbedingte Anerkennung“**

Jene Kinder, deren Gefühle und Handlungen von den Eltern nicht akzeptiert werden, fühlen sich verunsichert. Das kann dazu führen, dass sie ihren Erfahrungen nicht mehr trauen und stattdessen die Einstellungen und Interessen ihrer Eltern annehmen, die im Gegensatz zu ihren eigenen stehen. „Auf diese Weise erwerben die Kinder fremde Erfahrungen und Handlungsmaßstäbe, die in Inkongruenz mit ihren eigenen Erfahrungen und Lebensinteressen stehen können“ (S.97).

➤ **„Einführendes Verständnis“**

Wenn die Eltern Schwierigkeiten in der Umsetzung des einführenden Verstehens gegenüber ihrem Kind haben, kann das Kind ihre Empathie nicht wahrnehmen und diese daher auch schwer sich selbst bzw. anderen gegenüber ausdrücken. Laut Schmidtchen (2001) wird dieser Mangel „als Grundlage für eine gestörte Selbst- und Sozialentwicklung“ betrachtet (S.97).

➤ **„Kongruentes Verhalten“**

Eltern verhalten sich in ihrem Verhalten inkongruent bzw. unecht, wenn sie gegenüber ihrem Kind in einem bestimmten Moment abwertende Gefühle verspüren, diesem jedoch durch Loben ihre Anerkennung zeigen. Die verbal ausgedrückten Gefühle entsprechen nicht den wahren Gefühlen der Eltern. Diese Verhaltensweisen erschweren beim Kind das Verständnis und die Umsetzung von Kongruenz.

Das bedeutet, dass bedingte Akzeptanz, nicht einführendes Verstehen und inkongruentes Verhalten seitens der Eltern als Ausgangspunkt für eine „gestörte Selbstentwicklung“ des Kindes angesehen werden kann.

Die Ursache für Entwicklungsstörungen liegt daher in den Einstellungen der Eltern gegenüber ihren Kindern.

Es muss jedoch klargestellt werden, dass nicht alleine einzelne beeinträchtigende Beziehungserfahrungen zu einem ungünstigen Selbstkonzept führen, ausgenommen schwere traumatische Erfahrungen wie sexueller Missbrauch, sondern dass „das im gesamten Beziehungsgeschehen wirksame Klima, ... , die Gesamtheit der Erfahrungen über psychisches Wachstum oder Vulnerabilität entscheidet“ (Hufnagel, Fröhlich-Gildhoff, 2002, S. 57).

Schon Guernsey ging 1964 davon aus, dass „the primary source of maladjustment can presumably be traced directly or indirectly to interpersonal relationships, past and present, within the family, and to the patterns of deprivation, conflict, and defense that these relationships have engendered“ (S. 307). Demzufolge geht der Hauptgrund von Verhaltensstörungen bei Kindern auf die interpersonellen Beziehungen in der Familie zurück. Guerneys Annahme wird demnach durch die personenzentrierte Störungslehre, die in diesem Subkapitel dargestellt worden ist, bestätigt.

Nach diesen Ausführungen ist deutlich geworden, dass die Bezugsperson „für die gesunde geistige und körperliche Entwicklung eines Kindes notwendig“ ist (Ehlers T., 2002, S. 85). Das ist von wesentlicher Bedeutung, wenn wir uns der Frage nach der Prävention von Entwicklungsstörungen zuwenden. Wie es scheint muss bei den Einstellungen und Verhaltensweisen der Bezugsperson in der Erziehung zum Kind angesetzt werden.

Vielleicht würde die Filialtherapie eine gute Möglichkeit darstellen die Eltern in wöchentlichen Trainingssitzungen über geeignetes kindzentriertes Verhalten zu unterrichten, das von bedingungsloser Akzeptanz, einfühelndem Verstehen und Kongruenz geprägt ist. Doch zuvor muss noch geklärt werden, wie die Eltern dieses Wissen vermittelt bekommen und ob sie es in geeignetem Maße beim Kind umsetzen können. Bevor diese Punkte näher ausgeführt werden, wird allerdings in den folgenden zwei Subkapiteln noch auf die Unterschiede zwischen der Filialtherapie und der Spieltherapie bzw. anderen Elterntrainingsmodellen eingegangen um eine klare Abgrenzung der Filialtherapie zu erhalten.

4.3. Spieltherapie vs. Filialtherapie

Da die Filialtherapie auf den gleichen grundlegenden Prinzipien wie die Spieltherapie basiert, benötigt sowohl der Filialtherapeut als auch der Spieltherapeut eine Spieltherapieausbildung. Es werden bei beiden Therapieformen das gleiche Wissen und die gleichen Techniken verwendet. Demnach unterrichtet der Filialtherapeut die Eltern darin was er selbst über die Spieltherapie gelernt hat und welche Erfahrungen er damit gemacht hat. Das bedeutet, dass die Eltern die gleiche Art von Training in den spieltherapeutischen Techniken erhalten wie die Spieltherapeuten selbst. Der einzige Unterschied liegt in der Intensität und der Länge des Trainings. Da die Eltern über keine Spieltherapieausbildung verfügen, können sie keine derart tiefe emotionale Anteilnahme an der kindlichen Welt zeigen wie Spieltherapeuten und infolgedessen ist die Spielsitzung in der Filialtherapie nicht so intensiv wie in der Spieltherapie. Wenn die Eltern jedoch eine gleich lange Ausbildung bekämen, dann wären sie nach Landreth (2002) auch dazu in der Lage.

Der Aufbau der Filialtherapie unterscheidet sich allerdings merklich von dem der Spieltherapie. Erstere hat zwei Stufen. Zuerst werden die Eltern in kindzentrierten Prinzipien ausgebildet, um anschließend mit ihrem Kind Spielsitzungen durchzuführen. Der Therapeut arbeitet bei dieser Form nur mit den Eltern und nicht mit dem Kind, im Gegensatz zur Spieltherapie, wo sich der Therapeut sofort darauf konzentriert bei der Spielsitzung eine Beziehung zu dem Kind aufzubauen.

Der Fokus der Filialtherapie ist wie bei der Spieltherapie nicht auf das spezielle Problem des Kindes gerichtet, sondern auf den Aufbau einer bestimmten Art von Beziehung. Der Unterschied zwischen beiden Therapieformen liegt jedoch in der Zusammensetzung der Beziehung. Die Filialtherapie konzentriert sich auf die Eltern-Kind- Beziehung, wohingegen die Spieltherapie den Schwerpunkt auf die Therapeut-Kind- Beziehung legt (Landreth, 2002).

Obwohl sich bei der Umsetzung Unterschiede zeigen, verfolgen sie beide dasselbe Ziel, nämlich die Beziehung zum Kind zu verbessern und zu stärken. Nur wenn diese bestimmte Beziehung aufgebaut worden ist, fühlt sich nach Landreth (2002) das Kind sicher genug um seine Probleme auszuspielen.

In dem Aspekt des Ausspielens von Problemen gleichen sich die Filialtherapie und die Spieltherapie. Durch das Spiel drückt das Kind seine ganzen Gefühle auf symbolische Weise aus.

In beiden Therapieformen wird die Führung der Spielsitzung dem Kind überlassen. Das Elternteil soll kein Verhalten und keine Spielaktivität vorgeben oder empfehlen. Auf diese Weise lernt das Kind selbst Verantwortung zu tragen. Landreths Forschungen (2002) bestätigen, dass Kinder, wenn die richtige Umgebung durch das Elternteil geschaffen wird, ihre Probleme in dem gleichen Ausmaß präsentieren, wie sie das in der Gegenwart eines Therapeuten täten.

Der Hauptunterschied der beiden Therapieformen ist jedoch, dass der filialtherapeutische Ansatz ein „Eltern- Erziehungsmodell“ darstellt (Landreth, 2002). Das Ziel der Filialtherapie ist es die Einstellungen und das Verhalten bzw. die Interaktionsformen der Eltern in der Erziehung zum Kind zu ändern. Die Eltern sollen sensibler gegenüber den Gefühlen und Bedürfnissen ihrer Kinder werden, um sie so besser verstehen zu können.

Allerdings werden bei der Spieltherapie den Eltern für gewöhnlich³ keine kindzentrierten Prinzipien vermittelt. Dort übernimmt der Therapeut die Aufgabe die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes zu verstehen. Beide Therapien verbindet jedoch der Fokus der nicht auf dem Korrigieren, sondern im Verstehen des Verhaltens des Kindes liegt.

Nachdem nun auf die Unterschiede der Filialtherapie gegenüber der Spieltherapie eingegangen worden ist, werden im Folgenden Landreths Gründe angeführt, warum diese beiden Therapieformen nicht parallel bei dem gleichen Kind durchgeführt werden sollten.

Landreths Forschungen (s. Kapitel 8) haben ergeben, dass die Eltern fähig sind selbst eine Änderung beim Kind herbeizuführen. Obwohl sie nie zu einem „echten“ Therapeuten werden können, sind sie imstande ihn zu vertreten.

³ Eine Ausnahme bildet die Familienspieltherapie, die eine Weiterentwicklung der Spieltherapie darstellt. Nach Franz Kempers Erfahrung (1997) erleichtert der Kontext der Familie sowohl die innere Welt des Kindes zu verstehen, als auch ein Symptom oder Verhalten im Familienzusammenhang zu deuten. Sein Anliegen ist es den Eltern dieses Verstehen zu vermitteln, indem er den Eltern bei der Suche nach der Verbindung bestimmter Spielthemen mit dem Alltag und der Symptomatik hilft.

Deshalb wird zusätzlich zu den Eltern kein zweiter Therapeut benötigt, nur in Ausnahmefällen, bei Kindern, die so schwer emotional beeinträchtigt sind, dass das Elternteil die Probleme des Kindes nicht annehmen könnte.

In diesen Fällen wäre jedoch nach Landreth (2002) keine Filialtherapie zielführend, stattdessen sollte das Kind an einer individuellen Spieltherapie teilnehmen, wobei begleitend mit den Eltern gearbeitet wird. Nachdem das Kind ca. zehn Sitzungen mit dem Spieltherapeuten absolviert hat und einzelne Probleme gelöst worden sind, wäre es nach Landreth (2002) möglich die Spielsitzungen nach Hause zu verlegen und das Elternteil als therapeutischen Vertreter einzusetzen.

4.4. Unterschied zu traditionellen Elterntrainingsmodellen

Anders als traditionelle Elterntrainingsmodelle, die ihren Fokus auf die Techniken der Problemlösung richten, um das „unangemessene“ Verhalten des Kindes zu verbessern, setzt die Filialtherapie ihren Schwerpunkt auf die Eltern- Kind- Beziehung, die nach ihrer Sicht die Ursache für das problematische Verhalten des Kindes darstellt.

Das Ziel der Filialtherapie ist es, die Eltern- Kind- Beziehung zu stärken, indem die Eltern in kindzentrierten Fähigkeiten und Prinzipien ausgebildet werden, um positive Auswirkungen auf ihr eigenes Verhalten zu erzielen. Aufgrund des „Wahrnehmungslernens“ nehmen die Kinder die geänderten Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern wahr und ändern in Folge auch ihr Verhalten (Tausch & Tausch, 1998). Das Hauptziel der Filialtherapie ist es daher die Eltern zu ändern, anstatt wie bei anderen Ansätzen das Kind zu ändern (Guerney, 1964; Landreth & Bratton 2006).

Die Frage, die sich stellt wäre, ob die Eltern es zulassen, dass ihre traditionellen Erziehungsmethoden korrigiert werden? Laut Guerney (1964) werden in der Filialtherapie die Erziehungsfähigkeiten der Eltern nicht angegriffen, vielmehr werden ihnen bestimmte kindzentrierte Prinzipien und Techniken, die sie als „Spieltherapeuten“ benötigen, vermittelt.

Guerney (1964) betont wiederholt im Training, dass die Eltern ihr neues Wissen nicht außerhalb der Spielsitzung anwenden sollen. Als Grund führt er an, dass vermieden werden soll, dass sich die Eltern bei der ganztägigen Ausführung der kindzentrierten Prinzipien als Versager in ihrer elterlichen Rolle fühlen. Letztendlich ist es zwar erwünscht, dass die Eltern ihre gelernten Einstellungen und Verhaltensweisen auch auf den Erziehungsalltag übertragen, jedoch ist es kein direkt angesprochenes Ziel der Filialtherapie bei Guerney. Der filialtherapeutische Ansatz geht nämlich davon aus, dass sich die kindzentrierten Einstellungen der Eltern früher oder später unbewusst von der Therapeutenrolle auf die Elternrolle übertragen (Guerney, 1964; Johnson, 1999).

Der zweite Unterschied zwischen beiden Elterntrainingsmodellen liegt in dem Aspekt der Kommunikation. In der Filialtherapie basiert die Kommunikation auf dem Spiel als primäres Medium, um die Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Gedanken des Kindes zu vermitteln, wohingegen bei anderen Trainingsmodellen die Kommunikation auf verbale Interaktionen, Familiendiskussionen bzw. Eltern- Kind-Diskussionen ausgerichtet ist (Guerney, 1964; Johnson, 1999).

Das filialtherapeutische Training ist erfahrungsbasiert und das Motto lautet: „learning by doing“ (Landreth & Bratton, 2006, S.20). Das didaktische Training erfolgt zwar, nimmt aber einen kleinen Teil des Trainings ein. Hauptsächlich werden Verhaltensweisen gelehrt und in Rollenspielen angewendet, um anschließend zu Hause in Spielsitzungen aktuelle Erfahrungen mit dem eigenen Kind zu erleben. Andere Elterntrainingsmodelle hingegen setzen ihren Schwerpunkt auf Vorlesungen und Diskussionen. (Landreth & Bratton, 2006).

Ein Vorteil an der Filialtherapie könnte sein, dass die Eltern ihre neuen Kenntnisse nur einmal die Woche für 30 Minuten in einer strukturierten Spielstunde anwenden sollen. Die meisten anderen Ansätze verlangen, dass die Eltern die neuen Einstellungen 24 Stunden am Tag umsetzen. Das scheint laut Guerney (1964) ein Fehler zu sein, da diese Einstellungen kaum 24 Stunden am Tag aufrecht erhalten werden können. Diese Erwartungshaltung führt laut Guerney (1964) letztendlich zu Demotivation und Enttäuschung.

Um den Druck von den Eltern zu nehmen, wird daher bei der Filialtherapie die Zeit auf 30 Minuten beschränkt. Landreth ist der Meinung, dass „even the most resistive parents seem to be willing to try it for 30 minutes“ (Watts & Broaddus, 2002, S. 374). Nachdem die Eltern die Wirkung der kindzentrierten Verhaltensweisen gesehen haben, werden sie für gewöhnlich sicherer in ihrem Umgang. Laut Guernsey (1964) übertragen Eltern diese sehr schnell und zunächst unbewusst auf ihren Erziehungsalltag und realisieren dadurch, dass die kindzentrierte Haltung auch außerhalb der Spielsitzung funktioniert und auch wirkungsvoll sein kann.

Abschließend wird auf einen anderen wesentlichen Unterscheidungspunkt der Filialtherapie zu anderen Elterntrainingsmodellen, der im Führungswechsel zu finden ist, hingewiesen. Bei den Spielsitzungen in der Filialtherapie übernimmt das Kind die Führung, es entscheidet was und wie gespielt wird. Traditionellerweise bestimmen sonst die Eltern den Inhalt und die Führung in der Interaktion mit ihrem Kind. Doch der filialtherapeutische Ansatz geht davon aus, dass Kinder, die die Gestaltung der Spielstunde übernehmen dürfen, schneller lernen selbst Entscheidungen zu treffen und damit selbstverantwortlich umzugehen.

Zusammenfassung

Im 3. Kapitel ist schon der Begriff der Filialtherapie definiert worden, der in der Fragestellung eine zentrale Bedeutung hat. In diesem 4. Kapitel ist nun auf die Entwicklungsstörung näher eingegangen worden, die bezüglich der Fragestellung, inwieweit sich eine Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind eignet, von ähnlicher Relevanz ist.

Entwicklungsstörungen werden im personenzentrierten Konzept als Selbststrukturstörungen bzw. Selbstkonzeptstörungen bezeichnet. Das Selbstkonzept entwickelt sich in drei Phasen. Wenn in einer die affektiven und subjektiven Erfahrungen und Bedürfnisse des Kindes von einer kongruenten Bezugsperson nicht empathisch verstanden und bedingungsfrei wertgeschätzt werden, führt dies in der

Folge zu primärer Inkongruenz, was bedeutet, dass diese Erfahrungen nicht mit dem Selbstkonzept des Kindes übereinstimmen.

Deshalb bedrohen solche Erfahrungen das Selbstkonzept und können daher um das Selbstkonzept des Kindes aufrechtzuerhalten nicht integriert werden. Je mehr inkongruente Erfahrungen erlebt werden, desto instabiler wird das Selbstkonzept. Es kommt zu einer Selbststrukturstörung bzw. Entwicklungsstörung, welche die Basis einer Verhaltensauffälligkeit bildet.

In diesem Kapitel ist auch auf die relevante Rolle der Eltern in Bezug auf die psychische Gesundheit im Leben ihres Kindes eingegangen worden. Weil die Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern einen wesentlichen Einfluss auf die Selbstentwicklung des Kindes haben, ist es unerlässlich, die Gefühle und Handlungen des Kindes empathisch zu verstehen und sich in die kindliche Welt einzufühlen, anstatt sie zu bewerten und zu kritisieren. Eine bedingungslose Akzeptanz des Kindes mitsamt seinen Gefühlen und Bedürfnissen stellt eine Voraussetzung zum Aufbau von Selbstvertrauen, Selbstachtung und eines positiven Selbstkonzepts seitens des Kindes dar.

Das bedeutet, je nachdem in welchem Ausmaß die bedingungslose Anerkennung, das einführende Verständnis und die Kongruenz von den Eltern gelebt und auch von den Kindern wahrgenommen wird, kommt es zu einer Förderung oder Beeinträchtigung des kindlichen Selbstkonzeptes.

Um präventiv auf Entwicklungsstörungen einzugehen, muss daher bei den Eltern angesetzt werden. Es müssen ihnen neue Möglichkeiten präsentiert werden, wie sie mit ihren Kindern umgehen können, um eine gute Beziehung aufzubauen, die sich förderlich auf die Selbstentwicklung des Kindes auswirkt.

Ob die Filialtherapie dafür geeignet ist, kann erst nach der Untersuchung der einzelnen didaktischen Komponenten des Trainings und den Ergebnissen der Metaanalysen beurteilt werden.

Obwohl die Filialtherapie auf den gleichen Spieltherapieprinzipien wie Axlines Therapie basiert, unterscheidet sie sich auch in wesentlichen Punkten von dieser:

- Ein Elternteil übernimmt die therapeutische Rolle.
- Die Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern werden geändert
- Die Eltern lernen kindzentrierte Fähigkeiten und Verhaltensweisen mit der indirekten Absicht diese auch außerhalb der Spielsitzungen anzuwenden.

Die Ziele der Filialtherapie im Gegensatz zu traditionellen Elterntrainingsmodellen sind kurz zusammengefasst:

- Die Ausbildung der Eltern zu therapeutischen Vertretern, anstatt die elterlichen Fähigkeiten in Frage zu stellen.
- Die Selbstverantwortung der Kinder in der Spielstunde durch einen Führungswechsel zu steigern.
- Die Anwendung der kindzentrierten Fähigkeiten im Rahmen von nur 30 Minuten pro Woche anstatt 24 Stunden am Tag.

In diesem Kapitel ist zwar eine Abgrenzung der Filialtherapie von der Spieltherapie erfolgt, doch stellt sich noch immer die Frage welche Vorteile sie gegenüber der Spieltherapie hat. Verfolgen sie, da sie auf den gleichen Prinzipien beruhen auch die gleichen Ziele? Wenn das der Fall ist, warum sollte dann die Filialtherapie der Spieltherapie vorgezogen werden? Oder hat der filialtherapeutische Ansatz mehr positive Auswirkungen auf das Kind, da die Eltern in die Therapie involviert werden? Diesen Fragen wird im 5. Kapitel auf den Grund gegangen.

V. Ziele der Filialtherapie

Die Filialtherapie verfolgt mehrere Ziele und hat positive Auswirkungen auf die Eltern, die Kinder und auch auf die Eltern- Kind- Beziehung. Sie hilft laut Guerney (1964) die emotionalen Probleme schon im Kindesalter zu behandeln, indem die Kinder ihre Gefühle und Sorgen durch das Medium des Spiels ausdrücken.

Der filialtherapeutische Ansatz stellt einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und der Eltern- Kind- Beziehung her (Johnson, 1999). Daher liegt das Hauptziel darin die Eltern-Kind- Beziehung zu verbessern und zu stärken, indem die Eltern in kindzentrierten Prinzipien und Einstellungen ausgebildet werden, um ein Klima von Zuneigung und Vertrauen gegenüber dem Kind aufzubauen.

Die Filialtherapie ist laut Guerney (1964) eine leicht zu lernende und anzuwendende Methode. Da die Therapeuten von den Eltern nie verlangen die neu erlernten Fähigkeiten den ganzen Tag bei ihrem Kind anzuwenden, sondern die praktischen Anwendungen nur auf dreißig Minuten pro Woche einschränken, erleichtert es die Umsetzung des filialtherapeutischen Ansatzes. Obwohl es nicht direkt verlangt wird, ist es ein indirektes Ziel die neuen Fähigkeiten auch langsam auf den Erziehungsalltag zu übertragen.

Die Eltern führen die Spielsitzungen selbstständig mit ihren Kindern durch, wodurch sich für den Therapeuten im Vergleich zu anderen Therapien ein geringerer zeitlicher Aufwand ergibt. Der Therapeut kann sich daher mit mehr Klienten beschäftigen und dadurch mehr Familien helfen. Längerfristig gesehen hat die Filialtherapie nach Guerney (1964) „potential as a preventative measure and as a method of building a foundation in childhood for better mental health and selfrealization in adulthood” (S. 304). Zusätzlich hat diese Methode demnach auch Potenzial als präventive Maßnahme, um eine Grundlage für eine bessere mentale Gesundheit im Kindesalter zu schaffen, die zur Selbstverwirklichung im Erwachsenenalter führt.

In den folgenden Subkapiteln werden die Auswirkungen der Filialtherapie auf die Eltern, die Kinder wie auch die gemeinsame Beziehung einzeln behandelt.

5.1. Auswirkung auf Eltern

Die grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die die Eltern in der Filialtherapie lernen sind:

- Wachsendes Verständnis, Akzeptanz und Sensibilität für alle Gefühle ihrer Kinder
- das Spielen mit ihren Kindern zu genießen und den Kindern dabei ihre ganze Aufmerksamkeit zu schenken
- das Kind in seiner Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstachtung zu ermutigen
- eine realistischere und tolerantere Wahrnehmung von sich selbst und dem Kind zu entwickeln
- die Freude am Elternsein wiederzuentdecken
- ihre Fähigkeiten im Zuhören zu verbessern und eine offene Kommunikation mit ihren Kindern zu entwickeln
- neue Verhaltensweisen um mit Frustrationen im Familienleben besser umgehen zu können
- Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz in der Rolle des Elternteils zu entwickeln (Guerney, 1964; Landreth, 2002; Rye, 2005)

5.2. Auswirkungen auf Kinder

Mithilfe des filialtherapeutischen Ansatzes helfen Eltern ihren Kindern bei folgenden Punkten.

Kinder lernen:

- durch das Spiel ihre Gefühle und Bedürfnisse den Eltern gegenüber auszudrücken
- ihre eigenen Gefühle besser zu verstehen
- Vertrauen in ihre Eltern zu setzen
- eine gesunde Selbstachtung zu entwickeln und ihr Selbstvertrauen zu erhöhen
- Selbstkontrolle, werden selbstbestimmter und übernehmen selbst die Verantwortung für ihre Handlungen

- ihre Probleme selbstständig lösen zu können bzw. bei Bedarf andere um Hilfe zu bitten
- ihr problematisches Verhalten zu reduzieren
(Guerney, 1964; Landreth, 2002; Rye, 2005)

5.3. Auswirkungen auf die Eltern- Kind- Beziehung

Die Ziele für die Eltern- Kind-Beziehung sind nach Landreth und Bratton (2006):

- Stärkung der Eltern- Kind- Beziehung
- Entwicklung von Vertrauen, Sicherheit und Nähe in der Beziehung
- Verbesserung der Familieninteraktionen und Ausdruck für Zuneigung
- die Freude in der Eltern- Kind- Beziehung wiederzuentdecken
- Verbesserte Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten

Die therapeutischen Ziele der Spieltherapie ähneln denen der Filialtherapie, sie beinhalten eine Reduktion von Symptomen, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und eine Zunahme an positiven Gefühlen, Selbstachtung und Vertrauen zu sich selbst.

Im Unterschied zur Spieltherapie nach Axline verfolgt die Filialtherapie auch therapeutische Ziele für die Eltern, nämlich ein größeres Verstehen und Akzeptanz für die emotionale Welt des Kindes, die Entwicklung von realistischeren Wahrnehmungen von sich selbst und dem Kind, die Entwicklung von effektiveren elterlichen Fähigkeiten, die auf geeigneten Entwicklungsstrategien basieren und zuletzt auch die Wiederentdeckung der Freude am Elternsein.

Das filialtherapeutische Konzept verändert dadurch nicht alleine die Verhaltensweisen der Kinder, sondern zum größten Teil die Einstellungen und Interaktionsformen der Eltern gegenüber ihren Kindern.

Zusätzlich zu den Auswirkungen auf jeden einzelnen, ergeben sich auch positive Folgen für die Eltern- Kind- Beziehung im Ganzen, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden: Die Beziehung wird gestärkt, da das Vertrauen und die Nähe zueinander aufgebaut worden sind, wodurch die Problemlösungsfähigkeiten verbessert werden, was wiederum zu mehr Spaß in der Familie führt.

Nachdem die positiven Auswirkungen der Filialtherapie für die gesamte Familie aufgezählt worden sind, stellt sich die Frage, warum noch eine Spieltherapie benötigt wird. Reicht denn die Filialtherapie, die die Eltern ausbildet nicht aus, um die eigenen Kinder selbst zu „therapieren“? Wenn die Familie sich selbst helfen kann, warum wird dann nicht auf andere Kindertherapien verzichtet?

Eine andere relevante Frage, der im folgenden Subkapitel nachgegangen wird, ist die nach den Gründen, warum die Eltern, die über keine derart fundierte Ausbildung wie Spieltherapeuten verfügen, ihren Kindern genauso effektiv wie ein Therapeut helfen können. Nicht vergessen werden darf, dass die Eltern, wie im 4. Kapitel erörtert worden ist, auch der Auslöser der Probleme ihrer Kinder sind. Wie können sich Eltern und Kinder dennoch positiv aufeinander auswirken?

5.4. Gründe für den Einsatz von Eltern

Die Gründe, warum es in der Filialtherapie zu positiven Veränderungen kommt, obwohl es unkonventionell erscheint die Eltern in der therapeutischen Rolle agieren zu lassen, werden im Folgenden erörtert.

Da die Eltern, die wichtigsten Menschen im Leben ihres Kindes sind und sie schon eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm haben, kennen die Eltern laut Van Fleet (2007) ihr Kind besser als es ein Therapeut je würde. Der filialtherapeutische Ansatz bietet laut Van Fleet (2007) einen strukturierten Weg, der die Eltern in die therapeutische Behandlung ihres Kinder integriert. Sie werden eingeladen mit ihrem Kind zu arbeiten, anstatt es an einen Therapeuten zu übergeben. Dadurch entfällt die Expertenrolle des Therapeuten und die Familienzusammengehörigkeit wird gestärkt (Johnson, 1999; Landreth, 2002).

Das hat nach Guerney (1964) einerseits den Vorteil, dass das Kind keine ganz neue Beziehung zu einem Therapeuten eingehen muss. Andererseits reduziert es die Unsicherheit, die Eltern oft bei der Behandlung des Kindes verspüren, weil sie genau wissen was geschehen wird, da sie ein integraler Bestand der Therapie sind. Da die Eltern in den Entwicklungsprozess ihres Kindes involviert sind, erhöht sich auch ihre Motivation die Sitzungen konsequent durchzuführen und auch durchzuhalten. Das führt laut Guerney (1964) zu einer Aufhebung des ansonsten typischen Widerstands der Eltern, wenn diese nicht in die Kindertherapie eingebunden sind.

Auch der schlimmere Fall, dass die Eltern nicht mit der Behandlung des Therapeuten einverstanden sind und behaupten, dass er etwas falsch gemacht hat, kann nach Guerney (1964) bei diesem Ansatz nicht auftreten. Eltern brauchen auch keine Furcht zu haben, dass der Therapeut ein Rivale ist. Laut Guerney (1964) meiden auch aus diesem Grunde viele Eltern eine Therapie.

Die bessere Kenntnis des Kindes, die Stärkung der Familienzusammengehörigkeit, das Wissen über den Ablauf der Therapie sowie die Unabhängigkeit von einem Therapeuten, begründen den Einsatz der Eltern als therapeutische Vertreter. Allerdings klären sie nicht die Frage, ob die Eltern- Kind Therapiekonstellation, da die Eltern als die hauptsächlichen Verursacher der Kinderprobleme betrachtet werden, auch wirksam sein kann.

Laut Guerney (1964) und Johnson (1999) zeigt der filialtherapeutische Ansatz den Eltern, wie sie ihrem Kind mit kindzentrierten Fähigkeiten und Verhaltensweisen helfen können. Im Verlauf der Therapie werden hinderliche Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kindern aufgezeigt und Alternativen zu dem herkömmlichen Erziehungsverhalten der Eltern präsentiert. Das ermöglicht den Eltern laut Guerney (1964) negative Muster zu verändern.

Durch die Filialtherapie wird die Autorität der Eltern gestärkt, indem ihnen vermittelt wird sich selbst und nicht das Kind zu kontrollieren. Da die Eltern auf das Verhalten ihres Kindes einzugehen lernen, anstatt es anzuschreien oder zu schlagen, werden sie nach Guerney (1964) und Johnson (1999) fähig ihrem Kind auf ruhige Art und Weise Grenzen zu setzen. Aufgrund der Filialtherapie werden die Eltern sensibel für die Gefühle ihres Kindes und begreifen wie sich die emotionale Entwicklung auf das kindliche Verhalten auswirkt.

Während bei den Eltern diese Veränderung auf dem Gebiet der Disziplin erfolgt, lernen die Kinder Selbstverantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen (Guerney, 1964; Johnson, 1999).

Guerney (1964) betont, dass der filialtherapeutische Ansatz nicht leugnet, dass das elterliche Verhalten zu den Problemen beigetragen hat. Er bestreite auch nicht, dass es eine Bedeutung für die Entwicklung des Kindes hat. Die Filialtherapie geht nämlich von der Annahme aus, dass bei vorhandenen förderlichen Interaktionsmustern in der Eltern- Kind- Beziehung keine ernststen Probleme aufgetreten wären. Die Probleme des Kindes würden jedoch nicht aus den Konflikten oder der Pathologie der Eltern entstammen, sondern aus deren Mangel an Wissen und an Fähigkeiten kindzentriert mit ihren Kindern umzugehen. Die Filialtherapie geht laut Guerney (1964) davon aus, dass was auch immer geschehen ist, vergessen werden könnte, denn wichtig sei, dass zukünftig bestimmte Bedingungen in der Familienbeziehung geschaffen werden, die zu einem besseren Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kind beitragen.

Demnach gibt Guerney zu, dass die Eltern nicht unschuldig an den Problemen ihrer Kinder sind. Er führt diese Probleme jedoch auf den Mangel an kindzentrierten erzieherischem Wissen der Eltern zurück und nicht darauf, dass die Eltern psychisch beeinträchtigt sind. Wenn die Eltern über kindzentrierte Prinzipien und Verhaltensweisen aufgeklärt werden, geht er davon aus, dass diese sich positiv auf das familiäre Interaktionsverhalten auswirken werden.

Der filialtherapeutische Ansatz richtet den Fokus demnach nicht auf die Vergangenheit, in der die gegenwärtigen Probleme des Kindes begründet liegen, sondern auf die Zukunft und das Erlernen von neuen Einstellungen und Verhaltensweisen.

Aber können alle Eltern diese kindzentrierten Prinzipien lernen und anwenden? Ist es für Alleinerzieher oder Erziehungsberechtigte, die der Doppelbelastung von Berufstätigkeit und Kindererziehung ausgesetzt sind, nicht zu schwer sich auf die Gefühle und Bedürfnisse ihres Kindes zu konzentrieren?

Guerney (1964) weist darauf hin, dass die Eltern nicht frei von eigenen Konflikten sein müssen. Sie sollen pathologisch nur nicht so eingeschränkt sein, dass ein Verstehen und Ausfüllen der grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten nicht möglich wäre. Wenn sich die Eltern jedoch an die Prinzipien der Filialtherapie halten, dann wird es dem Kind ermöglicht sich immer freier auszudrücken.

Das bedeutet, wenn die Eltern psychisch in der Lage sind sich auf die Handlungen und Worte des Kindes zu konzentrieren und deren Gefühle, Gedanken und Handlungen in Worten auszudrücken, ohne dabei Interpretationen oder Wertungen vorzunehmen, so erkennt Guerney kein Problem darin die Eltern als therapeutische Vertreter einzusetzen.

Die Veränderungen, die stattfinden, sind laut Van Fleet (2007) für gewöhnlich positiv und langfristig. Aufgrund der kindzentrierten Einstellungen und Verhaltensweisen, die die Eltern in der Filialtherapie gelernt haben, können sie ihre Beziehung zum Kind selbst nach dem Ende der Therapie nachhaltig festigen. Während das Verständnis der Eltern für das Kind wächst, entwickeln sie nach Guerney (1964) realistischere Erwartungen und Einstellungen und können daher kindgerechtere Entscheidungen treffen. Die Filialtherapie ermöglicht es daher den Eltern jedem ihrer Kinder zu helfen deren persönliches Potenzial voll zu entfalten.

Nachdem auf die Gründe für den Einsatz von Eltern als therapeutische Vertreter eingegangen worden ist und dargelegt worden ist, dass die Veränderungen die Eltern bei ihrem Kind und sich selbst hervorbringen längerfristig sind, wird im nächsten Subkapitel die Frage, ob Therapeuten dann noch benötigt werden, beantwortet.

5.5. Die Rolle des Therapeuten

Auch wenn es den Anschein haben könnte, dass die ganze therapeutische Arbeit an den Eltern „hängen bleibt“, darf nicht vergessen werden, dass es zuerst einen Therapeuten bedarf um die Eltern in den kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten auszubilden. Der Erfolg einer Therapie hängt stark von der Kooperation, der hohen Motivation und einem guten Verhältnis zwischen Therapeut und Eltern sowie von den Einstellungen des Therapeuten ab und wie diese von den Eltern wahrgenommen werden.

Der Therapeut sollte sich laut Guerney und Stover (1972) so verhalten, dass die Eltern ihn als eine Person wahrnehmen, die ihre Schwierigkeiten, Probleme, Bedürfnisse und Gefühle versteht. Er muss die Sichtweisen und Meinungen der Eltern respektieren, anstatt sie von seiner Sichtweise überzeugen zu wollen.

Guerney und Stover (1972) betonen, dass der Therapeut, wenn er die Eltern verstehen möchte, nicht nur ihre Worte begreifen, sondern auch die dahinterliegenden Gefühle erkennen und auch akzeptieren müsse. Weiters darf der Therapeut nicht der vergangenen Beziehung der Eltern zum Kind die Schuld an den Problemen des Kindes geben. Genauso wenig sollte er die Eltern kritisieren, oder andeuten, dass sie der Grund des Fehlverhaltens ihrer Kinder sind. Der Therapeut sollte die Eltern stattdessen als unentbehrliche Helfer ansehen, die versuchen das Wohlbefinden ihrer Kinder zu erhöhen.

Nach Landreth (2002) ist es die Aufgabe des Therapeuten, die Eltern zu ermutigen ihre Gefühle in Bezug auf sich und ihre Kinder auszudrücken. Dieses Aussprechen ihrer innersten Gefühle in der Filialtherapie hilft den Eltern Konflikte, die eventuell sonst zu Hause aufgetreten wären, vorzubeugen.

Die Hilfe des Therapeuten wird dann benötigt, wenn die Eltern die neuen Fähigkeiten im Umgang mit ihrem Kind kennen gelernt und verstanden haben und sie anschließend merken, dass es nicht so leicht ist dieses neue Wissen anzuwenden. Oft stehen nach Guerney und Stover (1972) bestimmte eigene Gefühle und Konflikte dazwischen, was es schwierig macht sich gemäß der kindzentrierten Prinzipien zu verhalten. Es beginnt der Prozess, wo Eltern über sich selbst reflektieren und über ihre intrapsychischen Probleme sprechen. Zu diesem Zeitpunkt nimmt die verteidigende Haltung nur noch einen geringen Teil ein und ermöglicht es den Eltern frei über sich zu sprechen. Der Blickwinkel ändert sich. Die Frage: „Was habe ich bei meinem Kind falsch gemacht?“ ändert sich und es wird stattdessen gefragt: „Was hält mich davon ab, mich meinem Kind so zu verhalten wie ich es möchte?“. Anschließend können die Eltern mit Hilfe des Therapeuten daran arbeiten dieses Hindernis aufzuheben, so dass die Eltern mit der Modifizierung ihres eigenen Verhaltens entsprechend beginnen können (Guerney & Stover, 1972).

Therapeuten sind daher für die Filialtherapie nicht wegzudenken und ihre Arbeit beschränkt sich auch nicht nur auf die des Lehrens als Trainer, sondern sie übernehmen auch die Tätigkeit als Anleiter und Supervisoren (Guerney & Stover, 1972).

Filialtherapeuten müssen auch oft mit Widerstand seitens der Eltern rechnen, die sich weigern neue Verhaltensformen zu erlernen und sich auf neue Einstellungen einzulassen. Weitere Schwierigkeiten, denen Therapeuten in der Filialtherapie begegnen können, werden im Kapitel 6.3.2. eingehender behandelt. Die Einstellung der Eltern ist daher auch ausschlaggebend ob eine Filialtherapie Wirkung zeigt oder nicht.

Guerney (1964) meint, dass fast alle Eltern fähig sind die Prinzipien und kindzentrierten Fähigkeiten des filialtherapeutischen Konzeptes zu verstehen und anzuwenden. Sie müssen laut Guerney (1964) auch nicht frei von eigenen Konflikten sein, dürfen jedoch psychisch nicht so eingeschränkt sein, dass ein Verstehen und Ausfüllen der grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten nicht möglich wäre. Doch wie erkennt der Therapeut dass die Eltern nicht geeignet für eine Filialtherapie sind? Gibt es sonst noch Einschränkungen? Diesen Fragen geht das nächste Subkapitel nach.

5.6. Gegenindikationen

Bevor eine Filialtherapie indiziert wird, findet eingangs ein Vorgespräch mit dem Therapeuten statt. Bei diesem wird die Eignung der Eltern für eine Filialtherapie eingeschätzt. Die Voraussetzung ist, dass die Eltern psychisch in der Lage sind die kindzentrierten Prinzipien zu begreifen, zu erlernen und anschließend auch umzusetzen. Es wird auf die Probleme, die die Eltern zu dieser Therapie geführt haben und auf das von den Eltern gewünschte Therapieziel eingegangen. Anschließend erklärt der Therapeut organisatorische Details des filialtherapeutischen Konzepts und den Ablauf, d.h. die einwöchentlichen Elterntrainingsgruppentreffen, zu Hause stattfindende Spielsitzungen, usw.

Wenn die Eltern die Voraussetzungen erfüllen, werden sie Trainingsgruppen zugeteilt. Eine Gruppe setzt sich aus sechs bis max. acht Elternteilen von Kindern zwischen zwei und zehn Jahren zusammen, die sich einmal die Woche für zwei Stunden treffen (Guerney, 1964; Landreth & Bratton, 2006).

Das filialtherapeutische Konzept ist allerdings nicht für alle Eltern geeignet. Im folgenden werden Fälle angeführt, bei denen keine Filialtherapie durchführbar ist: Eltern, die intellektuell, mental oder psychisch beeinträchtigt sind, würden große Schwierigkeiten haben Techniken zu erlernen und diese dann anzuwenden. Auch Eltern, die permanent unzufrieden mit dem Kind sind, bräuchten zunächst eine individuelle Therapie, bevor sie fähig wären eine Art von Spielbeziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Genauso schwierig würden es Eltern haben, denen der Bezug zur Realität fehlt, die unter Depressionen leiden oder von bestimmten Substanzen abhängig sind. Weiters sollten Eltern, die vor kurzem ein Trauma, wie den Tod eines Angehörigen oder eine Scheidung durchleben mussten, zunächst eine individuelle Therapie besuchen, um diese schmerzhaft Erfahrung verarbeiten zu können. Sehr wichtig ist es auch, falls das Kind missbraucht worden ist, auszuschließen, dass die Eltern bzw. ein Elternteil daran beteiligt waren. Wenn der Täter bzw. die Täterin unter den Eltern zu finden ist, sollte auf keinen Fall eine Filialtherapie durchgeführt werden (Goetze, 2002; Landreth, 2002).

Kein Ausschlussgrund ist eine geringe Schulbildung oder ein fehlender Normabschluss der Eltern. Landreth und Bratton (2006) haben die Erfahrung gemacht, dass Eltern aus bildungsfernen Schichten die kindzentrierten Fähigkeiten und Prinzipien genauso schnell erlernen können wie Eltern, die eine Hochschulausbildung absolviert haben. Die Begründung könnte nach ihnen darin liegen, dass Eltern mit geringer Schulbildung weniger Vorurteile haben und daher leichter neue Einstellungen und Verhaltensweisen annehmen.

Wie im 8. Kapitel anhand von einzelnen Studien gezeigt wird, können auch Personen aus verschiedenen Kulturkreisen erfolgreich an der Filialtherapie teilnehmen.

Zusammenfassung

Im 5. Kapitel ist näher auf die Ziele sowie auf die positiven Auswirkungen der Filialtherapie auf die gesamte Familie eingegangen worden. Mithilfe dieser Ausführungen kann die Frage nach den Gründen, warum die Eltern, die als Auslöser der Probleme ihres Kindes gesehen werden, positive Effekte auf das Kind erzielen können, beantwortet werden.

Der filialtherapeutische Ansatz geht davon aus, dass die Probleme des Kindes aufgrund eines Mangels an elterlichem Wissen und Fähigkeiten entstanden sind und die Eltern durch das Filialtherapietraining die Möglichkeit erhalten diesen Mangel auszugleichen.

Ein wesentlicher Punkt ist auch, dass die Filialtherapie hinderliches Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kindern in den Blickpunkt stellt und Alternativen zu den herkömmlichen elterlichen Verhaltensweisen aufzeigt. Das ermöglicht es den Eltern negative Muster zu verändern. Sie lernen auf diese Weise eine neue Art von Disziplinierungsmethode gegenüber ihrem Kind anzuwenden, indem sie auf ruhige und effektive Art Grenzen setzen.

In der Filialtherapie entwickeln die Eltern auch ein empathisches Verstehen, eine bedingungsfreie Akzeptanz für die emotionale Welt des Kindes sowie effektivere elterliche Fähigkeiten. Nicht zuletzt werden auch die Problemlösungsfähigkeiten bzw. Bewältigungsfähigkeiten der Eltern verbessert.

Durch die Filialtherapie erhalten die Eltern demnach die Möglichkeit ihr Erziehungsverhalten, das sich zuvor negativ auf die Entwicklung des Kindes ausgewirkt hat, zu ändern. Dieser Punkt spricht für die Eignung der Filialtherapie als Präventionsmethode von Entwicklungsstörungen. Ob sie allerdings auch für die Behandlung geeignet ist, hängt von den Forschungsergebnissen ab, die im 8. Kapitel behandelt werden. Die Vertreter der Filialtherapie gehen zumindest davon aus, dass die Veränderungen, die in der Filialtherapie geschehen, positiv und langfristig sind, da sie im Laufe der Zeit, wenn die Eltern ihr neues Wissen in der Erziehung anwenden, zunehmen.

Als nächstes ist der Frage nachgegangen worden, warum die Eltern als therapeutische Vertreter eingesetzt werden und nicht die Spieltherapeuten die Sitzungen mit dem Kind durchführen. Folgende Vorteile sind erörtert worden:

Einerseits haben die Eltern schon eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Kind, andererseits bevorzugen die Eltern eventuell die Filialtherapie, da sie keine Furcht vor dem Therapeuten als Rivalen haben müssen, da sie in die Therapie integriert werden und daher den Inhalt der Therapie kennen.

Auch wenn die Eltern die Spielsitzungen mit ihrem Kind durchführen und daher die Rolle des therapeutischen Vertreters übernehmen, darf nicht auf die Bedeutung des Filialtherapeuten vergessen werden. Für den Erfolg der Filialtherapie ist dieser nämlich größtenteils mitverantwortlich, da der Therapieprozess von den Einstellungen des Filialtherapeuten abhängig ist. Es ist wichtig, dass der Therapeut eine akzeptierende und ermutigende Umgebung zum Lernen schafft. Er sollte die Schwierigkeiten, Bedürfnisse, Gefühle und Ansichten der Eltern verstehen und respektieren.

Die wesentlichen Bedingungen für eine effektive Filialtherapie sind Kooperation, hohe Motivation und ein gutes Verhältnis zwischen dem Therapeuten und den Eltern. Der Therapeut übernimmt nicht nur die Tätigkeit des Unterrichtens, sondern auch die Aufgaben Supervisionen zu leiten und die Eltern in ihren kindzentrierten Spieltherapiefähigkeiten mit ihren Kindern zu bestärken.

Nachdem ausgeführt worden ist, welche positiven Veränderungen die Filialtherapie für alle Teilnehmenden hat, warum gerade die Eltern die therapeutische Rolle übernehmen sollten und welche wichtige, verantwortungsvolle Rolle der Therapeut inne hat, stellt sich noch die Frage, wie das Training der Eltern aufgebaut ist, damit diese die kindzentrierten Fähigkeiten und Techniken erlernen und auch umsetzen können. Vor allem muss noch geklärt werden, was unter dem empathischen Verstehen gemeint ist und wie die Eltern dieses erlernen können?

VI. Elterntraining

Bei der Filialtherapie spielt das Elterntraining, das einmal wöchentlich zu je zwei Stunden stattfindet, eine wesentliche Rolle. Bei diesen Trainingssitzungen werden den Eltern die Prinzipien des filialtherapeutischen Konzepts theoretisch beigebracht und zugleich auch praktisch in Rollenspielen angewendet. Die Wirkung des Elterntrainings hängt von zwei Schlüsselkomponenten, der didaktischen und der Gruppenprozesskomponente, ab. Im folgenden wird auf beide näher eingegangen.

6.1. Gruppenprozesskomponente

Die Gruppenprozesskomponente gliedert sich in drei Themenbereiche (Landreth & Bratton, 2006):

- Normalisierung und Generalisierung individueller elterlicher Probleme und Ängste in der Gruppe
- Ermutigung der Eltern um Gefühle und Gedanken vollständig auszudrücken
- Aufbau einer Gruppenkohäsion unter den Eltern

In den ersten zwei bis drei Trainingssitzungen unterstützt der Filialtherapeut die Gruppe beim Aufbau einer Gruppenkohäsion, d.h. eines Zusammengehörigkeitsgefühls. Um das zu gewährleisten, verweist er, nachdem ein Elternteil seine Erfahrungen und Probleme im Umgang mit seinem Kind vorgestellt hat, auf die Ähnlichkeit der Probleme von anderen anwesenden Eltern. Mit folgenden Fragen gelingt ihm das „Kommt das jemandem bekannt vor?“, „Schreit sonst noch jemand mit seinem Kind?“. Nachdem sich andere Eltern, entweder durch Beschreibung einer ähnlichen Situation oder einfach durch zustimmendes Kopfnicken gemeldet haben, beginnen die Eltern laut Landreth und Bratton (2006) sich miteinander zu identifizieren. Dadurch erkennen die Eltern, dass sie nicht alleine mit ihren Ängsten und Sorgen sind. Ihre Probleme werden somit normalisiert und generalisiert. Aufgrund dessen fällt es den Eltern leichter über ihre Schwierigkeiten und den damit verbundenen Gefühlen zu berichten.

Wenn die Eltern den Therapeuten direkt über bestimmte Erziehungssituationen befragen, wendet dieser zwei Vorgehensweisen an: Entweder notiert sich der Therapeut die Problemlage des Elternteils, um in einer anderen Sitzung, in der diese Thematik behandelt wird, darauf einzugehen. Oder er lädt, wenn das Problem thematisch in diese Stunde passt, die anderen Eltern ein über ihre Erfahrungen zu sprechen, damit diese gemeinsam zu einer Lösung kommen können. Aufgrund der gemeinsamen Problemlösung entfällt sowohl die Expertenrolle des Therapeuten als auch die Abhängigkeit der Gruppe vom Therapeuten (Landreth & Bratton, 2006).

Im nächsten Subkapitel wird auf die einzelnen didaktischen Komponenten eingegangen, die den elementaren Kern des filialtherapeutischen Ansatzes ausmachen, wie beispielsweise die kindzentrierten Fähigkeiten.

6.2. Didaktische Komponenten

Bei den didaktischen Komponenten kommt es zu einer Unterteilung in drei Bereiche:

- Prinzipien der Spielsitzung
- grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten
- einzelne Vermittlungstechniken, wie Stellung von Fragen, Wahlmöglichkeiten, Benennung von Spielmaterial

Der Filialtherapeut präsentiert in den Elterntrainingssitzungen die zu lernenden Inhalte in einfachen und verständlichen Sätzen. Um eine Überforderung der Eltern zu vermeiden, werden ihnen in einer Trainingssitzung nicht zu viele oder zu komplexe Informationen dargeboten. Die Regel lautet nach Landreth und Bratton (2006, S.55), „if parents do not feel they can quickly implement a new skill, they are not very likely to attempt to use the new skill“.

Die Aufgabe des Filialtherapeuten liegt nicht nur im Lehren der kindzentrierten Fähigkeiten, sondern auch in der Anwendung dieser bei den Eltern, damit die Eltern jene Wirkung selbst am eigenen Leib erfahren können (Landreth & Bratton, 2006).

Den Eltern werden leichte Hausübungen und informative Arbeitsblätter mitgegeben, um die unterrichteten Punkte zu veranschaulichen. Zur Erklärung der kindzentrierten

Fähigkeiten und Prinzipien, wendet der Filialtherapeut persönlich bedeutungsvolle Geschichten und Metaphern an. Einerseits sollen diese bei den Eltern Interesse wecken und andererseits wichtige Themen leichter in Erinnerung rufen (Landreth & Bratton, 2006).

Folgende zwei Metaphern werden zum leichteren Verständnis der kindzentrierten Fähigkeiten bei Landreth und Bratton (2006) verwendet:

- „*Focus on the donut, not the hole!*“ (S.131).

Übertragen auf das problematische Kind bedeutet das, dass sich die Eltern auf die Stärken des Kindes konzentrieren sollen, und nicht auf das was fehlt oder verbessert werden muss, demnach das Problem des Kindes.

- „*Be a thermostat, not a thermometer in your child's life*“ (S.134).

Die Eltern sollen sich demnach wie ein Thermostat, das die Temperatur reguliert, verhalten, da es Temperaturänderungen registriert und diese sofort ausgleicht um eine angenehme Umgebung zu schaffen. Die Eltern sollen kein Thermometer im Leben ihres Kindes sein, das sich der Außentemperatur anpasst. Übertragen auf die Erziehungssituation bedeutet diese Metapher, dass sich die Eltern nicht dem Verhalten des wütenden Kindes anpassen und mit Schreien und Drohen reagieren sollen, sondern die Gefühlsänderung des Kindes erkennen und auf ruhige und hilfreiche Art auf das Kind eingehen sollen.

Damit die Eltern sich ihrer therapeutischen Rolle bewusst werden, sehen sie sich Videos aufgezeichneter Spielsitzungen an. Bei der Präsentation dieser Videos weist der Therapeut zunächst auf, von ihm gemachte Fehler hin, um zu zeigen, dass auch er nicht perfekt ist und es in der Filialtherapie nicht verlangt wird immer vorbildlich zu reagieren. Diese Vorgehensweise soll den Eltern die Angst vor dem Training nehmen. Es wird vom Therapeuten betont, dass es nur auf die Art und Weise, wie sie ihr falsches Verhalten korrigieren, ankommt (Landreth & Bratton, 2006).

Demnach ist es für die Filialtherapie nicht wichtig und auch nicht möglich sich ständig passend zu verhalten, wesentlich ist nur die Art wie das eigene Verhalten wieder korrigiert wird.

6.2.1. Prinzipien der Spielsitzung

Im Folgenden werden die grundlegenden Prinzipien der Spielsitzung, die an Axlines Spieltherapieprinzipien angelehnt sind, angeführt (Landreth und Bratton, 2006):

- *Aufbau einer Atmosphäre von Konsistenz und Vorhersagbarkeit für das Kind:*
Wenn es Grenzen gibt und die Reaktionen und das Verhalten der Eltern in der Spieleinheit konsistent und daher vorhersagbar sind, entsteht beim Kind ein Gefühl von Sicherheit.
- *Verständnis und Akzeptanz der Welt des Kindes:*
Während der Spielsitzung nehmen die Eltern die Perspektive ihres Kindes empathisch wahr. Sie sind daran interessiert ihr Kind zu verstehen.
- *Ermutigung des Ausdrucks der Gefühle des Kindes:*
Alle Gefühle, die das Kind während der Spielsitzung zeigt, werden von den Eltern akzeptiert. Die Spielmaterialien erleichtern den Ausdruck der Gefühle des Kindes.
- *Errichtung eines Freiheitsgefühls:*
In der Spielsitzung fühlt sich das Kind frei seine Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse auf eine Weise auszudrücken, die ihm sonst nicht erlaubt ist.
- *Entscheidungsmöglichkeiten durch das Kind:*
Das Kind kann in der Spielsitzung viele Entscheidungen selbst treffen. Es sucht sich das Spielmaterial aus, um damit auf die Art und Weise zu spielen, wie es möchte.
- *Gefühle von Verantwortung und Kontrolle werden entwickelt:*
Das Kind lernt selbst für seine Handlungen die Verantwortung zu tragen, weil ihm von den Eltern die Kontrolle über seine Spielzeit übertragen worden ist.

6.2.2. Kindzentrierte Fähigkeiten

Jene aufgezählten Prinzipien werden zu vier wesentlichen kindzentrierten Fähigkeiten zusammengefasst, welche die Eltern anhand von Videos und Rollenspielen in den Trainingssitzungen erlernen, um sie in den Spielsitzungen mit ihrem Kind anzuwenden.

- Orientierung
- einführendes Verstehen
- kindzentrierte Spielfähigkeiten
- Grenzen setzen

a) Orientierung

Orientierung bedeutet, dass das Elternteil dem Kind Auskunft über die für ihn neue halbstündige Spielzeit gibt, da das Kind dort selbst Entscheidungen, über die Art und Weise wie und wann es spielen möchte, treffen kann. Die Aufgabe der Eltern ist es diese Situation von anderen gemeinsamen Aktivitäten abzugrenzen und dem Kind zu erklären, dass dieses Spielmaterial nur in der gemeinsamen Spielzeit verwendet wird. Zur Strukturierung der Spielsitzung ist es notwendig das Kind immer freundlich aber bestimmt 5 Minuten bzw. 1 Minute vorher auf das Ende der Spielzeit hinzuweisen, damit es sich darauf einstellen kann (Goetze, 2002; Guerney, 1964; Landreth, 2002). Zur Orientierung gehört auch, dass sich das Elternteil vor Beginn der Spielsitzung entspannt, um sich auf die Stunde vorzubereiten. Es sollten auch alle Störquellen abgestellt und das Kind vorher auf das WC geschickt werden, damit die Spielzeit nicht bzw. höchstens einmal unterbrochen wird (Goetze, 2002; Guerney, 1964; Landreth, 2002).

Van Fleet (2007) schlägt den Eltern auch vor mit ihrem Kind ein Schild zu basteln, um den Raum, der für die Spieltherapie verwendet wird, auszuweisen. Wenn das Schild an der Tür angebracht ist, bedeutet dies, dass sie gerade eine Sitzung durchführen und nicht gestört werden wollen.

b) Empathisches Verstehen

Für die Durchführung des filialtherapeutischen Ansatzes ist es sehr wichtig, dass die Eltern alle Gefühle des Kindes bedingungslos akzeptieren und empathisch verstehen und dem Kind dies auch vermitteln.

Um das Kind empathisch verstehen zu können, müssen die Eltern die Gefühle und Handlungen des Kindes bewusst wahrnehmen sowie dem Kind zuhören, ohne Fragen zu stellen oder sein Verhalten zu loben oder zu kritisieren. Auch wenn das Kind seine Gefühle nicht direkt ausdrückt, sind diese doch über seine Körpersprache und Mimik deutbar (s. „Be- With“ Einstellungen, Kapitel 6.2.4.). Nachdem die Eltern die Handlungen und Gefühle, die das Kind ausdrückt, wahrgenommen haben, soll das von den Eltern Verstandene dem Kind reflektiert werden. Die Kinder bekommen somit die Chance dem Inhalt des Verstandenen der Eltern zuzustimmen oder es zu verbessern. Auf diese Weise fühlt sich das Kind verstanden und wertgeschätzt (Goetze, 2002; Guernsey, 1964; Landreth, 2002).

Laut Landreth (2002) hat das empathische Verstehen vier Absichten:

- Es demonstriert dem Kind, dass die Eltern an ihm interessiert sind.
- Es ermöglicht dem Kind die Missverständnisse der Eltern bezüglich seiner Intentionen und Gefühle klarzustellen.
- Es stellt dem Kind Bezeichnungen für seine Gefühle zur Verfügung, weshalb seine Fähigkeit Gefühle in konstruktiver Weise auszudrücken wächst.
- Nicht zuletzt hilft es dem Kind sich selbst zu akzeptieren, wenn es erkennt, dass die Eltern es bedingungsfrei wertschätzen.

c) Kindzentriertes Mitspielen

Das Elternteil darf erst nach Einladung des Kindes bei seinem Spiel teilnehmen.

Bei Konstruktionsspielen kann das Elternteil dem Kind entweder benötigte Teile reichen oder ähnliches anfertigen wie das Kind (Goetze, 2002; Guernsey, 1964).

Ein zentraler Aspekt des kindzentrierten Mitspielens ist es, die Spielhandlung des Kindes nicht zu beschleunigen oder in eine bestimmte Richtung zu lenken. Das Spiel, die Handlung und die Geschwindigkeit werden nämlich vom Kind vorgegeben. Das Kind übernimmt die Führung und das Elternteil übernimmt die Rolle, die ihm das Kind zuweist, beispielsweise die Rolle des Schwächeren (Goetze, 2002; Guernsey, 1964).

Van Fleet (2007) verwendet zum leichteren Verständnis die Metapher, dass das Kind die Rolle des Regisseurs und Drehbuchautors einnimmt und das Elternteil die des Schauspielers. Sie rät den Eltern auch eine „Flüsterstimme“ zu gebrauchen, wenn sie sich nicht sicher sind, was das Kind von ihnen als nächstes möchte. Diese ermöglicht es den Eltern eine kurze Spielpause einzulegen, um vom Kind weitere Anweisungen zu erhalten. Das hat den Vorteil, dass die Eltern die Spielhandlung nicht unabsichtlich in eine bestimmte Weise lenken. Es sollte jedoch aufgepasst werden, dass die Flüsterstimme nicht zu oft Verwendung findet und somit durch die einzelnen Unterbrechungen das Spiel des Kindes stört (Landreth & Bratton, 2006).

Wenn die Einladung des Kindes nicht erfolgt, ist es die Aufgabe des Elternteils aufmerksam der Handlung des Kindes zu folgen, um dessen Gefühle zu reflektieren (Goetze, 2002; Guernsey, 1964).

d) Grenzen setzen

In der Spielstunde darf das Kind fast alles machen was es möchte. Die Grenzen werden auf ein Minimum reduziert. Es darf laut Landreth und Bratton (2006, S.342) allerdings nicht ganz auf diese verzichtet werden, denn: „Where there are no limits, there is no security. Consistent Limits = Security in the Relationship“. Konsequente Grenzen gewähren laut beiden Sicherheit in der Beziehung.

Wenn das Kind sich bzw. das Elternteil verletzt oder Spielmaterial zerstören möchte, dann muss seitens des Elternteils darauf hingewiesen werden, dass dieses Verhalten in der Spielstunde nicht erlaubt ist.

Wenn eine Grenze droht überschritten zu werden, ist es im filialtherapeutischen Ansatz wichtig, dass die Eltern ruhig und sachlich bleiben, anstatt mit lauter und erhobener Stimme zu sprechen (Guernsey, 1964; Landreth & Bratton, 2006).

Beim Grenzen benennen muss nach Landreth und Bratton (2006) auf die Formulierung geachtet werden. Es sollte kein Raum für Argumentationen seitens des Kindes enthalten sein.

Anstatt: “You can’t draw on the wall”.

Besser: “The wall is not for drawing on”.

(Landreth & Bratton, 2006, S.103).

Wenn das Elternteil sagt, dass auf der Wand nicht gemalt werden darf, weiß das Kind genau Bescheid was nicht erlaubt ist. Bei „Du kannst nicht auf der Wand malen“, könnte das Kind in Versuchung kommen den Erwachsenen davon zu überzeugen, dass es physisch in der Lage ist an der Wand zu malen.

Laut Landreth und Bratton (2006) ist es beim Setzen von Grenzen wichtig dem Kind zu zeigen, dass zwar seine Gefühle und Wünsche akzeptiert werden, allerdings sein Verhalten nicht. Dem Kind sollen Alternativen angeboten werden um seine Gefühle auf angemessenere Art und Weise auszudrücken, als auf der Wand zu malen. Beispielsweise kann dem Kind angeboten werden auf einem Papier zu malen.

Bei der Grenzensetzung gibt es je nach Autor Unterscheidungen in der Anzahl und der genauen Durchführung der Stufen, wie im Folgenden dargestellt wird:

Bei Goetze (2002) werden 4 Stufen angeführt:

1. „Hinweis auf eine Begrenzung
2. Reflektieren des Wunsches nach Grenzverletzung bzw. der Tatsache einer Grenzverletzung
3. Verhindern der Grenzverletzung
4. Durchsetzen der Konsequenzen.“ (S. 481)

Zuerst wird auf die Grenze, dass es nicht erlaubt ist das Elternteil zu verletzen, hingewiesen. Es folgt anschließend die Reflektion des Wunsches, das Elternteil verletzen zu wollen. Verhindern könnte das Elternteil diesen Wunsch, wenn es dem Kind eine Alternative nennt. Wenn das Kind trotzdem mit seinem Verhalten fortfährt, verweist das Elternteil auf eine unerwünschte Konsequenz, wie die sofortige Beendigung der gerade stattfindenden Spielstunde und die vorherigen Punkte werden wiederholt. Falls das Kind dennoch die Grenze überschreitet, muss die genannte Konsequenz vom Erwachsene beharrlich ausgeführt werden (Goetze, 2002).

Bei dem nächsten Modell von Landreth und Bratton (2006) gibt es merkbare Unterschiede zu dem von Goetze. Es wird den Eltern ein drei Stufenplan vorgestellt, mit der Abkürzung „A-C-T“:

“A- Acknowledge the child’s feelings, wishes, and wants.

C- Communicate the limit.

T- Target acceptable alternatives“ (S. 103).

Stufe 1 : Die Gefühle des Kindes sollen sobald sie erkannt werden vom Elternteil reflektiert werden. Ein empathisches Verstehen und die Akzeptanz der Gefühle und Wünsche helfen die Intensität der Gefühle des Kindes zu reduzieren.

Stufe 2: Die Grenze soll kurz und prägnant benannt werden um Missverständnissen vorzubeugen. Es darf beim Kind kein Zweifel darüber entstehen, was ungeeignet und was in Ordnung ist.

Stufe 3: Da sich das Kind eventuell nicht bewusst ist, dass es andere geeignetere Varianten gibt um seine Gefühle auszudrücken, soll das Elternteil in dieser Stufe dem Kind Wahlmöglichkeiten präsentieren. Die letzte Entscheidung liegt allerdings beim Kind.

Landreth und Bratton (2006) betonen, dass die drei Stufen nicht in der genannten Reihenfolge erfolgen müssen. Die 2. Stufe könne auch vorgezogen werden bzw. können die ersten beiden Stufen mehrmals wiederholt werden, bevor die 3. Stufe erreicht wird. Das hänge immer von der jeweiligen Situation ab.

Das folgende Beispiel eines 6- jährigen Jungen namens Robert, der mit einer Spielzeugwaffe auf ein Elternteil schießen möchte, zeigt wie das ACT- Modell angewendet werden kann (Landreth & Bratton, 2006):

”Parent: Robert, I can see you are really angry at me.

Robert: Yes! And I’m going to shoot you good!

Parent: You are just so angry at me you would like to shoot me. (Robert now has the gun loaded and begins to take aim at the parent.) But I’m not for shooting. (Robert interrupts before the parent can go on with the limit.)

Robert: You can’t stop me. Nobody can! (points the gun at the parent)

Parent: You're so powerful no one can stop you. But I'm not for shooting. You can pretend the Bobo is me (parent points toward the Bobo) and shoots Bobo.

Robert: (Swings the gun around, takes aim at the Bobo, and yells) Take that! (as he shoots Bobo)". (S.105)

In diesem Beispiel wird gezeigt, wie die Handlung des Kindes durch Reflektion seiner Gefühle, seines Handlungswunsches sowie durch ein Angebot einer alternativen Handlung seitens des Elternteils abgewendet werden kann, ohne dass eine Warnung und eine angedrohte Konsequenz erfolgt ist. Dieser Schritt soll nach Landreth und Bratton (2006) nur selten, erst wenn die Grenze schon überschritten worden ist, zum Einsatz kommen.

Letzte Stufe : Erst wenn das Kind auf das Elternteil „geschossen“ hat, wird dem Kind seine letzte Wahlmöglichkeit genannt. Diese Stufe sollte dem Kind klar verständlich mitgeteilt werden, damit es die Konsequenzen seiner Entscheidung verstehen und abschätzen kann.

„If you choose to shoot me again, you choose not to play with the gun (anymore today) (to end our playtime)“ (Landreth & Bratton, 2006, S.106).

Die letzte Stufe ist nach Landreth und Bratton (2006) keine Bestrafung. Dem Kind wird die letzte Wahlmöglichkeit erklärt. Das Elternteil sucht sich die Konsequenz aus und es wird entweder das bestimmte Spielzeug, in diesem Fall die Waffe, weggenommen oder die Spielstunde wird beendet. Wenn sich das Kind dafür entscheidet weiter auf das Elternteil zu „schießen“, entscheidet es sich für die Konsequenz, die vorher genannt worden ist. Landreth und Bratton (2006) betonen, dass das Kind realisieren muss, dass es selbst die Entscheidung getroffen hat, indem es sein Verhalten nicht geändert hat. Es hatte die Möglichkeit mit der unerwünschten Handlung fortzufahren oder aufzuhören.

Die Methode des Grenzsetzens ist laut dem filialtherapeutischen Ansatz sehr wirksam um Kindern die Selbstverantwortung für ihre Handlungen bewusst zu machen. Laut Landreth und Bratton (2006) wird sich das Verhalten des Kindes ändern.

Im Folgenden werden zusätzlich zu den eben angeführten grundlegenden kindzentrierten Spieltherapiefähigkeiten auch einzelne, für die Eltern hilfreiche Vermittlungstechniken zur Unterstützung der kindzentrierten Prinzipien, mit jeweils einem konkreten Beispiel, angeführt.

6.2.3. Stellung von Fragen

In der Spielsitzung sollten es die Eltern vermeiden ihrem Kind Fragen zu stellen, weil auf diese Weise die Eltern wieder die Kontrolle übernehmen würden. Wenn die Eltern genügend Informationen haben, um eine Frage zu stellen, kann laut Landreth und Bratton (2006) auch eine Feststellung gemacht werden, denn „Empathic statements go into the child’s heart and soul. Questions go to the mind to be processed and evaluated“ (S.83).

Genauso verhält es sich, wenn sich das Kind mit Fragen an den Erwachsenen richtet. Für gewöhnlich werden diese von den Eltern sofort beantwortet. In der Spielstunde allerdings ist dies nach Landreth und Bratton (2006) nicht erlaubt, da es die Abhängigkeit des Kindes vom Erwachsenen betont. Wenn das Kind in der Spielstunde eine Frage stellt, soll durch Kommentare der Eltern die Verantwortung wieder auf das Kind übertragen werden. Durch folgende Reaktionen der Eltern wird das Kind ermutigt seine eigenen Entscheidungen zu treffen:

“Child: What should I play with first?

Parent: In here, you can decide what you want to play with first”

(Landreth & Bratton, 2006, S.86).

“Child: ... What colors should I put in my rainbow?

Parent: You can decide what colors to use”

(Landreth & Bratton, 2006, S.88).

Ein Kind, dem die Möglichkeit gegeben wird selbstständig Entscheidungen zu treffen und Selbstverantwortung zu übernehmen, gewinnt nach dem filialtherapeutischen Ansatz Selbstvertrauen und Selbstkontrolle (Landreth & Bratton, 2006).

Durch die Erfahrung selbstbestimmt zu handeln, kann das Kind nach Landreth und Bratton (2006) seine persönlichen Stärken entdecken, wodurch sein Selbstkonzept gestärkt wird. Dies verändert die Selbstwahrnehmung des Kindes positiv. Dies stellt laut Landreth und Bratton (2006) einen Wachstumsprozess dar, der das Kind befähigt auf effektivere Art mit zukünftigen Problemen und Situationen umzugehen.

6.2.4. „Be- With“ Einstellungen

Während der Spielstunde sollen die Eltern ihre Kinder nicht passiv beim Spielen beobachten, sondern mit ihnen kommunizieren. Wie sie das machen können wird in diesen vier Einstellungen, die als „Be-With“ Einstellungen zusammengefasst werden, dargestellt (Landreth & Bratton, 2006, S.83f):

➤ **„I am here“**

Die Eltern sind physisch, mental und emotional präsent, um die Welt des Kindes zu betreten.

➤ **„I hear you“**

Die Eltern nehmen mit ihren Ohren und Augen wahr, was ihr Kind verbal und nonverbal ausdrückt.

➤ **„I understand“**

Die Eltern wollen, dass ihr Kind erkennt, dass sie seine Gefühle und Bedürfnisse verstehen und akzeptieren.

➤ **„I care“**

Die Eltern interessieren sich für das Kind. Wenn die Eltern erfolgreich sind bei der Durchführung der ersten drei Punkte, dann lassen die Kinder sie an ihrer Welt teilhaben, weil sie wissen, dass sich die Eltern um sie kümmern.

Es ist wichtig, dass die Eltern während der gesamten Sitzung mit ihrem Kind kommunizieren, nicht nur mit Worten, sondern mit der Körperhaltung, der Mimik, den Gefühlen von Empathie und Interesse (Landreth & Bratton, 2006).

So signalisieren die Eltern ihrem Kind, dass sie nicht nur physisch sondern auch mental und emotional anwesend sind und die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes verstehen sowie akzeptieren können (Landreth & Bratton, 2006).

Wenn sich das Kind dessen bewusst geworden ist, lässt es seine Eltern an seiner Welt teilhaben. Diese Einstellungen helfen den Eltern auch ihr Kind empathisch zu verstehen und ihm dies zu vermitteln (Landreth & Bratton, 2006).

6.2.5. Reflektion des Inhalts und der Gefühle

In der Spielstunde darf das Kind selbst entscheiden, wie es sein Spielzeug benennen möchte, daher sollten die Eltern jene Spielmaterialien, die vom Kind noch nicht bezeichnet worden sind, nicht als etwas bestimmtes identifizieren. Dadurch entsteht laut Landreth und Bratton (2006) eine freie Umgebung, die die Kreativität des Kindes anregt und es auffordert Spielsachen auf nicht konventionelle Art und Weise zu gebrauchen.

Ein Beispiel wie Eltern auf nonverbales Verhalten des Kindes reagieren können, ohne das Material zu betiteln, wäre:

“Child: (Pushes a truck across the carpet). Vrrmm.

Parent: You´re pushing that right across there”

(Landreth & Bratton, 2006, S.90).

Die Aufgabe der Eltern in der Spielstunde ist es, den Inhalt des verbal Ausgedrückten des Kindes zu reflektieren, um dem Kind zu verdeutlichen, dass sie ihm zuhören und es verstehen. Hierbei sollten nach Landreth und Bratton (2006) nicht die exakt gleichen Worte verwendet werden, sondern nur der Inhalt nochmals wiedergegeben werden.

“Child: An earthquake is happening.

Parent: Here comes an earthquake”

(Landreth & Bratton, 2006, S.91).

Wenn die Eltern ein Gefühl des Kindes identifizieren können, sollten sie dieses dem Kind reflektieren. Das Gefühl des Kindes sollte laut Landreth und Bratton (2006) in einem kurzen Satz, der mit „Du“ beginnt formuliert werden.

“Child: Yeah- look how far I can shoot it!

Parent: You are really proud of yourself”

(Landreth & Bratton, 2006, S.93).

Durch die Reflektion der Eltern, erkennt das Kind, dass seine Gefühle und Bedürfnisse verstanden und akzeptiert werden. In weiterer Folge lässt das Kind die Eltern noch tiefer in seine Welt eintreten (Landreth & Bratton, 2006).

6.2.6. Lob vs. Ermutigung

Ein Ziel der Filialtherapie ist es die Selbstachtung des Kindes aufzubauen bzw. zu stärken. Nach Landreth und Bratton (2006) ist Lob hierbei nicht sinnvoll, da es nur ein Produkt des Kindes auszeichnet, wie **„Das Bild ist schön.“** Das Lob hat keine positive Langzeitwirkung auf das Kind. Stattdessen wird das Kind von externem Lob abhängig und die Kommentare der Eltern definieren sein Denken und Fühlen. Demnach übermittelt das Lob lediglich was die Eltern über die Fähigkeiten ihres Kindes denken.

Wenn jedoch die Leistung, die Zeit und die Anstrengung des Kindes um ein bestimmtes Bild zu malen anerkannt wird, dann kann es diese Erfahrung in sein Selbstkonzept integrieren. Das Kind lernt somit etwas über seine eigenen persönlichen Qualitäten.

Um das Kind direkt anzusprechen, muss der Kommentar nach Landreth und Bratton (2006) personalisiert werden und mit dem Namen des Kindes beginnen. Beispielsweise: **„David, du hast hart an dem Bild gearbeitet“**. Das Kind lernt auf diese Weise stolz auf sich selbst zu sein und entwickelt Selbstvertrauen in Bezug auf seine Fähigkeiten. Da die Motivation intrinsisch erfolgt, benötigt das Kind nach Landreth und Bratton (2006) kein Lob seitens der Eltern mehr.

Das folgende Beispiel zeigt, wie eine angemessene Reaktion der Eltern auf die Leistung ihres Kindes aussehen kann:

“Child: (He multiplies the numbers 20 times 20. Writes the answer 400)

Look at this! (Pride in voice)

Parent: You´re excited and proud of your ability to do multiplication”

(Landreth & Bratton, 2006, S.95).

Bei der Reaktion des Elternteils ist es wichtig, dass die gleichen Gefühle, wie bei der Aussage des Kindes, ausgedrückt werden, wie beispielsweise stolz, da das Kind multiplizieren kann.

- Ermutigende Phrasen, die die Leistung des Kindes anerkennen, sind z.B.
„Du hast es geschafft!“, „Du hast wirklich hart daran gearbeitet“.
- Vertrauen zeigen folgende Phrasen:
„Klingt als hättest du einen Plan“. „Da ich dich kenne, bin ich sicher, dass du dass gut machen wirst“.

Zusammenfassend kann nach Landreth und Bratton (2006) gesagt werden, dass ermutigende und vertrauenerweckende Phrasen:

- das Kind so akzeptieren wie es ist,
- die positiven Verhaltensweisen hervorheben,
- Zuversicht zeigen, dass das Kind an sich selbst glauben kann,
- die Leistung des Kindes anerkennen.

Somit kann gesagt werden, dass das Kind durch Ermutigungen Selbstachtung, Selbstmotivation, Vertrauen und Kreativität entwickelt.

Das Lob allerdings begrenzt die Kreativität, das Selbstvertrauen und die Selbstmotivation, weil das Kind von der Meinung anderer abhängig wird, die seinen Selbstwert bestimmt.

6.2.7. Wahlmöglichkeiten

Das Konzept des Gewährens von Wahlmöglichkeiten basiert auf den Prinzipien des Grenzensetzens. Dies ist eine Strategie, die Kinder darin bestärkt auch außerhalb der Spielsitzung Entscheidungen selbst zu treffen. Die Regel, die beachtet werden muss ist folgende: „Big choices for big kids, little choices for little kids“ (Landreth & Bratton, 2006, S. 274). Je nach Entwicklungsstand des Kindes sollen ihm unterschiedlich viele Entscheidungsmöglichkeiten gegeben werden, damit es nicht über- oder unterfordert wird. Kleinen Kinder sollten nach Landreth und Bratton (2006) nur zwei Möglichkeiten angeboten werden. Wichtig ist hierbei, dass die zur Auswahl stehenden Alternativen auch von dem Elternteil akzeptiert werden, da diese schließlich mit der Wahl des Kindes leben müssen (Landreth & Bratton, 2006).

Allerdings gibt es auch Bereiche, wo die Eltern die Entscheidung für das Kind treffen müssen, da diese noch nicht reif dafür sind. Als Beispiel wäre die Schlafenszeit zu nennen. Die Eltern können dem Kind dafür in vielen anderen Bereichen die Kontrolle überlassen, indem sie ihm Wahlmöglichkeiten anbieten (Landreth & Bratton, 2006).

➤ Zur Vorbeugung von Verhaltensauffälligkeiten und Machtkämpfen:

Um Problemen vorbeugen zu können, ist es zunächst wichtig, dass die Eltern verstehen worin das wirkliche Problem des Kindes liegt.

Wenn beispielsweise das Kind für gewöhnlich hungrig von der Schule nach Hause kommt und etwas Süßes essen möchte, aber das Elternteil etwas Gesundes für das Kind bevorzugt, könnte dem Wunsch des Kindes nach Schokolade zuvorgekommen werden, indem ihm vorab zwei Wahlmöglichkeiten in der Form von zwei gesunden Snacks, die dem Kind schmecken, vorgeschlagen werden. Auf diese Weise ersparen sich die Eltern die Machtkämpfe mit ihrem Kind.

➤ Zur Durchsetzung von Regeln:

Um Regeln durchzusetzen ist es notwendig dem Kind zwei Wahlmöglichkeiten zu nennen, eine für das Kind positive, wenn es die Regel erfüllt und eine für das Kind negative. Die Konsequenz bei Verstoß gegen die Regel sollte aber nach Landreth und Bratton (2006) keine Bestrafung darstellen, die dem Kind ein traditionelles Ritual, wie beispielsweise das Vorlesen einer Geschichte vor dem zu Bett gehen,

wegnimmt. Es sollten dem Kind, bei Einhaltung der Regel, vielmehr Vergünstigungen, wie beispielsweise einen Film anzusehen, angeboten werden.

z.B: „We are about to institute a new and significant policy within the confines of this domicile“ (big words get children’s attention!). “When you choose to pick up your toys before dinner, you choose to watch 30 minutes of television after dinner. When you choose not to pick up your toys before dinner, you choose not to watch television after dinner” (Landreth & Bratton, 2006, S. 277).

Bevor eine neue Regel eingeführt wird, schlagen Landreth und Bratton (2006) vor, mit betont erhobener Stimme die Aufmerksamkeit der Kinder zu erregen. Anschließend werden zwei Wahlmöglichkeiten genannt. Hierbei ist es wichtig, dass dem Kind die Wahl überlassen wird für welche Möglichkeit es sich entscheidet. Wenn es sich in Bezug auf das Beispiel dafür entscheidet die Spielsachen nicht vor dem Abendessen wegzuräumen, dann müssen die Eltern diese Wahl akzeptieren, aber auch die darauf folgende Konsequenz des Fernsehverbots konsequent einhalten.

Nachdem die Prinzipien und die kindzentrierten Fähigkeiten von den Eltern in den Trainingssitzungen gelernt worden sind, üben die Eltern in Rollenspielen mit dem Therapeuten oder einem Elternteil den Ablauf von Spielsitzungen. Anschließend diskutiert die Gruppe über die Therapeutenrolle des Elternteils und perfektioniert sie durch weitere Rollenspiele.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Rolle der Eltern im Alltag und die in der Spielsitzung klar voneinander zu trennen. Die Eltern werden aufgefordert ihr gelerntes Wissen nur innerhalb der Spielsitzung anzuwenden. Dies nimmt den Druck von den Eltern und erleichtert den Umgang mit den neuen Fähigkeiten. Nach Guerney (1964) übertragen die Eltern die kindzentrierten Techniken, je geübter und erfahrener sie im Umgang mit ihnen sind, auch automatisch auf den Alltag. Sie wenden diese Fähigkeiten dann nicht nur in der begrenzten Zeit der Spielstunde, sondern bei alltäglichen Situationen an. Bei Landreths 10-Wochenmodell wird diese Übertragung beschleunigt, indem den Eltern regelmäßig Hausübungen gegeben werden, um außerhalb der Spielsitzungen die kindzentrierten Fähigkeiten anzuwenden. Welche Hausübungen als hilfreich betrachtet werden, wird im 7. Kapitel präsentiert.

Nachdem ein Einblick in die genauen didaktischen Komponenten der Elternt rainingseinheiten gegeben worden ist, wird klarer worin die Eltern in der Filialtherapie ausgebildet werden. Im nächsten Subkapitel erfolgt der nächste Schritt des Elternt rainings, die Anwendung des gelernten Wissens in der Spielstunde mit dem eigenen Kind.

6.3 Ausführung der Spielstunde

Bei Guerney (1964) beginnen nach ca. sechs bis acht Trainingssitzungen, wenn sich die Eltern im Umgang mit den kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten sicher sind, die Spielsitzungen zu Hause mit ihrem eigenen Kind. Bei wöchentlichen Supervisionen in der Gruppe erhalten die Eltern vom Therapeuten Unterstützung. Bei Landreths (2002) 10-Wochen-Gruppenfilialtherapiemodell werden die vier grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten nur innerhalb der ersten drei Sitzungen gelehrt. Wegen der kürzeren Therapiedauer werden daher schon ab der vierten Woche die Spielsitzungen von den Eltern zu Hause durchgeführt. Die Beschreibung des genauen Ablaufs und der Struktur seines Modells erfolgen im 7. Kapitel.

Bevor die Spielsitzung jedoch zu Hause umgesetzt wird, werden mit den Eltern noch verschiedene Punkte geklärt. Zuerst müssen die Eltern eine Entscheidung bezüglich des Zimmers zur Durchführung der Spielstunde treffen.

Es sollte nach Landreth und Bratton (2006) genügend Platz bieten und es sollten nach Möglichkeit auch keine zerbrechlichen Gegenstände in der Nähe vorhanden sein. Anschließend sollten sich die Eltern bestimmte Spielmaterialien, die nur für diese Spielzeit verwendet werden, besorgen. In der Gruppe wird ein Preislimit festgesetzt und eine Liste von Spieltherapieequipment ausgegeben (Landreth & Bratton, 2006). Welche Utensilien genau darunter fallen, wird im nächsten Subkapitel genauer besprochen.

6.3.1. Spielzeugwahl

Die Atmosphäre eines Spielzimmers ist nach Landreth (2002) sehr wichtig. Es soll die Botschaft vermitteln, dass dies ein Platz ist, wo der Ausdruck aller Gefühle des Kindes erlaubt ist. Der Blick auf die Spielsachen soll den Wunsch wecken, damit zu spielen.

Da die Spielmaterialien das Kommunikationsmittel für das Kind sind, müssen diese nach Landreth (2002) sorgfältig ausgesucht werden. Die Regel lautet Selektion statt Anhäufung, da nicht der Eindruck eines „Ramschladens“ entstehen soll (Landreth, 2002).

Die zwei entscheidenden Faktoren sind dabei, einerseits vielseitige Einsatzmöglichkeiten und andererseits eine lange Haltbarkeit des Materials.

Nicht alle Spielsachen ermutigen das Kind nach Landreth (2002) seine Bedürfnisse, Gefühle und Erfahrungen auszudrücken. Einfach verständliche Spielsachen sind laut ihm erfolgsversprechend und ermöglichen dem Kind die verschiedensten Gefühle und Erfahrungen zu erleben.

Bücher sowie schwierig zu bedienende mechanische oder elektrische Spielzeuge sollten vermieden werden, weil sie die Handlungen des Kindes in eine bestimmte Richtung lenken (Landreth, 2002).

Da, wie bereits betont, das Kind die Spielsachen als Kommunikationsmittel verwendet, sollte besondere Aufmerksamkeit auf die Auswahl des Spielmaterials geworfen werden. Folgende Ziele sollte das Material nach Landreth (2002) verfolgen:

- Aufbau einer positiven Beziehung zum Kind
- Entwicklung eines positiven Selbstbildes
- Ausdruck einer großen Palette an Gefühlen
- Gestaltung von erlebten Erfahrungen
- Testen von Grenzen
- Entwicklung von Selbstvertrauen
- Möglichkeit um unerwünschtes Verhalten auf andere umzuleiten

Folgende Materialien besitzen diese eben ausgeführten Fähigkeiten. Sie können nach Landreth (2002) in drei grobe Kategorien unterteilt werden:

1) Lebensnahes Spielzeug

z.B. eine Puppenfamilie mit weichem Körper, eine kleine Papierschachtel mit farbig ausgewiesenen Räumen, eine Puppenhausgarnitur, eine Plastikbabyflasche, ein Polizist, zwei Teller und Tassen, ein Löffel, ein kleines Auto, ein Flugzeug, Plastikgeld und ein Telefon.

2) Spielzeug um Aggressionen auszudrücken:

z.B. Handschellen (mit Federöffnung, ohne Schlüssel), eine Plastikpistole, ein 4m langes Seil, Spielsoldaten (mit zwei verschiedenen Farben), aggressive Puppen (wie Drache, Dinosaurier oder Krokodil), ein Plastikmesser, eine Bank zum Hämmern, ein Sandsack.

3) Spielzeug für den kreativen und emotionalen Ausdruck

Buntstifte (ca. 8, zu viel Auswahl vermeiden), Zeitungspapier, stumpfe Scheren, Handwerksmaterial wie Pfeifenreiniger, Holzstiele, Handpuppen, eine kleine Faschingsmaske, Klebeband, nicht giftigen Klebstoff, einen leeren Blumentopf, eine Sandkiste, ein Kübel mit Wasser.

Tiere, wie Dinosaurier und Krokodile übermitteln dem Kind nach Landreth (2002), dass Gefühle wie Wut oder Aggression in der Spielstunde erlaubt sind. Babyflaschen und Puppen ermöglichen dem Kind zu regredieren, also in ein früheres Kindheitsstadium zurückzukehren. Durch Familienpuppen und Wohnungsgegenstände kann das Kind die Realität nachspielen.

Während der Spielsitzung mit dem Kind ist es notwendig, dass das Elternteil sich Notizen macht. Daher übergibt der Therapeut den Eltern ein Formular, auf dem beschrieben wird auf welche Aspekte besonders geachtet werden soll. Eine weitere Aufgabe der Eltern ist es Videoaufnahmen oder Tonaufnahmen der eigenen Spielsitzung zu machen, um diese in den Trainingseinheiten eingehender betrachten zu können. Bei der Ansicht der Videos wird der Fokus auf die positiven Verhaltensweisen der Eltern gelegt, damit die Eltern nach Landreth (2002) Selbstvertrauen entwickeln und die Verteidigungshaltung aufgeben können.

Wenn Eltern Schwierigkeiten mit einer Situation haben, werden allerdings auch alternative Verhaltensweisen überlegt und sogleich in Rollenspielen geübt (Landreth, 2002).

Es wird vom Therapeuten betont, dass eine Regelmäßigkeit in der Wahl des Spielortes, des Tages und der Spielzeit eingehalten werden muss, um nach Guerney (1964) folgende drei Ziele zu erreichen:

- Erstens soll durch die neue empathisch verstehende und akzeptierende, kindzentrierte Einstellung und des damit einhergehenden Verhaltens seitens der Eltern die Wahrnehmung des Kindes von ihnen geändert werden.
- Zweitens zielt die Sitzung darauf ab, dem Kind zu ermöglichen über seine Gefühle und Bedürfnisse, die es zuvor oft vor den Eltern und dem eigenen Bewusstsein fern gehalten hat, zu sprechen oder im Spiel auszudrücken. Die Sitzungen sind demnach hilfreich um Verdrängungen aufzuheben und die Angst produzierenden inneren Konflikte aufzulösen.
- Drittens soll die neue Einstellung der Eltern dem Kind helfen Selbstrespekt, Selbstverantwortung und Vertrauen zu entwickeln um schließlich ein höheres Selbstwertgefühl zu bekommen.

6.3.2. Auftretende Schwierigkeiten

Im Folgenden wird auf die Probleme, die vor und während der Filialtherapie auftreten können, eingegangen.

Ein Problem das zu Beginn der Filialtherapie auftreten kann ist laut Goetze (2002), dass einzelne Eltern aus beruflichen Gründen zu wenig Zeit zur Verfügung haben, um bei wöchentlichen Trainingssitzungen teilzunehmen bzw. eine halbe Stunde mit ihrem Kind einzuplanen. Andere Eltern verteidigen sich damit, dass sie schon regelmäßige Zeit mit ihrem Kind verbringen und diese halbstündige Spielzeit daher nicht benötigen. Goetze (2002) schlägt den Eltern vor, dass sie die Zeit, die sie mit ihrem Kind verbringen anders gestalten sollen, damit sie keine zusätzliche halbe Stunde benötigen.

Wenn es in einer Familie mehrere Kinder gibt, sollte nach Landreth und Bratton (2006) idealerweise jedes Kind regelmäßig eine Filialtherapie erhalten. Manchmal ist es möglich, wenn eine individuelle Filialtherapie gewählt wird, dass ein Elternteil gleichzeitig mit mehreren Kindern eine Spielstunde durchführt; das ist abhängig vom Alter und der Anzahl der Kinder. Bei zwei Kindern könnten auch beide Eltern mit jeweils einem Kind die Sitzung zu verschiedenen Zeiten abhalten (Guerney, 1964; Landreth & Bratton, 2006).

Als nächstes wird auf Probleme, die während der Filialtherapie auftreten können, eingegangen:

Laut Landreth und Bratton (2006) kommt es vor, dass Eltern die vom Therapeuten aufgetragenen Hausübungen absichtlich nicht erledigen oder anhaltende Schwierigkeiten bei der Anwendung der Fähigkeiten zeigen. Landreth und Bratton (2006) nehmen an, dass viele Eltern die Wichtigkeit der Hausübungen unterschätzen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht nun darin, für die Eltern den Bezug zwischen den Hausübungen und den kindlichen Problemen herzustellen und somit die Relevanz verständlich zu machen. Es sollte laut Landreth und Bratton (2006) ausdrücklich klargestellt werden, dass die Probleme, die die Eltern mit ihrem Kind haben in der Spielsitzung bearbeitet werden. Denn genau für diese Spielsitzungen benötigen die Eltern die zu lernenden Fähigkeiten, um sie dann als therapeutischer Vertreter einsetzen zu können. Bei widerwilligen Eltern kann sich der Therapeut privat mit diesen zusammen setzen um eventuelle Schwierigkeiten zu besprechen (Landreth & Bratton, 2006).

Nach Landreth und Bratton (2006) kann es auch vorkommen, dass eine bestimmte Hausübung das Elternteil an ein eigenes ungelöstes emotionales Problem erinnert und daher versucht wird einer Bewusstwerdung entgegenzuwirken, indem die Hausübung nicht gemacht wird. Dieses Thema kann in der Gruppe diskutiert und in speziell dafür ausgewählten Rollenspielen bewusstgemacht werden. Beim Feedback führen selbstwertaufbauende Antworten der Gruppe, wie beispielsweise Benennung der Stärken des Elternteils zur Ermutigung.

Ein weiteres Problem stellen von den Eltern unregelmäßig durchgeführte Spielsitzungen dar. Eine gute Möglichkeit für Landreth und Bratton (2006), wäre es, wenn der Therapeut die Eltern direkt fragt, ob sie wissen worin die Schwierigkeit besteht und ob sie einen Weg sehen wie ihr Problem zu lösen sei, damit sie die Spielsitzungen wieder regelmäßig durchführen können.

Die Aufgabe des Therapeuten ist es hierbei die Sichtweise der Eltern zu begreifen. Wenn Eltern Schwierigkeiten in der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit haben, wird diese durch Rollenspiele geübt (Landreth & Bratton, 2006). Ein persönliches Gespräch mit dem Therapeuten offenbart die, die für das Nichtausführen der Spielsitzung verantwortlichen, verborgenen Gründe.

Wenn elterlicher Selbstzweifel der zentrale Faktor ist, dann sollte nach Landreth und Bratton (2006) das eigene Kind zu einer privaten Stunde in die Praxis gebracht werden, um eine Spielsitzung mit dem Elternteil durchzuführen, welche per Video aufgenommen und anschließend supervisioniert wird. Der Therapeut erhält dann die Möglichkeit sensibel auf die Gefühle der Eltern von Angst und Zweifel einzugehen und die positiven Verhaltensweisen der Eltern in der Spielsitzung hervorzuheben um diese zu ermutigen (Landreth & Bratton, 2006).

Es kommt in den Trainingssitzungen nach Landreth und Bratton (2006) auch vor, dass die Eltern Widerstand gegenüber den Trainingsmethoden des Therapeuten bzw. der Anwendung der Fähigkeiten zeigen. Wenn Eltern in dem Training Widerstand zeigen, wird nach den dahinterliegenden Gründen gefragt. Vielleicht fühlen sich die Eltern bedroht, weil sie ihr typisches Verhalten gegenüber ihrem Kind verändern sollen (Landreth & Bratton, 2006). Es kann auch sein, dass die Eltern Hemmungen zeigen, weil sie merken, dass sich in der Filialtherapie nicht das Kind ändern soll, sondern dass sie sich selbst bezüglich ihrer Einstellungen und ihres Verhaltens verändern sollen.

Nach Landreth und Bratton (2006) ist das Problem hierbei, dass sich der Therapeut unwohl fühlt und das Vertrauen in sich verliert. In der Supervision des Therapeuten können diese Gefühle bearbeitet werden. Eine Möglichkeit den widerständigen Eltern zu helfen, wäre den Eltern ehrlich seine Gefühle mitzuteilen, beispielsweise, dass er ihnen zwar helfen möchte, jedoch keinen geeigneten Weg findet und er sich daher Sorgen macht, wie er sich gegenüber den Eltern verhalten soll (Landreth & Bratton, 2006).

Ein anderes Problem stellen dominante Eltern in den Trainingssitzungen dar. Eltern, die während der Diskussionen äußerst mitteilsam sind und dadurch jede Stunde dominieren, stören laut Landreth und Bratton (2006) den Gruppenprozess. Meistens sind dominante Eltern unsensibel in Bezug auf die Reaktionen anderer Leute (Landreth & Bratton, 2006). Die anderen Gruppenmitglieder könnten so frustriert werden, dass sie das Training beenden wollen.

Es gibt nach Landreth und Bratton (2006) verschiedene Möglichkeiten wie mit diesen Eltern umgegangen werden kann. Nachdem mehrere Minuten dem Elternteil empathisch, akzeptierend zugehört worden ist, kann der Therapeut sanft den gesagten Inhalt zusammenfassen und sich dann wieder mit der Frage an die Gruppe wenden, ob auch ein anderer dieses Problem kennt. Diese Methode nimmt das dominante Elternteil aus der Führungsposition.

Es kann nach Landreth und Bratton (2006) allerdings auch in einer Einzelberatung den Bedürfnissen des dominanten Elternteils auf den Grund gegangen werden. Dieses Aussprechen kann dazu führen, dass dieses in den Trainingsstunden ruhiger wird. In der privaten Besprechung kann der Therapeut das Elternteil auch bitten den anderen Teilnehmern, die Schwierigkeiten haben in die Diskussion einzutreten, zu helfen daran teilzunehmen.

Während der Spielsitzung kann das Problem auftreten, dass das Kind nicht weiß mit welchen Materialien es spielen soll und daher überfordert am Boden sitzt. Hier könnte laut Goetze (2002) gemeinsam eine Liste mit möglichen Spielen angefertigt werden. Die endgültige Wahl des Spiels liegt jedoch beim Kind. Wenn das Kind nach fünf Minuten kein Interesse mehr an der Spielstunde zeigt, kann ihm angeboten werden weitere zehn Minuten zu spielen, um dann eine Entscheidung bezüglich der Beendigung der Spielstunde zu treffen (Landreth & Bratton, 2006).

Abschließend wird auf ein nach Landreth und Bratton (2006) häufig genanntes Thema eingegangen. Viele Eltern sind besorgt, wenn sich ihr Kind in der Spielstunde regelmäßig aggressiv verhält bzw. wenn immer die gleichen Spiele gewählt werden. Die Filialtherapeuten beruhigen die Eltern und betonen, wenn sich das Kind kontinuierlich mit dem gleichen Thema beispielsweise Aggressionen beschäftigt, es eine bestimmte Zeitspanne, um seine gemachten Erfahrungen zu verarbeiten, benötigt.

Dies bedeutet nicht, dass dem Kind langweilig ist und ihm keine Spielalternativen einfallen bzw. dass es durch diese vermehrten aggressiven Handlungen auch außerhalb der Spielsitzung zu einer Zunahme dieser Gefühle kommen wird. Wenn Eltern eine akzeptierende, einführende und nicht wertende Atmosphäre erzeugen, sei das ausreichend um ihrem Kind zu helfen. Weiters wird betont, dass die Eltern es vermeiden sollten zu viel in die Handlungen des Kindes hineinzuzinterpretieren oder das Kind nach der Bedeutung seines Spiels zufragen (Goetze, 2001; Landreth & Bratton, 2006).

Zusammenfassung

Die Fragestellung, der sich diese Arbeit widmet ist jene: „Inwieweit eignet sich eine Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind?“ Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage handelte das 5. Kapitel über die Ziele und die Auswirkungen der Filialtherapie auf das Kind, die Eltern und die Eltern- Kind- Beziehung und die Gründe für die Entscheidung die Eltern die therapeutische Arbeit ausführen zu lassen. In diesem 6. Kapitel ist der Schwerpunkt auf die genauen Inhalte des Elterntrainings gelegt worden. Um einen Überblick über die Filialtherapie zu erhalten, ist es notwendig die einzelnen Trainingskomponenten, die den Eltern gelehrt werden, zu betrachten. Dies ist daher von Relevanz, um die Frage der Eignung des filialtherapeutischen Ansatzes als Behandlungsmaßnahme von Entwicklungsstörungen zu klären. Es können nämlich nur diese Elemente überprüft werden, die auch zuvor gelehrt worden sind.

Deshalb sind zunächst die zwei Schlüsselkomponenten, die didaktische sowie die Gruppenprozesskomponente näher dargestellt worden, um ein Bild von den kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten zu bekommen. Das Gruppenformat der Trainingseinheiten hat den Vorteil individuelle elterliche Probleme normalisieren und generalisieren zu können, um durch die Identifikation mit anderen Teilnehmern den Aufbau einer Gruppenkohäsion zu erleichtern.

Die Eltern werden in die Prinzipien der Spielsitzung sowie die daraus zusammengefassten vier grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten der Orientierung, des einführenden Verstehens, der kindzentrierten Spielfähigkeiten und des Grenzsetzens eingeführt.

In den Trainingssitzungen erhalten die Eltern Anleitungen, wie sie in den Spielsitzungen ein kindzentriertes Verhalten einnehmen können. Dieses ist durch Nicht-Direktivität gekennzeichnet, demnach sollen weder Fragen der Kinder beantwortet noch elterliche Fragen gestellt werden, da in diesen Fällen die Verantwortung und Führung der Sitzung dem Kind entzogen werden würde. Beim Setzen von Grenzen ist es wichtig, dem Kind zu zeigen, dass zwar seine Gefühle und Wünsche von den Eltern akzeptiert werden, aber sein Verhalten auf angemessenere Art und Weise ausgedrückt werden muss.

Bei der Filialtherapie werden auch einzelne Vermittlungstechniken, die die Eltern bei der Ausführung der kindzentrierten Tätigkeiten unterstützen sollen, wie die der Reflektion der Inhalte und der Gefühle des Kindes, gelehrt. Es wird auf den Unterschied zwischen Loben und Anerkennen eingegangen. Wenn nur das Produkt des Kindes gelobt wird, beispielsweise ein selbstgemaltes Bild, begrenzt es die Kreativität, das Selbstvertrauen und die Selbstmotivation des Kindes. Daher bestimmt das Lob den Selbstwert des Kindes. Wenn jedoch die Leistung des Kindes, die aufgewendete Zeit und die Anstrengung des Kindes, um beispielsweise ein bestimmtes Bild zu malen, anerkannt wird, dann entwickelt es Selbstachtung und kann diese Erfahrung in sein Selbstkonzept integrieren.

Diese Unterscheidung ist grundsätzlich nicht neu, da sie auch bei Axline in der Spieltherapie Anwendung findet. Bei ihr werden Kinder auch nicht gelobt.

Landreth befähigt jedoch im Gegensatz zu Axline die Eltern ihren Kindern auch außerhalb der Spielsitzung je nach Alter mehr oder weniger Entscheidungsfreiheiten in Form von Wahlmöglichkeiten anzubieten. Kinder können so in einem von den Eltern vorgegebenen Rahmen Entscheidungen treffen.

In der Folge kann Verhaltensauffälligkeiten und Machtkämpfen vorgebeugt werden. Diese Übertragungsmöglichkeit von der Spieltherapie in den Erziehungsalltag fehlt bei Axline, da die Eltern nicht in die Therapie ihrer Kinder miteinbezogen werden.

Um die Inhalte der Trainingssitzungen schneller lernen und verinnerlichen zu können, werden den Eltern einfache Hausübungen und informative Arbeitsblätter mitgegeben. Bei Landreths Modell können die Eltern schon nach der dritten Trainingseinheit die erste Spielsitzung mit ihrem Kind zu Hause durchführen.

Die Voraussetzung dafür ist, dass ein geeignetes Zimmer ausgewählt und das dafür notwendige Spielmaterial besorgt worden ist. Das Spielmaterial soll wie bei der Spieltherapie nach Axline zum einen lebensnah sein, Gefühle wie Aggressionen ausdrücken können und zum anderen auch zum kreativen und emotionalen Ausdruck ermutigen.

Der Unterschied zur Spieltherapie besteht jedoch in der Anzahl der Spielutensilien. Wobei die Anzahl der, bei der Filialtherapie verwendeten Materialien, aufgrund der damit verbundenen Kosten und dem Platzmangel, geringer ist.

Des weiteren ist es, um die Effektivität der Filialtherapie zu gewährleisten, notwendig eine Regelmäßigkeit bezüglich des Spielortes, des Tages und der Spielzeit einzuhalten. Wenn das Kind die neuen elterlichen Einstellungen und Verhaltensweisen wahrnimmt, entwickelt es Selbstverantwortung und Vertrauen und bekommt infolge dessen ein besseres Selbstwertgefühl. Durch die Erfahrung selbstbestimmt zu handeln, kann das Kind seine persönlichen Stärken entdecken, wodurch sein Selbstkonzept gestärkt wird. Dieser Aspekt spricht auch für die Eignung der Filialtherapie zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind.

Nun sind zwar in diesem Kapitel die Fragen nach dem Inhalt der Elterntrainingssitzungen, den didaktischen Komponenten sowie den kindzentrierten Fähigkeiten behandelt worden, doch erscheint die Anzahl von 10 Trainingssitzungen gering um das zu vermittelte Wissen zu erlernen und anwenden zu können. Folgende offene Fragen ergeben sich dadurch: Können Eltern innerhalb von drei Wochen die kindzentrierten Fähigkeiten angemessen bei ihrem Kind anwenden? bzw. Was lernen die Eltern in den ersten drei Sitzungen, dass sie fähig sind selbstständig Spielsitzungen durchzuführen?

Um diese Fragen beantworten zu können, stellt das nächste Kapitel den genauen Ablauf des 10- Wochenfilialtherapiemodells dar.

VII. Filialtherapietrainingsmodelle

Die Filialtherapie ist ein sehr flexibles Modell, das bezüglich seiner Länge und Form variabel ist. Zwei verschiedene Formen der Filialtherapie sind grundsätzlich möglich:

➤ Individuelle Filialtherapie

Diese individuelle Filialtherapie kommt bei Van Fleet (2007) zum Einsatz. Diese Form ist ein 1 zu 1- Kontakt, bei dem nur eine Familie ein Training und eine Supervision erhält. Das bedeutet, dass ein bzw. beide Elternteile einer Familie von einem Therapeuten in den kindzentrierten Fähigkeiten ausgebildet werden und Unterstützung mittels regelmäßiger Supervisionssitzungen erhalten. Die zu Hause durchgeführten Spielsitzungen mit dem Kind werden, wenn möglich, mittels Video aufgezeichnet, wobei das Elternteil, nachdem der Therapeut sich die Stunde angesehen hat, entweder per Telefon oder in einer Sitzung ein Feedback erhält. Es besteht auch die Möglichkeit, dass der Therapeut in einer Ecke des Zimmers die Spielsitzung direkt beobachtet, wobei er dem Elternteil anschließend eine Rückmeldung geben kann.

➤ Gruppenfilialtherapie

Die Gruppenfilialtherapie wird sowohl bei Landreth als auch bei Guerney verwendet. Bei der Gruppentherapie erhalten zwei bis sechs Personen gleichzeitig ein Elterntaining. Diese Form hat den Vorteil, dass sich die Eltern untereinander über ihre Erfahrungen und Probleme austauschen können, sich durch positive Spielsitzungserfahrungen gegenseitig motivieren und eventuell auch privat treffen können. In Rollenspielen kann das soeben erworbene Wissen über die kindzentrierten Fähigkeiten angewendet werden. Die Spielsitzungen werden, wenn möglich, aufgenommen und den anderen Teilnehmern bei der Supervision präsentiert. Dann erfolgt eine vom Therapeuten geleitete Diskussion bei der Gefühle, Bedürfnisse und Probleme der Eltern im Zentrum stehen.

Auch wenn sich bei Van Fleet und Landreth, aufgrund der Individuellen- bzw. der Gruppenform der Filialtherapie, die Anzahl der Teilnehmer unterscheidet, durchlaufen beide Formen dieselben Stadien, weshalb hier nicht näher auf das individuelle Modell eingegangen wird.

Da sich Guerneys und Landreths filialtherapeutische Modelle bezüglich der Länge des Trainings unterscheiden, werden zunächst die drei grundsätzlichen Stadien bei Guerney aufgezählt, um anschließend genauer auf die einzelnen zehn Trainingssitzungen von Landreth einzugehen. Diese Vorgehensweise lässt sich durch die inhaltliche Ähnlichkeit beider Filialtherapiemodelle begründen. Da bei den Forschungen und Metaanalysen hauptsächlich Landreths Modell verwendet wird, liegt der Schwerpunkt der Auseinandersetzung auf seinem Konzept der 10-Wochenfilialtherapie.

Die Filialtherapie durchläuft bei Guerney (1964) drei generelle Stadien.

1. a) Elternt raining
b) Rollenspiele
2. Spielsitzungen mit dem eigenem Kind
3. Abschluss

Im Unterschied zu Guerneys Filialtherapiemodell, welches eine Dauer von ca. sechs Monaten zu wöchentlich 1,5 Stunden hat, besteht Landreths Modell aus 10 Wochen Filialtherapietraining zu jeweils 2 Stunden. Insgesamt ergibt sich daher ein Wert von 20 Stunden Filialtherapietraining.

In den folgenden Subkapiteln erfolgt ein Überblick über die inhaltlichen Schwerpunkte der einzelnen 10 Sitzungen, um sich ein Bild von der Struktur des von Landreths gekürzten Filialtherapiemodells machen zu können.

7.1. Das 10- Wochen - Filialtherapiemodell

In jeder Sitzung erhalten die Eltern verschiedene Arbeitsblätter, auf denen die kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten, die in jener Stunde durchgenommen werden, gut strukturiert und leicht verständlich dargestellt sind. Der Filialtherapeut teilt den Eltern mit, dass sie einen Collegenblock benötigen, in dem sie ihre Hausübungen notieren und den sie zu jeder Sitzung mitnehmen sollen.

Es wird vom Therapeuten stets betont, dass diese speziellen Techniken bedeutungslos und falsch wären, wenn die Eltern sie mechanisch, ohne dem Willen zu echter Empathie, anwenden würden (Landreth, 2002).

a) Trainingssitzung 1

Inhalt

In der ersten Sitzung stellen sich die Eltern kurz vor und beschreiben ihre Probleme. Durch diesen Erfahrungsaustausch erkennen die Eltern, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Diese Vorstellungsrunde sollte nach Landreth und Bratton (2006) nicht länger als 15 Minuten dauern.

Den Eltern werden die grundlegenden Prinzipien der Spielstunde erklärt, wie z.B. dass das Spiel die Sprache des Kindes ist und den Problemen des Kindes vorgebeugt werden kann, indem die Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder zu verstehen und zu akzeptieren lernen.

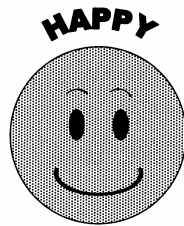
Die Eltern erfahren, dass sie durch das Training ihre Kontrolle wieder bekommen. Dabei wird gemeint, dass die Eltern sich selbst wieder unter Kontrolle bringen, anstatt ihre Kinder zu kontrollieren. Unter Kontrolle wird verstanden, dass die Eltern ein Wissen darüber erwerben, was und wie sie etwas sagen und durchführen können (Landreth & Bratton, 2006). Sie lernen wie sie in schwierigen Situationen effektiver mit ihren Kindern umgehen können.

Es werden den Eltern die Metaphern des Donuts und des Thermostats als anschauliche Beispiele präsentiert (s. Kapitel 6.2).

In der ersten Stunde lernen die Eltern mithilfe von Videos und Rollenspielen den Inhalt und die Gefühle des Kindes zu reflektieren. Des weiteren wird ihnen folgendes Arbeitsblatt mit Gesichtern, die verschiedene Gefühle ausdrücken, ausgeteilt:

C-P-R TRAINING FOR PARENTS
Feelings Response: Homework Worksheet - Session 1

Directions: 1) Look into child's eyes for clue to feeling. 2) After you've decided what child is feeling, put the feeling word into a short response, generally beginning with "you", "you seem sad", "you're really mad at me right now". 3) Remember the importance of your facial expression & tone of your voice matching child's (empathy is conveyed more through non-verbals than verbals).



Child: (what happened/ what child did or said)

Child Felt: _____

Parent Response: _____

Corrected Response: _____



Child: (what happened/ what child did or said)

Child Felt: _____

Parent Response: _____

Corrected Response: _____



Child: (what happened/ what child did or said)

Child Felt: _____

Parent Response: _____

Corrected Response: _____



Child: (what happened/ what child did or said)

Child Felt: _____

Parent Response: _____

Corrected Response: _____

Abbildung 3 – Arbeitsblatt „Feeling Response“, (Landreth & Bratton, 2006, S. 140)

Die Aufgabe der Eltern ist es hierbei, die Gefühle von Wut, Glücklichkeit, Traurigkeit und Überraschung im Kind zu erkennen und darauf schriftlich empathisch zu antworten (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) „30-second burst of attention“ (Landreth & Bratton, 2006, S.141). Wenn das Kind die Aufmerksamkeit eines Elternteils möchte, sollen ihm selbst während eines Telefonats 30 Sekunden intensiver Aufmerksamkeit gewidmet werden, um dem Kind zu zeigen, dass es für das Elternteil das Wichtigste auf der Welt ist. Nach dieser Zeit kann weiter telefoniert werden. Diese Übung ist ein Vorgeschmack der 30minütigen Spielsitzung.
- 2) Das Kind soll genau beobachtet werden und Notizen über ein neues körperliches Merkmal, wie Sommersprossen etc. gemacht werden.
- 3) Die Eltern sollen jenes Lieblingsfoto von ihrem Kind mitbringen, welches sie beim Betrachten zum Lächeln bringt.
- 4) Das Arbeitsblatt der Gefühlsreflektion soll ausgefüllt und nächstes mal wieder mitgenommen werden.
- 5) Es wird den Eltern aufgetragen ihrem Kind von der Filialtherapiegruppe, die sie besuchen, zu erzählen. Als Grund kann angeführt werden, dass sie hier lernen wie sie mit dem Kind spielen sollen.
- 6) Abschließend werden die Eltern erinnert, sich nochmals die in dieser Sitzung gelehrt Inhalte anzusehen (Landreth & Bratton, 2006).

b) Trainingssitzung 2

Inhalt

In den ersten 10 Minuten der Sitzung können die Eltern über ihre Erfahrungen, die sie diese Woche gemacht haben, berichten. Anschließend wird die Hausübung besprochen. Der Therapeut übernimmt die Aufgabe die Teilnehmer zu motivieren, zu ermutigen und für den Aufbau einer Gruppenkohäsion zu sorgen. Den Eltern wird ein Arbeitsblatt zu den vier grundlegenden Prinzipien der kindzentrierten Spielsitzungen ausgeteilt.

Die Eltern erhalten auch eine Liste von Spielmaterialien, die sie bis zur nächsten Woche besorgen sollen. Der Therapeut gibt hilfreiche Ratschläge, wo sie das Spielzeug bekommen können. Es werden gebrauchte und von Freunden ausgeborgte Artikel bevorzugt.

Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Auswahl des Ortes und des Zeitpunktes an dem die Spielsitzung erfolgen soll. Hier wird betont, dass auf eine Kontinuität geachtet werden muss, da sie dem Kind Sicherheit und Vertrauen vermittelt. Der Zeitpunkt darf daher nicht geändert werden. In dieser Sitzung werden die vier Prinzipien durch Rollenspiele und Videodemonstrationen geübt (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) Die Eltern bekommen die Anweisung die Arbeitsblätter über die Prinzipien der Spielsitzung, auf denen verschiedenen Szenarien dargestellt werden, fertig auszufüllen.
- 2) Das Spielmaterial sollte bis zur nächsten Sitzung besorgt werden.
- 3) Der Ort und der Zeitpunkt der Spielsitzung müssen von den Eltern gut überlegt werden.
- 4) Abschließend werden die Eltern nochmals daran erinnert sich die in dieser Sitzung besprochenen Inhalte durchzulesen (Landreth & Bratton, 2006).

c) Trainingssitzung 3

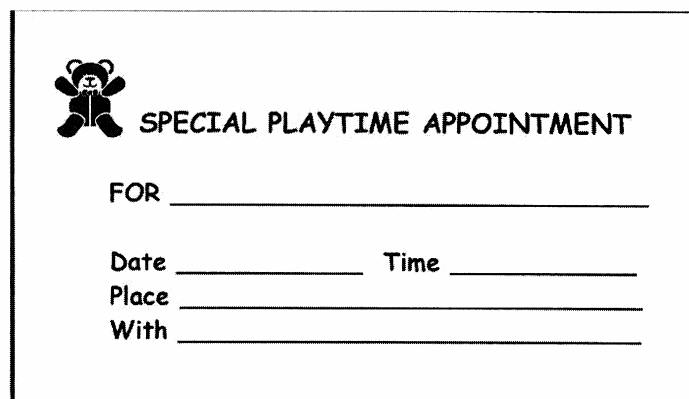
Inhalt

In den ersten 10 Minuten der Sitzung berichten die Eltern wieder über ihre Erfahrungen, die sie diese Woche gemacht haben. Anschließend wird die Hausübung besprochen.

Die Absicht dieser 3. Sitzung ist hauptsächlich die Eltern abschließend auf die zu Hause durchzuführenden Spielsitzungen vorzubereiten. Den Eltern wird ein Arbeitsblatt mit dem erlaubten und verbotenen Verhalten während der Spielsitzung ausgeteilt. Erlaubtes Verhalten wäre dem Kind die Führung zu überlassen, die Gefühle des Kindes zu reflektieren, Grenzen zu setzen und die Selbstachtung des Kindes durch Kommentare zu stärken. Verboten ist unter anderem ein Loben und Kritisieren des Kindes, zu neuen Aktivitäten anzuregen und als Eltern selbst die Führung zu übernehmen.

In dieser Stunde besprechen die Eltern ihre Ängste bezüglich der Durchführung der Spielsitzung und planen Wege wie sie Probleme umgehen können.

Den Eltern wird ein Arbeitsblatt gegeben, auf dem Tipps zur Verbesserung der Spielstunde angeführt sind, beispielsweise sollte das Telefon abgeschaltet werden und das Kind ein- bis zwei Tage vorher an die Spielstunde erinnert werden (Landreth & Bratton, 2006). Es kann auch ein „Bitte Nicht Stören“- Schild mit dem Kind gebastelt werden um die Besonderheit der Spielstunde hervorzuheben, genauso wie eine Karte, wo die wichtigsten Daten, für wen, wann und wo die Spielstunde abgehalten wird, aufgelistet stehen, wie folgende Abbildung verdeutlicht:



 **SPECIAL PLAYTIME APPOINTMENT**

FOR _____

Date _____ Time _____

Place _____

With _____

Abbildung 4 – Mitgliedskarte für Spielstunde, (Landreth & Bratton, 2006, S. 207)

Hausübung

- 1) Die Eltern werden erinnert alle Arbeitsblätter nochmals durchzulesen.
- 2) Das „Bitte Nicht Stören Schild“ sollte mit dem Kind gebastelt werden.
- 3) Die Eltern werden erinnert ihrem Kind eine Mitgliedskarte zu geben.
- 4) Die erste Spielstunde sollte aufgenommen werden.
- 5) Die Eltern werden erinnert gleich anschließend an die Spielstunde Notizen über besondere Geschehnisse, Aktivitäten, Äußerungen und emotionale Reaktionen des Kindes zu machen..
- 6) Es wird betont, dass die kindzentrierten Techniken nur einmal die Woche angewendet werden sollten (Landreth & Bratton, 2006).

d) Trainingssitzung 4

Inhalt

Nachdem Erfahrungsaustausch der Eltern werden ein bis zwei Videos der ersten Spielsitzung angesehen. Wenn sich die Eltern selbst sehen, gelangen sie nach Landreth und Bratton (2006) leichter zur Einsicht über ihr Verhalten. Da die Eltern allerdings oft Angst vor den anderen haben, ist es nach Landreth und Bratton (2006) wichtig, dass die Kommentare immer unterstützend sind und sich auf die Stärken des jeweiligen Elternteils beziehen.

In dieser 4. Sitzung wird genau auf das Grenzsetzen eingegangen. Der Filialtherapeut stellt die drei Stufen der „A-C-T“ Methode vor. Es wird erklärt, wann und wie Grenzen zu setzen sind. Dazu werden wieder Videos angesehen und Rollenspiele durchgeführt (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) Die Eltern werden erinnert alle Arbeitsblätter nochmals durchzulesen.
- 2) Es wird an die kontinuierliche Einhaltung des Spielortes und des Zeitpunkts der Spielstunde erinnert.
- 3) Die Eltern sollen ein intensives Gefühl, das sie selbst in dieser Woche erfahren haben, notieren. Wenn sie eine Grenze in der Spielstunde gesetzt haben, sollten sie diese genau beschreiben und notieren was sie und ihr Kind gesagt haben.
- 4) Den Eltern wird wieder aufgetragen sich Notizen nach der Spielstunde zu machen.
- 5) Ein bis zwei Eltern werden beauftragt ihre Spielstunde aufzuzeichnen (Landreth & Bratton, 2006).

e) Trainingssitzung 5

Inhalt

Nachdem zehnminütigem Erfahrungsaustausch und der Durchsicht der Hausübung werden wieder ein bis zwei Videos der Eltern betrachtet.

In dieser Stunde werden keine neuen Fähigkeiten eingeführt, sondern jene, die in den letzten 4 Sitzungen gelehrt worden sind, wiederholt.

Um die Freuden des Elternseins wiederzuentdecken wird den Eltern eine Übung gezeigt, nämlich die „Sandwich Hugs“ (Landreth & Bratton, 2006, S. 268). Bei der Sandwich- Umarmung steht ein Elternteil links der andere rechts vom Kind und teilt dem Kind humorvoll mit, dass sie jetzt ein Hühnersandwich, Erdnussbuttersandwich (je nachdem was das Kind gerne ist) machen werden und umarmen ihr Kind mit einem übertrieben lauten Kussgeräusch auf die Wange.

Hausübung

- 1) Die Eltern werden erinnert nochmals alle Arbeitsblätter durchzulesen.
- 2) Die Eltern werden daran erinnert die Methode des Grenzsetzens in ihrer Spielstunde genau zu notieren.
- 3) Sie erhalten wieder die Aufgabe nach der Spielstunde Notizen zu machen.
- 4) Ein bis zwei Eltern wird aufgetragen ihre Spielstunde aufzuzeichnen.
- 5) Die Eltern werden erinnert jedem ihrer Kinder ein „Sandwich Hug“ zu geben (Landreth & Bratton, 2006).

f) Trainingssitzung 6

Inhalt

Mindestens ein bis zwei mal sollte jedes Elternteil sein Video in das Training mitnehmen, um es genau ansehen zu können.

Wenn die Eltern über eine unbewusste Anwendung der gelernten Fähigkeiten auf den Alltag berichten, baut der Therapeut gleich darauf auf und bestärkt die Eltern darin die kindzentrierten Fähigkeiten zu generalisieren (Landreth & Bratton, 2006).

Der Therapeut erklärt in der 6. Sitzung was eine selbstwertaufbauende Antwort ist, um in der nächsten Stunde näher darauf einzugehen. Das Ziel des Therapeuten ist es, die Effektivität der Eltern, durch Aufbau ihres Selbstwertes und ihres Selbstvertrauens, zu erhöhen. Da der Filialtherapeut auch bei den Eltern selbstwertaufbauende Kommentare verwendet, wird es den Eltern, aufgrund des „Wahrnehmungslernens“, leichter gemacht dieses Verhalten, auch bei ihrem Kind anzuwenden (Landreth & Bratton, 2006).

Als neue Technik wird das Konzept des Wahlmöglichkeitengebens eingeführt, welches auf den Prinzipien des Grenzensetzens aufbaut. Dies ist eine Strategie, durch die Kinder auch außerhalb der Spielsitzung von den Eltern Entscheidungsfreiheiten erhalten.

Abschließend bekommen die Eltern ein Arbeitsblatt, auf dem einige Schwierigkeiten aufgelistet sind, die in der Spielsitzung auftreten können (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) Die Eltern werden erinnert nochmals alle Arbeitsblätter durchzulesen.
- 2) Die Eltern werden erinnert eine selbstwertaufbauende Antwort während ihrer Spielzeit bewusst einzubauen.
- 3) Außerhalb der Spielstunde sollen die Eltern einmal die Strategie der Wahlmöglichkeiten bei ihrem Kind ausprobieren.
- 4) Das Arbeitsblatt zu den Schwierigkeiten, die bei einer Spielstunde auftreten können, soll durchgelesen und durch Fragen der Eltern ergänzt werden.
- 5) Ein bis zwei Eltern wird wieder aufgetragen ihre Spielstunde aufzuzeichnen (Landreth & Bratton, 2006).

g) Trainingssitzung 7

Inhalt

Die Eltern beschreiben kurz ihre Erfahrungen, die sie mit den Wahlmöglichkeiten für ihr Kind außerhalb der Spielstunde gemacht haben.

Der Therapeut führt in dieser Sitzung die selbstwertaufbauenden Antworten genauer aus. Im filialtherapeutischen Ansatz ist folgende Regel wichtig: „Never do for a child that which he can do for himself“ (Landreth & Bratton, 2006, S.297). Damit ist gemeint, dass die Eltern nie Aufgaben, Herausforderungen oder Probleme für ihr Kind lösen sollen, die es selbst machen kann, sonst schränken sie ihr Kind in seiner Eigenständigkeit und Selbstverantwortung ein. Außerdem würden die Eltern nie erfahren welche Fähigkeiten ihr Kind besitzt, wenn sie ihm keine Chance geben neue Dinge selbst auszuprobieren. In dieser Sitzung wird den Eltern auch kurz der Unterschied zwischen Lob und Anerkennung erklärt (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) Das Arbeitsblatt für selbstwertaufbauende Antworten soll von den Eltern durchgelesen werden.
- 2) Den Eltern wird aufgetragen eine selbstwertaufbauende Antwort innerhalb und eine außerhalb der Spielsitzung anzuwenden und genaue Notizen über das Gesagte des Kindes zu machen.
- 3) Die Eltern werden auch wieder erinnert sich Notizen über die Spielsitzung zu machen und sie das nächste mal mitzunehmen.
- 4) Diesmal sollen die Eltern ihrem Kind eine Nachricht, über eine positive Eigenschaft des Kindes, hinterlassen.

z.B. „Dear _____, I was just thinking about you and what I was thinking is you are so _____. I love you Mom/ Dad.” (Landreth & Bratton, 2006, S.299).

Diese Nachricht sollte von den Eltern beibehalten werden und wöchentlich durch eine andere Eigenschaft des Kindes ausgetauscht werden.

- 5) Ein bis zwei Eltern werden wieder erinnert ihre Spielsitzung aufzunehmen (Landreth & Bratton, 2006).

h) Trainingssitzung 8

Inhalt

Die Eltern beschreiben kurz ihre Erfahrungen, die sie mit den selbstwertaufbauenden Antworten bei ihrem Kind außerhalb der Spielstunde gemacht haben.

Diese 8. Stunde widmet sich dem Unterschied zwischen ermutigenden und lobenden Aussagen. Die Eltern erhalten ein Arbeitsblatt über die Vorteile der ermutigenden Phrasen gegenüber den Nachteilen des Lobes (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) Das Arbeitsblatt zu ermutigenden Antworten soll von den Eltern durchgelesen werden.
- 2) Die Eltern werden beauftragt außerhalb der Spielsitzung die Strategie des Gewährens von Wahlmöglichkeiten bei dem Kind zu praktizieren und Notizen zu machen.

- 3) Die Eltern werden erinnert einmal die ermutigende Phrase bei ihrem Kind außerhalb der Spielsitzung anzuwenden und ihre Erfahrungen zu notieren.
- 4) Die Eltern sollen etwas, das in der Spielsitzung schlecht funktioniert und etwas das sehr gut funktioniert hat aufschreiben..
- 5) Weiters sollen sie ein Problem, das außerhalb der Spielsitzung aufgetreten ist und ihnen die meisten Schwierigkeiten bereitet, notieren.
- 6) Ein bis zwei Eltern sollen wieder ihre Sitzung per Video aufnehmen (Landreth & Bratton, 2006).

i) Trainingssitzung 9

Inhalt

In dieser Sitzung werden keine neuen Techniken gelernt, sondern an der Generalisierung der kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten gearbeitet.

Es wird die Liste der angesprochenen Probleme der Eltern behandelt, die der Therapeut, während den vorherigen Sitzungen notiert hat, um sie an späterer Stelle durchzugehen.

Die drei Stufen des Grenzensetzens werden genauer bezüglich der Anwendbarkeit außerhalb der Spielsitzung durchgegangen (Landreth & Bratton, 2006).

Hausübung

- 1) Die Eltern werden erinnert das Arbeitsblatt für erlaubte und verbotene Verhaltensweisen während der Spielsitzung durchzulesen.
- 2) Sie werden gebeten die Anzahl der Momente in dieser Woche, in denen sie ihr Kind liebevoll berührt haben zu notieren, wie beispielsweise eine Umarmung.
- 3) Die Eltern werden erinnert mit ihrem Kind spielerisch zu raufen, da Studien belegen, dass diese Aktivität den meisten Familien lange positiv in Erinnerung bleibt und allen Beteiligten Spaß macht.
- 4) Eltern sollen nochmals ein Problem, mit dem sie außerhalb der Spielsitzung kämpfen, notieren und überlegen, wie sie ihre kindzentrierten Fähigkeiten anwenden können, um dieses Problem zu lösen.
- 5) Abschließend sollen wieder ein bis zwei Eltern ihre Spielsitzung per Video aufnehmen (Landreth & Bratton, 2006).

j) Trainingssitzung 10

Inhalt

In der letzten Sitzung werden die Eltern gefragt, welche Fähigkeit, die sie im Training gelernt haben, für sie am Hilfreichsten ist und bei welcher sie die meisten Probleme haben.

Ein anderer wichtiger Punkt, der in dieser letzten Sitzung behandelt wird, ist die Reflexion, wie sich die Eltern und ihrer Meinung nach auch ihr Kind durch die Filialtherapie verändert haben. Hierfür beschreiben auch die anderen Eltern ihre Wahrnehmung über die Veränderung jedes einzelnen Teilnehmers. Diese unterscheiden sich oft von der eigenen Meinung, wodurch die Eltern zu noch größerer Einsicht in Bezug auf ihr geändertes Verhalten und ihre geänderten Einstellungen kommen können. Es ist für Landreth und Bratton (2006) wichtig, dass die Eltern diese Therapiesitzung mit einer positiven Wahrnehmung von sich selbst verlassen.

Der Therapeut ermutigt und motiviert die Eltern die Spielsitzungen wenigstens für ein paar Wochen beizubehalten, da sieben Spielsitzungen nur ein Minimum darstellen, und Kinder, die ernstere Probleme haben, länger andauernde Spielsitzungen benötigen. Die Regel lautet: „Good things come in small packages“ (Landreth & Bratton, 2006, S.361). Durch die Spielsitzungen werden spezielle Momente mit dem Kind geschaffen, in denen die Eltern die Welt des Kindes betreten können. Den Eltern wird vorgeschlagen eine Vereinbarung mit dem Kind über eine bestimmte Anzahl von Wochen zu treffen, in denen sie ihre Sitzungen weiter durchführen. Wenn sofort nach Beendigung der Filialtherapie auch die Spielsitzungen aufhören, wird dem Kind vermittelt, dass die besondere Zeit mit ihm für die Eltern nur eine Aufgabe des Trainings dargestellt hat und diese nicht freiwillig durchgeführt worden sind (Landreth & Bratton, 2006).

In dieser 10. Sitzung fixiert der Therapeuten ein zusätzliches Gruppentreffen nach 4-6 Wochen, um die bis dahin erlebten Generalisationserfahrungen mit den kindzentrierten Fähigkeiten zu reflektieren und sich der Veränderungen bewusst zu werden. Bei auftretenden Schwierigkeiten kann sich die Gruppe gegenseitig unterstützen. Wenn genügend Interesse besteht, kann auch ein weiterer Termin nach drei Monaten vereinbart werden (Landreth & Bratton, 2006).

Es wird auch vom Therapeuten vorgeschlagen, dass sich die Gruppenmitglieder selbstständig zu wöchentlichen Sitzungen für die gegenseitige Unterstützung treffen können (Landreth & Bratton, 2006).

Weiters besteht für die Eltern auch die Möglichkeit an einer fortgeschrittenen Filialtherapietrainingsgruppe teilzunehmen. Die gelernten kindzentrierten Fähigkeiten werden wiederholt und der Spielprozess wird genauer untersucht. Es wird dort auch mehr Zeit investiert um die Fähigkeiten außerhalb der Spielsitzung anzuwenden. Hierfür schickt der Therapeut jedem Teilnehmer in einer Zeitspanne von mehreren Jahren eine persönliche Einladung, damit die Eltern bei Interesse daran teilnehmen können (Landreth & Bratton, 2006).

Zunächst schien die Dauer von 10 Wochen zu kurz zu sein, um eine Veränderung bei den Eltern und ihrem Kind herbeiführen zu können. Doch aufgrund der, speziell auf die Inhalte der jeweiligen Sitzung, abgestimmten Hausübungen, ist es nach der Meinung der Autorin vorstellbar, dass diese Zeitspanne ausreichen könnte um einen wahrnehmbaren Erfolg zu erzielen. Da nach ein paar Monaten ein weiteres Gruppentreffen mit dem Therapeuten ausgemacht werden kann und die Möglichkeit eines fortgeschrittenen Filialtherapiekurses besteht, werden die Eltern nach der 10-wöchentlichen Filialtherapie auch nicht mit ihren neuen Einstellungen und Verhaltensweisen alleine gelassen, wie vorerst angenommen worden ist.

Allerdings trifft das Modell der einwöchentlichen Trainingssitzung, das obwohl es von Landreth und Bratton (2006) als ideal angesehen wird, nicht immer auf die Bedürfnisse der Familien zu. Eine Woche zwischen den Sitzungen kann für Familien, die gerade eine Krise oder ein Trauma durchmachen eine sehr lange Zeit sein. Daher werden anschließend noch andere Varianten des Filialtherapiemodells der Dauer nach geordnet, dargestellt.

7.2. Das 5- Wochen- Filialtraining

Familien, die traumatische Erfahrungen durchlebt haben, benötigen ein kurzes Intensiv- Filialtraining zweimal die Woche für eine Dauer von 5 Wochen.

Dieses Programm wurde auch für Teenagemütter, bei denen das Interesse und die Aufmerksamkeit nach 50 Minuten sinkt, entwickelt. Das Format wurde von einmalig 2- stündigen auf zweimalig 45- minütige Sitzungen verändert (Landreth & Bratton, 2006).

Auch die Struktur ist den Bedürfnissen dieser jungen Mütter angepasst worden. Die Zeit für Rollenspiele ist ausgedehnt worden, wobei der Therapeut oft in die Rolle des Kindes schlüpfte, da die Teenager laut Landreth und Bratton (2006) nicht fähig waren diese einzunehmen.

Bei Müttern, die im Gefängnis sitzen, wurde dieses 5- Wochentraining auch angewendet, da diese sich nur für eine begrenzte Zeit in dem gleichen Gefängnis aufgehalten haben, bevor sie in regionale Justizvollzugsanstalten eingeliefert worden sind. Hier wurden 5 Wochen lang zweimal zweistündige Elterntrainingssitzungen durchgeführt (Landreth & Lobaugh, 1998).

Obwohl die Frequenz der Trainingssitzungen variieren kann, stellt der Inhalt das notwendige Trainingsminimum dar, das Eltern benötigen um effektive therapeutische Vertreter im Leben ihrer Kinder werden zu können. Das bedeutet, dass eine Reduktion des Inhalts mit einer Reduktion der Effektivität des Trainings gleichgesetzt wird (Landreth & Bratton, 2006). Der Inhalt des 5- Wochenfilialtrainings gleicht dem des 10- Wochenmodells, weshalb er an dieser Stelle nicht erneut dargestellt wird.

7.3. Das 2- Wochen- Filialtraining

Es gibt jedoch auch Familien, die so schwerwiegende emotionale oder psychische Traumata erleiden, dass sie jeden Tag ein Filialtraining benötigen.

Das trifft beispielsweise auf Mütter zu, die aufgrund häuslicher Gewalt mit ihrem Kind in Frauenhäusern wohnen oder in Obdachlosenheimen untergebracht sind. Diese Frauen sind oft nur für 2 bis 3 Wochen dort, bis sie eine andere Wohnmöglichkeit gefunden haben.

Auch das 5- Wochen- Training würde in diesen Fällen nicht ausreichen, daher hat Smith (2000) die Struktur des 10- Wochen Filialtherapiemodells auf 12 Sitzungen in 14 Tagen adaptiert. 5 Tage pro Woche werden am Abend jeweils 1,5 Stunden Trainingssitzungen durchgeführt. Die Spielsitzung mit dem Kind ist hierbei inkludiert, damit die Mütter neben ihren beruflichen Verpflichtungen nicht noch zusätzlichen Belastungen ausgesetzt werden.

7.4. Das 4- Samstage- Trainingsmodell

Da die Wochentage für viele Eltern mit beruflichen Verpflichtungen ausgefüllt sind und sie sich daher nicht für 10 Wochen einer Filialtherapie unterziehen können, ist es notwendig die Länge der Trainingssitzungen auszudehnen und dafür die Anzahl der Sitzungen auf 4 aufeinanderfolgende Samstage zu reduzieren. Da bei dieser Option die daheim durchgeführten Spielsitzungen halbiert werden würden, wird das Kind zum Training mitgebracht und die Spielsitzungen in die Trainingszeit integriert. In der restlichen Zeit erhalten die Kinder eine Betreuung (Landreth & Bratton, 2006).

7.5. Das 2 -Tagestrainingsmodell

Aufgrund des Mangels an Filialtherapeuten, kommt es vor, dass eine Familie eine Fahrtzeit von mehr als drei Stunden auf sich nehmen müsste, um einen Filialtherapeuten konsultieren zu können. In diesen Fällen wird ein stark reduziertes Training angeboten.

Im Gegensatz zu den anderen Filialtrainingsvarianten, die im Gruppenformat angewendet werden, findet dieses 2- Tagestraining nur mit einer Familie statt, da sonst die Effektivität dieses stark gekürzten Programms nicht gewährleistet wäre (Landreth & Bratton, 2006).

Das Training erfolgt an zwei Stunden freitagabends und sieben Stunden am Samstag. Am Freitag wird der Inhalt von ursprünglich drei Sitzungen durchgegangen und sogleich während des Trainings in 10- minütigen Spielsitzungen mit dem Kind angewendet. Zuerst spielt ein Elternteil, das anschließend sofort ein Feedback erhält und dann wechseln die Eltern (Landreth & Bratton, 2006).

Der Inhalt der Sitzung am Samstag wird auf die Bedürfnisse und Probleme der Familie abgestimmt. Hierbei ist nach Landreth und Bratton (2006) Flexibilität gefordert.

Nach einem und auch nach zwei Monaten erfolgen die Abschlusstreffen, bei denen die Erfahrungen und die eventuell aufgetretenen Probleme behandelt werden.

7.6. Das Telefontrainingsmodell

Eltern, die in einem Land wohnen, indem keine Filialtherapie angeboten wird, haben für gewöhnlich keine Möglichkeit für ein paar Wochen zu einem Filialtherapeuten zu reisen. Deshalb ist für diese Fälle ein Telefonfilialtrainingsmodell entwickelt worden, das schon einigen Familien geholfen hat, wie beispielsweise einer Familie aus Israel (Landreth & Bratton, 2006).

Natürlich treten bei dieser Variante auch viele Schwierigkeiten auf. Zum einen ist die Fähigkeit des empathischen Zuhörens über das Telefon schwer zu vermitteln, da auf den Gesichtsausdruck verzichtet werden muss. Zum anderen können keine Rollenspiele über das Telefon durchgeführt werden. Die Verwendung von Webkameras würde dieses Problem beheben. Eine andere Hilfe wäre, wenn den Eltern ein Video zur Demonstration einer Spielsitzung geschickt werden könnte.

Von Vorteil wäre es auch, wenn sich die Eltern während des Telefonats das Video ansehen, und der Therapeut ihnen gleichzeitig bestimmte Situationen erklärt. Von großem Nutzen für die elterliche Effektivität wäre es auch, wenn der Therapeut die Eltern-Kind Spielsitzung mitansehen könnte, dafür müssten ihm die Eltern eine Kopie zukommen lassen, auf die der Therapeut ihnen anschließend eine Rückmeldung geben kann (Landreth & Bratton, 2006).

Das Telefontraining ist demnach nicht die optimalste Möglichkeit eine Filialtherapie durchzuführen, allerdings ist sie besser als nichts zu machen.

7.7. Individuelles Trainingsmodell

Beim individuellen Trainingsmodell wird die Filialtherapie nur mit einem Elternteil bzw. einem Ehepaar durchgeführt. Hierbei ist eine Trainingsdauer von zwei Stunden nicht erforderlich, da die Einführung in die kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten beschleunigt werden kann. Es genügt nach Landreth und Bratton (2006) schon eine Trainingsstunde pro Woche. Deshalb ist es für die Eltern möglich schon nach der ersten Trainingssitzung zu Hause eine Spielsitzung mit ihrem Kind durchzuführen.

Es besteht auch die Möglichkeit das Kind gleich zum Training mitzubringen, da es einerseits für Live- Demonstrationen mit dem Therapeuten und andererseits auch für verkürzte Spielsitzungen mit den Eltern, zur Verfügung stehen kann. Das einzige Problem stellt die Betreuung des Kindes während der Trainingssitzung der Eltern dar. Eine Möglichkeit wäre das Kind während des Trainings im Spielzimmer alleine spielen zu lassen (Landreth & Bratton, 2006).

Es ist für Landreth und Bratton (2006) sehr wünschenswert, dass beide Eltern die Filialtherapie besuchen, da die neu gelernten Fähigkeiten auch außerhalb der Spielsitzungen angewendet werden sollen. Es ist wichtig, dass beide Eltern die gleichen Disziplinierungsmethoden verwenden, um das Kind durch unterschiedliches Verhalten der Eltern in gleichen Situationen nicht zu verwirren. Daher versucht der Therapeut beide Eltern zu motivieren das Filialtherapietraining zu besuchen, auch wenn ein Elternteil nur jedes zweite mal kommen kann (Landreth & Bratton, 2006).

Es besteht auch die Möglichkeit, dass der Therapeut eine spezielle Trainingssitzung für ein Elternteil anbietet, entweder am Abend oder im Laufe des Tages. Wenn ein Elternteil Widerstand leistet, kann es auch helfen, wenn dieses als stiller Beobachter zu einer Spielsitzung eingeladen wird. Dadurch sieht das Elternteil was von ihm verlangt wird und kann so eher seine Meinung ändern (Landreth & Bratton, 2006).

Nach Landreths und Brattons Erfahrung (2006) ist es jedoch nicht die Norm, dass beide Eltern am Training teilnehmen, da die Väter oft zu beschäftigt sind.

Die Studien, die im nächsten Kapitel ausführlicher behandelt werden, belegen jedoch, dass die Filialtherapie auch dann zu positiven Ergebnissen bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten beim Kindes führt, wenn nur ein Elternteil an dem Training teilnimmt.

Zusammenfassung

Wie in diesem Kapitel dargestellt worden ist, stellt die Filialtherapie ein sehr flexibles Modell bezüglich ihrer Länge und Form dar. Grundsätzlich wird unterschieden ob das Training individuell oder in der Gruppe durchgeführt wird. Der Aufbau jeder Sitzung ist ähnlich strukturiert. In den ersten zehn Minuten jeder Stunde wird den Eltern Zeit gegeben sich untereinander auszutauschen, bevor die Hausübung präsentiert wird. Anschließend werden didaktische Instruktionen zu einer bestimmten Fähigkeit gegeben und Videos von Spielsitzungen betrachtet, bei der zu bestimmten Sequenzen Gruppendiskussionen oder Rollenspiele mit dem Therapeuten oder einem Elternteil durchgeführt werden. Die Eltern lernen wie sie eine wertungsfreie, bedingungslos akzeptierende und verstehende Umgebung schaffen, in der sich ihr Kind sicher fühlen kann um seine ganzen Gefühle, Wünsche und Probleme auszudrücken. Es werden den Filialtherapie Teilnehmern auch zu jeder Fähigkeit Arbeitsblätter mitgegeben, auf denen die Eltern die wichtigsten Punkte zusammengefasst nachlesen können.

Nach Beendigung des 10- Wochen- Filialtherapietrainings wird den Eltern empfohlen die Spielsitzungen mit ihrem Kind weiterzuführen. Da alle grundlegenden Prinzipien gelehrt worden sind, ist es nicht mehr notwendig das Training bzw. die Supervision aufrechtzuerhalten. Damit die Eltern jedoch mit eventuell zukünftig auftretenden Problemen nicht alleine gelassen werden, wird ein Abschlusstreffen nach 4-6 Wochen vereinbart, um die bis dahin gemachten Generalisationserfahrungen mit den kindzentrierten Verhaltensweisen zu reflektieren und sich der Veränderungen bewusst zu werden. Außerdem besteht noch die Möglichkeit an einer fortgeschrittenen Filialtherapiegruppe, die den Spieltherapieprozess genauer untersucht, teilzunehmen.

Obwohl das einwöchentliche Filialtraining als ideal angesehen wird, erfüllt es nicht immer die individuellen Bedürfnisse der Familie. Bei Schicksalsschlägen, wie Tod, Krankheit oder Umweltkatastrophen, sowie Gewalterfahrungen erleben sowohl Kinder als auch Erwachsene Traumata. In diesen Fällen wäre ein Training einmal die Woche zu wenig und es ist hier notwendig eine Intensivbehandlung anzubieten. Darum hat Landreth die Therapiedauer verkürzt, indem er entweder zweimalig wöchentliche Trainingssitzungen in 5 Wochen, fünfmal wöchentliche in 2 Wochen, an 4 aufeinanderfolgenden Samstagen, an 2 Tagen oder über das Telefon ein Filialtherapietraining anbietet.

Es wird betont, dass bei all diesen Modellen keine Reduktion des Inhalts vorgenommen wird, da sonst die Effektivität des Trainings reduziert werden würde. Die Inhalte werden jedoch, je nach Problemlage den bestimmten Bedürfnissen der einzelnen Familien angepasst.

Wenn schon beim 10- Wochenmodell Zweifel bezüglich der Trainingsdauer und der Lern- bzw. Verarbeitungszeit bei den Eltern bestanden haben, ist es noch schwerer vorstellbar, dass in 5 Wochen sowie an 4 aufeinanderfolgenden Samstagen die gelehrtten Prinzipien verinnerlicht werden können, ganz zu schweigen von einem 2-Wochentraining oder 2 Tagestraining.

Wenn das Training an 5 Tagen die Woche stattfindet, bleibt kaum Zeit um die kennen gelernten Inhalte zu reflektieren und zu verinnerlichen. Es stellt sich die Frage, ob die Eltern bei diesen intensiven Formen nicht überfordert werden? Wie sollen sich die Eltern die verschiedenen Prinzipien und Fähigkeiten merken, wenn an fast jedem Tag ein Training stattfindet, an dem wieder neues gelernt werden soll?

Wie können Eltern beim Wochenendtraining, an nur zwei Tagen ihre gesamte Einstellung und ihr Erziehungsverhalten ändern? In dieser kurzen Zeit muss, ja unweigerlich der Umfang des Inhaltes komprimiert werden. Müsste dann nicht die Effektivität der Filialtherapie darunter leiden? Sind aus diesen Gründen vielleicht auch erst wenige Studien mit diesem Intensivmodellen durchgeführt worden?

Das Telefontraining hat auf den ersten Blick mehr Nach- als Vorteile. Zum Einen können die kindzentrierten Fähigkeiten dem Elternteil schwer übermittelt und vermittelt werden, da auf die Mimik und Gestik des Therapeuten verzichtet werden muss, zum Anderen können keine Rollenspiele durchgeführt werden um diese neuen Fähigkeiten zu erlernen. Eine Lösung würden zwar Webkamas darstellen, jedoch müssten diese extra angeschafft werden, was mit zusätzlich Kosten für die Eltern verbunden ist. Außerdem sind die Telefonkosten auch nicht zu unterschätzen, wenn über eine Dauer von mehreren Wochen wöchentlich mindestens zwei Stunden ins Ausland telefoniert werden muss. Hinzu kommen dann noch die Portokosten für die Übermittlung von Videos oder die Internetgebühren, wenn die Materialien per E-Mail versendet werden.

Es ist zwar verständlich, dass aufgrund des Mangels an Filialtherapeuten und dem Arbeitsstress der Eltern, das Training auf das Wochenende verlegt wird, da sonst keine Zeit mehr für die mitunter weite Fahrt zum Therapeuten zur Verfügung stehen würde. Deshalb erscheint ein Training an mindestens 4 aufeinanderfolgenden Samstagen eine optimalere Lösung zu sein als ein Training am Telefon oder an nur einem Wochenende. Eine vorstellbare Möglichkeit wäre es auch, Modelle zu kombinieren. Wenn der Therapeut in einem anderen Land wohnt, könnte das Filialtraining zuerst an einem Wochenende begonnen und dann telefonisch weitergeführt werden. Nach vier Wochen kann abschließend ein weiteres Treffen vereinbart werden.

Diese Intensivfilialtherapiemodelle sind wie der Name bereits nahe legt, wirklich nur für den Notfall, bei Traumata gedacht und keineswegs dem 10- Wochenmodell vorzuziehen (Landreth & Bratton, 2006).

Nachdem nun die verschiedensten Filialtherapiemodelle vorgestellt worden sind, wird ein Überblick über die bereits durchgeführten Studien gegeben. Eingangs wird kurz auf Guerneys Forschungen eingegangen, da sie die Basis für die weitere Entwicklung der Filialtherapie bilden. Anschließend werden die verschiedensten Studien, die Landreths Modell angewendet haben, aufgezählt. Da die Stichproben der einzelnen Studien nicht repräsentativ genug sind um eine Antwort bezüglich der Forschungsfrage, inwieweit sich eine Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind eignet, zu geben, werden zusätzlich zwei Metaanalysen, die die Effektivität der Filialtherapie im Vergleich zur Spieltherapie und anderen Elterntrainingsprogrammen belegen, vorgestellt.

VIII. Filialtherapieforschungen

8.1. Überblick von Guerneys Forschungen

Zuerst erfolgt ein kurzer Überblick über die ersten von Guerney durchgeführten Studien zur Filialtherapie, da sie das Grundgerüst für die weitere Forschung und Entwicklung des 10- Wochenfilialtherapiemodells von Landreth darstellen.

Stover und Guerney führten die erste Filialtherapiestudie 1967 durch, bei der die elterliche Effektivität bei der Anwendung kindzentrierter Fertigkeiten auf ihr Kind überprüft worden ist. Es stellte sich heraus, dass die 28 untersuchten Mütter fähig waren die notwendigen Fähigkeiten zu erlernen und effektiv umzusetzen. 1971 dehnten Stover und Guerney die Studie aus, indem sie 51 Mütter überprüften. Die Daten sammelten sie bei Live- Beobachtungen der Spielsitzungen nach 12 bis 18 Monaten Training. Die empathischen Reaktionen der Mütter gegenüber ihren, als emotional beeinträchtigt eingestuften Kindern, nahmen statistisch signifikant zu. Zusätzlich zeigten die 51 Kinder, im Alter von drei bis zehn Jahren, eine Verbesserung der sozialen Anpassung und der Verhaltensprobleme, nur bei 28 Kindern war die Verbesserung allerdings auch statistisch signifikant (Landreth & Bratton, 2006).

Da diese Studie keine Kontrollgruppe hatte, verglich 1972 Oxmann eine dazupassende Gruppe von 77 Müttern, die keine Behandlung erhalten hatte mit den filialtrainierten Müttern aus der Guerney und Stover Studie. Es zeigte sich, dass sich sowohl das Verhalten der Kinder, deren Mütter trainiert worden waren, im Vergleich zu der Kontrollgruppe statistisch signifikant verbessert hatte ebenso wie die Zufriedenheit der Mütter mit ihren Kindern (Landreth & Bratton, 2006).

Eine Längsschnittüberprüfung der Mütter aus Guerney und Stovers Studie 1975 mit 42 von den ursprünglich 51 Müttern zeigte, dass 76% der Mütter auch ein bis drei Jahre nach der Behandlung eine kontinuierliche Verbesserung bei ihren Kindern feststellten. 86% der Mütter berichteten, dass die durch die Therapie erworbenen

Verhaltensverbesserungen des Kindes nach einem Jahr noch beobachtbar waren (Landreth & Bratton, 2006).

Sywulak führte 1978 mit 19 Müttern, 13 Vätern und ihren 19 von der Klinik überwiesenen Kindern eine Studie nach Guerneys Modell durch. Die Ergebnisse wurden nach zwei und vier Monaten Behandlung betrachtet. Es zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung in der elterlichen Akzeptanz, wie auch in der Einstellung des Kindes. Bei introvertierten Kindern zeigten sich schnellere Änderungen als bei aggressiven (Landreth & Bratton, 2006).

In einer darauf aufbauenden Studie verglich Sensue 1981 die Ergebnisse der Sywulak Studie mit einer ähnlich zusammengesetzten Vergleichsgruppe, die keine Behandlung erhielt. Im Gegensatz zu Sywulaks Studie waren die untersuchten Kinder nicht für eine Therapie überwiesen worden. Es zeigte sich, dass die filialtrainierten Eltern, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, nach sechs Monaten und drei Jahren signifikantere Verbesserungen in der elterlichen Akzeptanz und auch in den Einstellungen zu ihren Kindern aufwiesen. Nach drei Jahren wurden die filialtherapierten Kinder, bei denen Fehlanpassungen diagnostiziert wurden, im Gegensatz zu den Kindern aus der Kontrollgruppe, als gut angepasst eingestuft (Landreth & Bratton, 2006).

Es gab noch weitere Studien wie u.a. Boll 1973, Dematatis 1982, Kezur 1981, Payton 1981 und Wall 1979, die wegen ähnlicher Ergebnisse hier nicht dargestellt werden (Landreth & Bratton, 2006).

8.2. Studien mit Landreths Modell

Im Zeitraum von 1991 bis 2006 sind 33 Studien mit Landreths Filialtherapiemodell, an denen insgesamt über 800 Personen teilgenommen haben, durchgeführt worden.

In Amerika stellt die Filialtherapie im Feld der Kinderpsychotherapie ein sehr gut erforschtes Behandlungsmodell mit ausführlichem Behandlungsprotokoll dar. Die Effektivität der Filialtherapie bei den unterschiedlichsten Problemen von Kindern wird anhand der nun folgenden Studien belegt (Landreth & Bratton, 2006).

Da Landreth die Grenzen seines Gruppenfilialtherapiemodells testen und die Bedingungen unter denen sein Modell Wirkung zeigte überprüfen wollte, führte er Studien unter extremen Voraussetzungen durch. Nicht allein diese experimentelle Herausforderung bewog ihn Gefängnisstudien durchzuführen, sondern auch die Tatsache, dass 70% der weiblichen Insassen Mütter von Kindern unter 18 Jahren sind, 90% von ihnen Alleinerzieher sind und etwa eine Viertelmillion Kinder getrennt von ihren inhaftierten Eltern leben. In den USA hat sich die Anzahl der Inhaftierten in den letzten Jahren mehr als verdoppelt. Laut Landreth (1998) haben Kinder inhaftierter Eltern ein viermal höheres Risiko selbst einmal als Jugendlicher oder Erwachsener straffällig zu werden, als Kinder mit einem anderen sozialen Hintergrund. Diese Motive und der Umstand, dass wenig über die Auswirkungen inhaftierter Eltern auf Kinder oder auf die Eltern- Kind- Beziehung bekannt ist, veranlassten Landreth 1997 mit Harris eine Studie mit inhaftierten Müttern und 1998 mit Lobaugh eine Studie mit inhaftierten Vätern durchzuführen (Landreth, 1998).

Da die Ergebnisse dieser Studien alle sehr ähnlich sind, werden um Wiederholungen zu vermeiden, diese abschließend in einem eigenen Subkapitel, nach Aufzählung der verschiedensten Forschungen, angeführt. Nur in Ausnahmefällen, wenn Ergebnisse von der Norm abweichen, z.B. bei bestimmten Problemen der Kinder, werden sie schon vorher genannt.

Wenn demnach keine Ergebnisse angeführt werden, bedeutet dies, dass diese Studien signifikante Ergebnisse bei der Zunahme an Akzeptanz und Empathie der Eltern gegenüber dem Kind, dem Sinken des elterlichen Stresses bezüglich des kindlichen Verhaltens, sowie bei der Reduzierung des problematischen Verhaltens des Kindes, erzielt haben.

Jede Studie verwendet Vor- und Nachtests, deren Ergebnisse mit Kontrollgruppen verglichen werden, die Ausnahme stellt jedoch Glazer-Waldmans, Zimmermans, Landreths und Nortons Pilotstudie aus dem Jahre 1992 dar, bei der 5 Mütter von chronisch kranken Kindern behandelt worden sind und bei der keine Kontrollgruppe verwendet worden ist (Landreth & Bratton, 2006).

8.2.1. Quantitative Studien

Zunächst wird chronologisch auf jene Studien eingegangen, die das 10-Wochenmodell von Landreth bei unterschiedlichen Problemen von Kindern und Kontextbedingungen angewendet haben:

- Auf der Pilotstudie von Glazer- Waldman ua. (1992) baute die von Tew, Landreth, Joiner und Solt (2002) auf, bei der 23 Eltern von chronisch kranken Kindern teilnahmen und 12 Eltern ein Filialtraining erhielten, der Rest erhielt keine Behandlung und diente als Vergleichsgruppe (Landreth & Bratton, 2006).
- Bratton und Landreth haben 1995 die Effektivität des 10-Wochen-Filialtherapiemodells mit 43 Alleinerziehern und -innen, dessen Kinder zwischen drei und sieben Jahre alt waren und Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen, untersucht. 22 Eltern bekamen ein Filialtraining, wohingegen die übrigen Eltern als Vergleichsgruppe dienten und keine Behandlung erhielten (Landreth & Bratton, 2006).
- Beckloff überprüfte 1998 die Effektivität der Filialtherapie an 23 Eltern von Kindern mit schwerer Entwicklungsstörung. Bei den 12 Eltern, die ein Filialtraining erhielten, zeigte sich eine signifikant stärkere Zunahme an Akzeptanz in Bezug auf die Bedürfnisse ihrer Kinder nach Autonomie und Unabhängigkeit und positive, wenn auch nicht signifikante Verbesserungen in der generellen elterlichen Akzeptanz. Die Kinder zeigten Verbesserungen im aggressiven Verhalten und bei externalisierten Problemen sowie bei depressiven Symptomen. Diese waren jedoch nicht signifikant (Landreth & Bratton, 2006).
- 1998 führten Landreth und Lobaugh eine Studie mit 32 inhaftierten Vätern von vier bis neunjährigen Kindern durch, von denen 16 Väter das 10 Wochenfilialtraining erhielten (Landreth & Lobaugh, 1998).
- Kale und Landreth trainierten 1999 22 Eltern von Volksschulkindern, bei denen Lernschwierigkeiten diagnostiziert worden waren. 11 Eltern stellten die Kontrollgruppe dar (Landreth & Bratton, 2006).
- Costas und Landreth überprüften 1999 die Effekte der Filialtherapie auf 26 unschuldige Eltern sexuell missbrauchter Kinder, im Alter von fünf bis neun

Jahren. 14 Eltern erhielten ein Filialtraining, der Rest diente als Kontrollgruppe (Landreth & Bratton, 2006).

- Ray überprüfte 2003 die Effekte der Filialtherapie auf die elterliche Akzeptanz und die emotionalen Probleme von Kinder, bei 50 Eltern (Landreth & Bratton, 2006).

Es gibt auch Studien, wo Lehrer und Studenten, die als Mentoren für die Kinder fungierten, das 10 Wochenfilialtraining erhalten haben, wie z.B. bei Brown (2000), Hilpl (2001), Jones, Rhine und Bratton (2002) und Smith (2002). Sie erzielten genau wie die Eltern signifikante Ergebnisse. Diese Studien werden hier jedoch nicht näher ausgeführt, da keine Eltern trainiert worden sind.

Nun folgt eine chronologisch gereichte Aufzählung von Studien, an denen Personen aus den verschiedensten kulturellen Hintergrund teilgenommen haben:

- Chau und Landreth erforschten 1997 das Modell der Filialtherapie an 34 Einwanderern chinesischer Herkunft, mit Kinder im Alter zwischen zwei und zehn Jahren. 18 Eltern wurden trainiert, die anderen dienten als Kontrollgruppe. Es zeigten sich in allen Bereichen statisch signifikante Veränderungen (Landreth & Bratton, 2006).
- Glover und Landreth überprüften 2000 bei 21 Eltern, die mit ihren Kindern, im Alter von drei bis zehn Jahren in Reservaten in Montana wohnen, die Wirkung der Filialtherapie. 11 Eltern erhielten ein Filialtraining. Die Ergebnisse waren sowohl in der elterlichen Empathie gegenüber dem Kind als auch in der Zunahme des wünschenswerten Spielverhaltens signifikant. In anderen Bereichen wie etwa der Akzeptanz, dem Stress und den Selbstkonzepten der Kinder zeigten sich zwar Verbesserungen, jedoch waren diese nicht signifikant. Die Forscher nahmen an, dass es Probleme mit der Kompatibilität zwischen den verwendeten Messinstrumenten und der Kultur der amerikanischen Ureinwohner gab (Landreth & Bratton, 2006).
- Yuen, Landreth und Baggerly erforschten 2002 die Effekte der Filialtherapie auf 18 nach Kanada eingewanderte Chinesen, die an der Filialtherapie teilgenommen haben (Landreth & Bratton, 2006).

- Lee überprüfte 2002 die Effektivität der Filialtherapie bei 36 immigrierten koreanischen Eltern, die in den USA lebten, deren Kinder zwischen zwei und zehn Jahren alt waren. 18 Eltern erhielten ein Filialtraining (Lee, 2002).

Abschließend werden Studien, die verschiedene Intensivfilialtherapiemodelle verwendet haben, präsentiert:

- Harris und Landreth führten 1997 mit 12 von 22 inhaftierten Müttern von Kindern zwischen drei und zehn Jahren, das 5- Wochen- Filialtraining durch, wobei die restlichen Mütter als Kontrollgruppe dienten. Die Akzeptanz und die Empathie der Mütter gegenüber dem Kind stieg signifikant, die Probleme des Kindes sanken. Der Stress der Mütter fiel jedoch nicht signifikant. Landreth und Harris (1997) waren daher zu dem Schluss gekommen, dass fünf Wochen Training zu wenig Zeit darstellte, um den elterlichen Stress signifikant zu reduzieren (Landreth & Lobaugh, 1998).
- Smith überprüfte 2000 die Effektivität der intensiven Filialtherapiebehandlung an 11 Müttern aus Frauenhäusern, die Opfer von Gewalt geworden waren. Es fanden innerhalb von 14 Tagen 12 Sitzungen statt. Bei dieser Studie wurde herausgefunden, dass die behandelten Kinder im Gegensatz zu jenen der Kontrollgruppe, signifikante Veränderungen im Selbstkonzept, eine signifikante Abnahme bei Gefühlen von Aggression, Angst und Depression und eine signifikante Abnahme bei internalisierten und externalisierten Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Jene Mütter, die ein Filialtherapietraining erhalten hatten, zeigten eine Zunahme an empathischen Interaktionen mit ihren Kindern, welche durch Vergleich von Vor- und Nachaufnahmen der Spielsitzungen nachgewiesen werden konnten. Diese Ergebnisse sind außergewöhnlich, wenn man den hohen Stress, die Angst und die depressiven Erkrankungen dieser Mütter betrachtet (Smith, 2000).

Smith verglich 2000 in seiner Studie die Ergebnisse der Filialtherapie mit denen zweier früherer Studien, um einen direkten Vergleich mit der individuellen Spieltherapie und der Gruppenspieltherapie zu erhalten: Kots, Landreths und Giordanos (1998) Studie, die eine intensive individuelle Kurzzeit Spieltherapie und Tyndall- Linds, Landreths, und Giordanos (2001) Studie, die eine intensive Gruppenspieltherapie durchgeführt hatten.

Alle drei Studien führten Therapien mit Frauen aus den gleichen Frauenhäusern und Obdachlosenheimen zu 12 Sitzungen in 14 Tagen durch.

Im direkten Vergleich der Ergebnisse der individuellen Spieltherapie, der Gruppenspieltherapie und der Filialtherapie zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Die Filialtherapie war demnach gleich effektiv wie die Spieltherapie und die Gruppenspieltherapie (Smith, 2000).

- Jang führte 2002 eine Studie mit 30 koreanischen Familien durch, deren Kinder zwischen drei und neun Jahren alt waren. Hierfür adaptierte er für 14 Mütter das 10- Wochenfilialtherapietraining auf 4 Wochen mit jeweils zwei Treffen pro Woche. Es zeigte sich eine signifikante Zunahme an Empathie bei den Müttern. In den anderen Bereichen zeigten sich zwar Veränderungen, allerdings waren diese nicht signifikant (Landreth & Bratton, 2006).
- Ferrell verglich 2003 in seiner Studie die Effektivität des 10- Wochenfilialtherapiemodells mit dem gekürzten 4- Samstag- Modell. 13 Eltern trafen sich an 4 aufeinanderfolgenden Samstagen, wobei sie insgesamt 16 Stunden Training erhielten. Die Eltern aus dem traditionellen Filialtherapiemodell erhielten die gleiche Trainingsstundenanzahl in 10 Wochen. Bei beiden Formen wurden 7 Spielstunden abgehalten. Für das intensive Modell wurden die Inhalte und die Struktur verändert. Die Ergebnisse zeigten, dass die Eltern zwar zu Beginn einer stärkeren Belastung ausgesetzt waren als beim traditionellen Modell, am Ende des Trainings jedoch kein signifikanter Unterschied bei den einzelnen Messungen gefunden werden konnte. Es war allerdings eine stärkere Entwicklung in Bezug auf die empathische Reaktion der Eltern im 10- Wochenmodell zu beobachten. Bei dem verkürzten Modell schien dafür eine bessere Gruppenkohäsion entstanden zu sein. Es lässt sich trotz allem sagen, dass beide Modelle als gleich effektiv betrachtet werden können (Ferrell, 2003).
- Kidron adaptierte 2003 das 10- Wochenfilialtherapiemodell für 27 israelische Eltern und ihre Kinder zwischen vier und elf Jahren. 14 Eltern erhielten innerhalb von 5 Wochen neun Trainingssitzungen und führten sieben Spielsitzungen mit ihren Kindern durch. Es zeigten sich in allen Bereichen signifikante Veränderungen (Kidron, 2003).

8.2.2. Qualitative Studien

Folgende qualitative Studien beschreiben den filialtherapeutischen Prozess näher.

- Bavin- Hoffman, Jennings und Landreth führten 1996 eine qualitative Studie durch und analysierten die Wahrnehmung von 20 verheirateten Paaren hinsichtlich einer Veränderung ihrer Familien- und Paarbeziehung nach Beendigung der Filialtherapie. 66% der Eltern beschrieben eine verbesserte interpersonale Familienkommunikation. Über 75% der Eltern berichteten auch von einer Verbesserung der Partnerkommunikation. Zusätzlich bemerkten dreiviertel der Eltern eine positive Veränderung im Verhalten ihrer Kinder. Die Eltern erwähnten auch, dass ihre Familie diese Erfahrung nützlich und wertvoll gefunden hatte. Ein unerwartetes Ergebnis der Studie war, dass die Eltern die Fähigkeiten, die sie bei der Spielsitzung mit ihrem Kind angewendet hatten auch auf ihre Paarbeziehung übertragen hatten. Diese Ehepaare berichteten, dass sie eine stärkere Einheit bildeten als früher (Landreth & Bratton, 2006).
- Solis, Meyers und Varjas überprüften 2004 die Wahrnehmung des filialtherapeutischen Prozesses durch afrikanische Amerikaner und dessen Wirkung auf sie. Die Eltern berichteten von positiven Veränderungen bei ihnen selbst, den Kindern und in ihrer Beziehung zu den Kindern. Die Eltern erwähnten, dass es während der Spielsitzungen teilweise Schwierigkeiten gab die nicht- direkte Haltung konsequent beizubehalten (Landreth & Bratton, 2006).
- Stehen überprüfte 2005 den therapeutischen Prozess und entwickelte Adaptionen für 7 Familien mit Kindern, die an einer lebensbedrohenden Krankheit litten und sich deshalb im Krankenhaus aufhielten. Die Ergebnisse zeigten bei den Kindern eine Zunahme an Selbstvertrauen, Kooperation mit dem medizinischen Setting, wachsende Kommunikation mit den Eltern bezüglich persönlicher Gefühle und Probleme und dem medizinischen Personal bezüglich medizinischer Probleme. Veränderungen, die die Eltern bemerkten waren zunehmendes Vertrauen in ihre elterlichen Fähigkeiten, wachsendes Bewusstsein von den Umgebungswahrnehmungen ihrer Kinder, steigende Toleranz gegenüber ihren Kindern und wachsende Fähigkeit im Grenzen setzen (Landreth & Bratton, 2006).

Es gibt viele Studien, die die Wahrnehmung der Filialtherapie durch die Eltern untersuchen, um eine Aussage über deren Effektivität zu erhalten. Mit folgender Studie von Cleveland und Landreth (1997) wurde der erste Schritt zur Untersuchung der Meinung der Kinder in der Filialliteratur getan.

Die Wahrnehmung des Kindes war jedoch schwerer zugänglich als die Forscher zunächst annahmen. Fünf Kinder zwischen drei und acht Jahren, deren Eltern ein 10-Wochen Gruppenfilialtherapietraining absolviert hatten, wurden über ihre Wahrnehmung des praktischen Prozesses der Filialtherapie, wie auch über eine Änderung in ihrer Beziehung zu den Eltern befragt. Die Forscher waren allerdings nicht besonders erfolgreich bei ihren Versuchen die Kinder einzuladen über ihre Gefühle zu sprechen (Landreth & Bratton, 2006).

Obwohl die meisten dieser Kinder, die aufgrund der Filialtherapie entstandenen Änderungen nicht verbalisieren konnten, haben nach Cleveland und Landreth (1997) in deren Leben signifikante Veränderungen stattgefunden. Die Forscher rechtfertigten sich damit, dass es das natürliche Verhalten der Kinder sei, ihre Gefühle durch Spielen und nicht durch Worte auszudrücken, weshalb die Filialtherapie schließlich auch erfolgreich sei. Abschließend meinten sie, dass eine Spieltherapie nicht notwendig wäre, wenn die Kinder fähig wären ihre Gedanken und Gefühle zu verbalisieren (Landreth & Bratton, 2006).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den quantitativen Studien über die Auswirkungen der Filialtherapie auf die Familie folgende drei Themen regelmäßig zur Sprache gekommen sind:

- Eine Verbesserung der Eltern- Kind- Kommunikation,
- Eine Verbesserung der Paarkommunikation,
- Eine positive Änderungen im Verhalten des Kindes, beispielsweise eine wachsende Selbstkontrolle und eine Abnahme von Aggressionen.

Um die Wirksamkeit der Filialtherapie von allen Seiten zu beleuchten sind eingehendere Untersuchungen der Wahrnehmung der Filialtherapie durch das Kind erforderlich, die allerdings auf andere Art und Weise als bei Cleveland und Landreth (1997) durchgeführt werden müssten.

8.3. Ergebnisse der Studien

Dieser Forschungsüberblick hat gezeigt, dass das Filialtherapiemodell nicht nur bei Alleinerziehern oder amerikanischen Eltern angewendet worden ist, sondern auch bei Menschen verschiedenster Herkunft genutzt worden ist, beispielsweise bei Chinesen, die aufgrund ihrer Kultur nicht über ihre Gefühle sprechen, da sie kaum Ausdrücke für bestimmte Emotionen haben. Bei ihnen werden Emotionen nicht verbal ausgedrückt, sondern durch ihre Mimik gezeigt. Trotzdem hat sich herausgestellt, dass immigrierte Chinesen, die erst seit einem Jahr in Amerika sind, genauso schnell wie amerikanische Eltern die kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten beim Filialtraining erlernen und in Spielsitzungen anwenden können (Landreth, 2002).

Landreth war nicht nur experimentierfreudig in Bezug auf die kulturellen Hintergründe seiner Studienteilnehmer oder die Kontextbedingungen, er modifizierte auch die Dauer und Intensität seines 10- Wochenmodells. Ihn beschäftigte die Frage, ob die Entwicklung des Kindes, sein emotionales Wachstum und die Stabilität der Eltern durch eine Verkürzung des Trainingsprozesses und der Zeit zwischen den Sitzungen beschleunigt werden können. Aus diesem Grund entwickelte er das 5- Wochenmodell (s. Kapitel 7.2) (Landreth, 1998).

Beurteilungskriterien

In den Studien wurden folgende vier Bereiche untersucht:

1. Die Akzeptanz und die Empathie der Eltern in der Beziehung zum Kind
2. Der Stress der Eltern bezüglich des Verhaltens des Kind
3. Das problematische Verhalten des Kindes
4. Das Selbstkonzept des Kindes

Die Spielsitzungen der Eltern wurden durch Videoaufzeichnungen, vor Beginn des Filialtherapietrainings und nach dessen Beendigung von unabhängigen Beurteilern anhand von Skalen zu obigen vier Bereiche, eingeschätzt. Anschließend wurden die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe, die keine Behandlung erhalten hatte, verglichen.

Folgende Skalen wurden hierfür verwendet (Landreth, 1998):

- *„Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions Scale“* (MEACI):
Mit dieser Skala kann das Ausmaß an Empathie in den Eltern- Kind-Interaktionen gemessen werden.
- *„Porter Parental Acceptance Scale“* (PPAS):
Mithilfe dieser Skala kann das Ausmaß der elterlichen Akzeptanz gemessen werden.
- *„Parenting Stress Index“* (PSI):
Für die Ermittlung des „Stresspegels“ der Eltern bezüglich des Verhaltens des Kindes wird diese Skala verwendet.
- *„Filial Problem Checklist“* (FPC) oder *„Child-Behavior Checklist-Parent Report Form“* (CBCL):
Um das Verhalten des Kindes zu messen können diese Skalen verwendet werden.
- *„Joseph Preschool and Primary Self-Concept Scale“* (JSCS) oder *„Draw a Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance“* (DAP: SPED)
Mit dieser Skala bzw. dem Test kann das Selbstkonzepts des Kindes gemessen werden.

In den Studien über die 10- Wochen- Filialtherapie wurden folgende Ergebnisse erzielt: Bei den Eltern stieg das Ausmaß an empathischen und akzeptierenden Reaktionen in den Eltern- Kind- Interaktionen signifikant an. Die Eltern waren fähig auf einem höheren Niveau von Akzeptanz mit ihrem Kind zu kommunizieren, erkannten seine Bedürfnisse und erlaubten ihm die Führung zu übernehmen. Die Selbstkonzepte der Kinder stiegen auch signifikant und deren problematisches Verhalten ging signifikant zurück. Der Stress der Eltern bezüglich des Verhaltens des Kindes nahm signifikant ab. Da die Eltern weniger gestresst waren, konnten sie wiederum besser mit den Gefühlen ihrer Kinder umgehen. Die Eltern wurden fähig die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle ihres Kindes zu steigern. Die Kinder lernten somit die Verantwortung für ihre Probleme selbst zu übernehmen, um sie schließlich auch lösen zu können. Die positiven Änderungen sind laut Guerneys Studie (1975) auch drei Jahre nach Therapieabschluss noch spürbar (Landreth & Bratton, 2006).

Außerdem zeigte sich bei der Studie, an der inhaftierte Väter teilgenommen haben, ein zusätzlicher positiver Effekt. Der Kontakt zwischen den Vätern und ihrem Kind nahm laut Landreth (1998) außerhalb der Spielsitzungen in der Form zu, dass deutlich mehr Briefe geschrieben und Telefongespräche geführt wurden, als bei den Vätern aus der Kontrollgruppe.

Bei den jeweiligen Kontrollgruppen war die empathische, akzeptierende Reaktion der Eltern am Ende ebenso gering wie zu Beginn der Untersuchung.

Die Forschungsergebnisse bestätigen daher Guerneys Aussage (1964), dass „a relatively small amount of affection, attention, interest, etc., from the parent, directly, can be expected to be more therapeutic to the child than a large amount from a therapist“ (S.308).

Vergessen werden darf laut Landreth und Bratton (2006) allerdings nicht, dass diese positiven Ergebnisse nicht ausschließlich aufgrund der vollständigen Beteiligung der Eltern als therapeutische Vertreter entstanden sind, sondern auch das Resultat:

- a) der Spieltherapietrainingseinheiten durch ausgebildete Therapeuten,
- b) der Supervisionssitzungen für die Eltern um die kindzentrierten Fähigkeiten zu erlernen,
- c) und dem strukturierten 10-Wochenplan ist.

8.4. Metaanalysen

Im letzten Subkapitel sind einzelne Filialtherapiestudien vorgestellt worden. Diese brachten zwar erfolgreiche Forschungsergebnisse, allerdings ausschließlich in kleinen Stichproben. Für einen aussagekräftigen Effektivitätsbeleg der Filialtherapie reicht jedoch jede Studie für sich allein genommen nicht aus. Deshalb werden hier zwei Metaanalysen vorgestellt, welche die meisten Studien der letzten Jahrzehnte miteinbeziehen und übergeordnete Kategorien entwickeln, um allgemeine Aussagen bezüglich der Wirksamkeit der Filialtherapie treffen zu können.

8.4.1. Filialtherapie vs. Spieltherapie

Die Metaanalyse von Bratton, Ray, Rhine und Jones (2005) liefert einen Überblick über 50 Jahre Spieltherapieforschung. Es wurden bei dieser Metaanalyse 43 veröffentlichte und 50 unveröffentlichte Studien nach bestimmten Kriterien ausgesucht, wie beispielsweise eine Kontrolle durch eine Vergleichsgruppe sowie ausreichend statistische Daten.

Brattons et al. (2005) Metaanalyse baut auf der Metaanalyse von LeBlanc und Ritchie (2001) auf und kann so die Anzahl der untersuchten Studien verdoppeln, um einen aussagekräftigen Wert für die Effektivität der spieltherapeutischen Interventionen zu erhalten. Mithilfe der metaanalytische Methoden von Smith und Glass (1977) kombinieren Bratton et al. (2005) veröffentlichte und unveröffentlichte individuelle Studien um einen Durchschnittsbehandlungseffekt der Spieltherapie und der Filialtherapie zu erhalten. Auf diese Weise können die Begrenzungen von kleinen Stichproben umgangen werden.

Bislang gibt es sechs breitangelegte Metaanalysen zu Kinderpsychotherapien, die in Abbildung 5 dargestellt werden. In der ersten Spalte wird die Gesamtanzahl der ausgewerteten Studien aufgelistet, in der zweiten die Anzahl der teilgenommenen Spieltherapiestudien, in der Klammer werden jene Studien, die auch an dieser Metaanalyse teilgenommen haben, angeführt. In der dritten Spalte wird das Durchschnittsalter der Kinder angegeben. Mit ES wird die durchschnittliche Effektivitätsstärke des therapeutischen Verfahrens bezeichnet.

Study	N		Mean age (years)	ES
	Overall studies	Play therapy studies		
Bratton, Ray, Rhine, & Jones (2005) ^a	93	93	7.0	0.80
LeBlanc & Ritchie (2001)	42	42 (36)	7.9	0.66
Weisz et al. (1995)	150	3 (2)	10.5	0.71
Kazdin et al. (1990)	105	5	10.2	0.84
Weisz et al. (1987)	105	7 (5)	10.2	0.79
Casey & Berman (1985)	75	20 (10)	8.9	0.71

Abbildung 5 – Metaanalytische Studien bezüglich der Effektivität von Kinderpsychotherapien, (Bratton et al., 2005, S. 378)

Mit dem in der Abbildung angeführten Begriff „Spieltherapie“ bzw. „play therapy“ werden sowohl Studien der Spiel- als auch der Filialtherapie bezeichnet. Der Unterscheidungspunkt liegt bei der ausführenden Person der Spieltherapie, in der Form eines Therapeuten oder eines filialtrainierten Elternteils. Diese Unterscheidung erfolgt jedoch erst in Abbildung 6.

Im Vergleich zu den anderen fünf abgebildeten Metaanalysen werden bei Bratton et al. (2005) ausschließlich spieltherapeutische Interventionen verwendet, das ist auch der Grund weshalb hier nur auf diese Metaanalyse näher eingegangen wird. Ein anderer, die Studien unterscheidender Aspekt ist das Durchschnittsalter der behandelten Kinder, welches bei Bratton et al. (2005) mit sieben Jahren deutlich unter dem der anderen fünf Metaanalysen liegt.

Bei den 93 Studien ist eine durchschnittliche Effektivitätsgröße von 0,80 erzielt worden. Dieser stellt den zweit höchsten Wert im Vergleich zu den anderen Analysen dar. Als Richtlinie bedeutet eine Effektivitätsgröße von 0,20 einen geringen Behandlungseffekt, 0,50 einen mittleren und 0,80 einen großen Behandlungseffekt. Das bedeutet, dass spieltherapeutische Interventionen bei Kindern meistens eine höhere Effektivität erzielen, als andere Kindertherapien.

Die Effektivität von spieltherapeutischen Interventionen wurde zwar hiermit belegt, doch reicht diese Information nicht aus um Aussagen über die Wirksamkeit von Filialtherapien treffen zu können. Darum muss die Metaanalyse von Bratton et.al. (2005) noch im Detail angesehen werden.

Die teilgenommenen 93 Studien werden in drei Hauptkategorien, die Behandlungscharakteristika, die Charakteristika der teilnehmenden Kinder und die Studiencharakteristika unterteilt, auf die im Folgenden nacheinander eingegangen wird:

a) Behandlungscharakteristika

In Abbildung 6 werden die einzelnen Studien bezüglich der Behandlungscharakteristika in verschiedene Kategorien unterteilt. Des weiteren wird die Studienanzahl und die durchschnittliche Effektivitätsgröße von spieltherapeutischen Verfahren angeführt.

Variable	N of studies	Mean ES
Treatment type/theoretical model ^a		
Humanistic–nondirective	73	0.92
Nonhumanistic–directive	12	0.71
Treatment provider ^b		
Professional	67	0.72
Parent–paraprofessional (majority filial-trained parents)	26	1.05
Parent (filial-trained)	22	1.15
Treatment setting ^c		
School	36	0.69
Outpatient clinic	34	0.81
Residential	6	1.10
Critical incident	12	1.00
Treatment format ^d		
Group therapy by professional	33	0.73
Individual therapy by professional	34	0.70
Individual therapy by paraprofessional (majority filial-trained parents)	26	1.05

Abbildung 6 – Effektivität der Spieltherapien bezüglich den Behandlungscharakteristika, (Bratton et.al., 2005, S. 381)

In der ersten Kategorie wird zwischen humanistischen- nicht direktiven und nicht-humanistischen- direktiven Verfahren unterschieden. Zu den nicht- humanistischen Verfahren zählen beispielsweise Verhaltenstherapien.

Die Filialtherapie fällt unter die humanistischen Verfahren, diese haben mit einem Wert von 0,92 eine höhere Effektivitätsgröße als die nicht- humanistischen Ansätze mit einem Wert von 0,71, erzielt.

Die Wirkung von Spieltherapien ist anscheinend abhängig von der theoretischen Ausrichtung des Modells. Beachtet werden muss jedoch die geringe Anzahl der nicht-humanistischen Spieltherapien, die bei der Metaanalyse von Bratton et al. (2005) miteinbezogen worden sind. Der Großteil, nämlich 78%, der untersuchten Studien waren humanistisch. Demnach können auch beide Ausrichtungen sehr effektiv sein.

Laut Bratton et al. (2005) lag in vielen Studien zusätzlich ein Mangel an genauen Interventionsbeschreibungen vor und daher konnte nicht immer genau nachvollzogen werden, ob die Ansprüche von nicht- humanistisch bzw. humanistisch erfüllt worden sind.

Die zweite Kategorie behandelt die ausführende Person der Spieltherapie. Es wird unterschieden ob der Therapeut selbst oder ein sogenannter „Parent-Paraprofessional“, ein therapeutischer Vertreter, die Therapie durchgeführt hat. Letzteres war bei 26 Studien der Fall. Abgesehen von vier Untersuchungen führten bei diesen 26 Studien filialtrainierte Eltern die Spieltherapie durch. Bei den anderen vier haben Lehrer oder Mentoren die Spieltherapie durchgeführt. Das bedeutet, dass bei 26 Studien das filialtherapeutische Konzept angewendet worden ist.

In Abbildung 6 ist ersichtlich, dass der Effektivitätswert der Filialtherapien, die von therapeutischen Vertretern (wie Eltern, Lehrer, Mentoren usw.) durchgeführt worden sind, mit 1,05 höher ist als der von Spieltherapien mit einem Therapeuten von nur 0,72. Wenn nur jene Studien betrachtet werden, bei denen Eltern die Filialtherapie durchgeführt haben, ergibt sich mit 1,15 ein noch höherer Wert.

Filialtherapien erzielten demnach einen um 0,43 höheren Effektivitätswert als Spieltherapien.

Wenn Kinder Spielsitzungen mit ihren Eltern durchführen, wird anscheinend ein besseres Ergebnis erzielt als mit Therapeuten. Die Frage, die sich stellt wäre, ob dann nicht auf Spieltherapien verzichtet und ausschließlich Filialtherapien angeboten werden sollten?

Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass erstens nicht jedes Elternteil für die Therapeutenrolle geeignet ist, wie in Kapitel 5. dargelegt worden ist und zweitens für das Elterntaining der kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten sowie für die Supervision ausgebildete Spieltherapeuten benötigt werden.

Der Erfolg der Eltern in ihrer therapeutische Rolle ist demnach auch dem Therapeuten und dem speziellen Behandlungsprotokoll der Filialtherapie zu verdanken.

Ein anderer Aspekt der berücksichtigt werden sollte, wäre dass den Therapeuten vielleicht schwierigere Fälle übertragen werden als den Eltern, die nur, wenn die Probleme ihres Kind ihren Fähigkeiten entsprechen, eine Filialtherapie durchführen dürfen. Obwohl Casey und Berman (1985) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Beteiligung der Eltern und dem Therapieerfolg feststellten, berichteten LeBlanc und Ritchie (2001) und Weisz et al. (1995) von ähnlichem Nutzen der Eltern als therapeutische Vertreter (Bratton et al., 2005).

Weisz et al. (1987) fanden heraus, dass therapeutische Vertreter bessere Ergebnisse mit jüngeren als mit älteren Kindern erzielt hatten (Bratton et al., 2005).

Als dritte Kategorie wird das Behandlungssetting in folgende vier Bereiche unterteilt: die Schule, die Ambulanz, das Elternhaus, Unterkünfte für kritische Fälle (wie das Gefängnis, Frauenhäuser etc).

Die Effektivitätsgrößen, die in Abbildung 6 dargestellt werden, zeigen, dass der Ort, wo die spieltherapeutischen Interventionen durchgeführt werden, sich maßgeblich auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Die Spieltherapien, die in Unterkünften für kritische Fälle oder im Elternhaus durchgeführt worden sind haben einen signifikant höheren Behandlungseffekt erzielt. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass ein Zusammenhang zwischen der geringen Anzahl der Studien und der hohen Effektivitätsgröße bestehen könnte. Der Großteil der Studien wurde nämlich entweder an einer Schule oder in einer Ambulanz durchgeführt. Um diese Zweifel aus dem Weg zu räumen, bedarf es weiterer Forschungsstudien.

Bratton et al. (2005) geben zu bedenken, dass vielleicht auch andere Variablen, die bei ihrer Analyse unberücksichtigt blieben, das Ergebnis beeinflusst haben könnten. Zum Beispiel variiert die Behandlungsdauer unter den verschiedenen Settings. Die Durchschnittsanzahl von Sitzungen bei ambulanten Settings lag bei 22,4. Das sind drei mal so viel Spieltherapiesitzungen wie in den Schulen durchgeführt worden waren (8,4). Die Schulberater mussten die Anzahl der Sitzungen pro Kind limitieren, damit sie auch auf die Bedürfnisse anderer Kindern eingehen konnten. Das bedeutet, dass die Anzahl der Spieltherapiesitzungen, welche die Kinder in der Schule erhielten, weniger von der Wichtigkeit der Anliegen der Kinder als vielmehr von der Anzahl an Schülern abhängig war (Bratton et al., 2005).

In Abbildung 6 wird als letzte Kategorie das Behandlungsformat bezüglich einer Relevanz für die Effektivität angegeben. Als drei unterschiedliche Formate werden eine von einem Therapeuten geleitete Gruppentherapie, eine individuelle Spieltherapie mit einem Therapeuten und eine Filialtherapie mit einem therapeutischen Vertreter untersucht.

Die Formate, die von einem Therapeuten durchgeführt worden sind gleichen einander bei ihren Effektivitätswerten; die Gruppentherapie erreichte einen Wert von 0,73 und die individuelle Spieltherapie einen von 0,70. Beide Formen können demnach als gleich wirksam angesehen werden. Die höchste Effektivität mit einem Wert von 1,05 erzielte die Filialtherapie. Der Effektivitätsunterschied beträgt 0,32, allerdings muss wieder auf die geringere Anzahl der teilgenommenen Filialtherapiestudien hingewiesen werden.

Zukünftige Forschungen sind notwendig um von der Individuellen Spiel- bzw. Filialtherapie genauere Beschreibungen bezüglich des Alters des Kindes und gegenwärtigen Anliegen und Problemen zu erhalten, damit ein gezielter Vergleich beider Therapieformen stattfinden kann (Bratton et al., 2005).

Bratton et al. (2005) gehen auch noch auf die Anzahl der Spieltherapiesitzungen ein, welche ihrer Ansicht nach ein Faktor für die Behandlungswirksamkeit zu sein scheint. Sie berichten, dass ein optimaler Behandlungseffekt mit durchschnittlich 35- 40 Sitzungen erzielt worden ist (Bratton et al., 2005).

Bratton et al. (2005) nehmen genau wie LeBlanc und Ritchie (2001) an, dass ein Zusammenhang zwischen einer geringen Anzahl von Sitzungen und einem geringen Effektivitätswert besteht, da es während der ersten Therapiewochen zu einer Intensivierung der Gefühle des Kindes kommt. Sie kommen zu dem Schluss, dass Kinder, die eine Therapie vorzeitig während dieses Stadiums beenden, weniger von der Spieltherapie profitieren als Kinder, die diese abschließen (Bratton et al., 2005).

Die durchschnittliche Anzahl an Sitzungen liegt bei der Filialtherapie im Unterschied zur Spieltherapie lediglich bei 14,7. Beachtet werden muss, dass sich diese Anzahl auf die Trainingssitzungen der Eltern und nicht auf die Anzahl der Spielsitzungen mit dem Kind bezieht. Die Spielsitzungen beginnen nämlich erst nach der dritten Woche des Elterntrainings. Die Anzahl der tatsächlichen Spielsitzungen liegt daher bei mindestens 7.

Der Wert von 14,7 wurde auch durch eine frühere Studie von Guernsey verändert, dessen Model mit 12-18 Monate die längste Behandlung darstellt. Die Mehrheit der Studien bezieht sich jedoch auf Landreths 10- Wochen Filialtherapiemodell (Bratton et al., 2005).

Wenn man davon ausgeht, dass mindestens 35 Sitzungen notwendig sind, um die Effektivität der Spieltherapie zu gewährleisten, ist es erstaunlich, dass Filialtherapien, bei denen Kinder mindestens 7 Spielsitzungen erhalten hatten, den größten Durchschnittsbehandlungseffekt mit einem Wert von 1,15 erzielten.

Es scheint, dass die optimale Anzahl von Sitzungen, die den größten Behandlungseffekt zeigt, geringer ist, wenn Eltern die Spielsitzung durchführen, als wenn Therapeuten diese ausführen.

b) Charakteristika der teilnehmenden Kinder

In den 93 Studien nahmen 3.248 Jungen und Mädchen mit den unterschiedlichsten Problemen teil. Um zu überprüfen, bei welchem Kind die Behandlung effektiv war, wurden verschiedene Variablen, wie das Alter, das Geschlecht und das behandelte Problem des Kindes codiert (Bratton et al, 2005).

Das Durchschnittsalter der Kinder betrug sieben Jahre. Wie bei den Studien von Weisz et al. (1987, 1995), Kazdin et al. (1990) und Casey und Berman (1985) waren ca. 2/3 der teilnehmenden Kinder männlich. Brattons et al. Analyse (2005) ergab, dass weder das Alter noch das Geschlecht signifikante Vorbedingungen für das Behandlungsergebnis waren. Das bedeutet, dass Spieltherapien gleich effektiv für Jungen und Mädchen in allen Altersgruppen sind.

Bratton et al. (2005) untersuchten, ob ein signifikanter Unterschied bei der Effektivität der Spieltherapie hinsichtlich spezieller Probleme von Kinder gefunden werden konnte, bzw. ob die Spieltherapie bei allen Problemen der Kinder Wirkung zeigte.

Daher wurde das problematische Verhalten des Kindes, wie in Abbildung 7 ersichtlich ist, in grobe Kategorien unterteilt, wie internalisierte, externalisierte Probleme oder eine Kombination aus beiden.

Studien, in denen es um die Einstellung des Kindes, akademische Leistung, Anpassung des Verhaltens, Persönlichkeit, Beziehungen, usw. ging, konnten nicht in eine dieser Kategorien eingeteilt werden.

Variable	N of studies	ES
Target problem behaviors		
Internalizing only	24	0.81
Externalizing only	17	0.78
Internalizing and externalizing	16	0.93
Other	36	0.79
Type of outcome measure ^a		
Behavior	80	0.81
Social adjustment	16	0.83
Personality	19	0.80
Self-concept	23	0.51
Anxiety–fear	7	0.69
Family functioning/relationships ^b	36	1.12
Developmental–adaptive	12	0.90
Other	35	0.55

Abbildung 7 – Effektivität der Spieltherapien bezüglich der Charakteristika der Kinder, (Bratton et.al., 2005, S. 383)

Wie in Abbildung 7 ersichtlich ist, gibt es bei der ersten Kategorie des problematischen Verhaltens keinen signifikanten Unterschied bei der Effektivitätsgröße bezüglich internalisierter oder externalisierter Probleme.

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass die Spieltherapie ein Gewinn war unabhängig davon, ob die Kinder aufgrund von internalisierten oder externalisierten Verhaltensauffälligkeiten behandelt worden sind.

Die zweite Kategorie unterteilt die Messergebnisse in acht Bereiche, wie das Verhalten, soziale Einstellungen, die Persönlichkeit des Kindes usw. Da nicht bei jeder Studie alle acht Bereiche untersucht worden sind, erscheint auch in Abbildung 7 die genaue Anzahl der Studien, mitsamt der Effektivitätsgröße für den jeweiligen Bereich.

Demnach ist in Abbildung 7 ersichtlich, ob Spieltherapien geeignet sind um Veränderungen im Verhalten, in der sozialen Einstellung, in der Persönlichkeit, in den Selbstkonzepten, bei Gefühlen von Angst, den Familieninteraktionen und Entwicklungsproblemen zu erzielen.

Es wird jedoch nicht unterschieden, welches Messverfahren bei welcher Spieltherapie zum Einsatz kommt. Es ist daher nicht ersichtlich, welche Bereiche die Filialtherapie bzw. die Spieltherapie untersucht hatte.

Laut Bratton et al.(2005) kommen bei den meisten Studien zwei bis drei Messverfahren vor. Bemerkenswert ist, dass hauptsächlich Verhaltensmessungen verwendet werden mit einer Effektgröße von 0,81; dieser Wert spiegelt auch den Behandlungseffekt der Spieltherapie wider. Der größte Behandlungseffekt wurde im Bereich der Familieninteraktion mit einem Wert von 1,12 erreicht. Nach Bratton et al. (2005) wird diese Messung hauptsächlich in der Filialtherapie verwendet. In der Filialtherapie kann daher am Effektivsten die Interaktion innerhalb der Familie verbessert werden. Der zweithöchste Wert ist der im Bereich der Entwicklungsförderung mit 0,90, der bei 12 Studien gemessen worden ist.

Da auch die Eltern eine Quelle der Messergebnisse sind, sollte die Messmethode zuverlässig sein um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Laut Bratton et al. (2005) wurde in vielen individuellen Studien über einen Mangel an geeigneten Messinstrumenten zur Einschätzung des Problems des Kindes berichtet.

Obwohl die Annahme bestehen könnte, dass diese signifikanten Ergebnisse nur aufgrund der Eltern entstanden sind, fanden Bratton et al. (2005) heraus, dass es bei der Quelle der Messergebnisse, d.h. ob die Berichte von den Eltern oder dem Therapeuten gekommen sind, keinen Unterschied gab.

Die Mehrheit der Studien berief sich auf mehrere Quellen und nicht nur auf eine. Die Eltern waren in 58,5% der Studie die Quelle, zwei mal so oft wie andere Quellen. Diese Zahl wird durch die Filialtherapie verändert. Die Ergebnisse decken sich mit LeBlanc und Ritchie (2001), unterscheiden sich aber von Casey und Bermann (1985) und Weisz et.al. (1987), bei denen beide berichten, dass die Daten, die von unbeteiligten Beobachtern gemacht worden waren die größte Effektivitätsgröße erzielt hatten (Bratton et al., 2005).

c) Studiencharakteristika

Es werden drei Kategorien unterschieden: der Publikationsstatus, das Studiendesign und der Grund der Teilnahme an der Studie. Da diese Kategorien keinen Einfluss auf die zentrale Forschungsfrage nach der Effektivität der Filialtherapie haben, werden die Ergebnisse nur kurz ohne eine dazugehörige Abbildung zusammengefasst.

Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten die Tendenz, dass bei publizierten Studien signifikant höhere Effektivitätswerte erzielt worden waren als bei unveröffentlichten.

Bei Bratton et al. (2005) kamen sie zu dem Schluss, dass die umfangreiche Anzahl an unpublizierten Studien, die sie verwendet hatten, ihre Ergebnisse bestärken und bei den Metaanalysen, die sich ausschließlich auf publizierte Studien bezogen hatten, Fragen offen blieben.

In der Kategorie Studiendesign ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Es scheint, dass es keinen Einfluss auf die Effektivitätsgröße hat, ob die Spieltherapien mit einer Kontrollgruppe, die keine Therapie erhält, oder einer Gruppe, die eine alternative Behandlung erhält, verglichen wird. Die Ergebnisse zeigen weiters, dass der Grund der Teilnahme an der Studie keine Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis hat.

Zusammenfassung

Die Metaanalyse von Bratton et al. (2005) zeigt, dass spieltherapeutische Interventionen eine große Wirkung auf das Verhalten, die soziale Einstellung und die Persönlichkeit des Kindes haben.

Am effektivsten scheint laut Bratton et al. (2005) die volle Beteiligung der Eltern an der Kindertherapie, wie es in der Filialtherapie der Fall ist, zu sein. „This type of approach appeared to be highly effective in helping change the relationship between the parent and child as well as the behavior of the child” (S. 386).

8.4.2. Filialtherapeutische vs. traditionelle Elterntrainingsmodelle

In der Metaanalyse von Wyatt Kaminski und Valle (2008) werden 77 veröffentlichte Studien von Elternt rainingprogrammen zwischen 1990- 2003, die das Verhalten und die Einstellungen von 0-7 jährigen Kindern verbessern, untersucht. Es werden einzelne Komponenten von Elternt rainingprogrammen, wie die Fähigkeit des empathischen Zuhörens, genauer hinsichtlich ihrer Effektivität überprüft.

Beachtet werden muss, dass diese Metaanalyse ausschließlich jene Messergebnisse berücksichtigt, die sofort am Ende der Behandlung erzielt worden sind und nicht, wie in manchen Studien ersichtlich, die Messergebnisse nach einer bestimmten Zeitspanne nach Beendigung des Programms.

Für die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist es relevant, welche Komponenten der Filialtherapie im Vergleich zu anderen Elternt rainingmodellen effektiver bei der Behandlung von Problemen des Kindes sind und welche nicht.

In den Abbildungen 8, 9 und 10 erfolgt ein Überblick aller teilgenommenen Studien. Es wird der Autor, die Jahreszahl der durchgeführten Studie, die Unterscheidung bezüglich eines Präventions- bzw. eines Behandlungsprogramms, der Programminhalt, und das teilgenommene Elternteil erwähnt.

Adams and Kelley (1992)	T	Treatment of sibling aggression	Mothers
Anastopoulos et al. (1993)	T	Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)	Mothers
Barber (1992)	P	Enhance parenting (of mothers on public assistance)	Mothers
Barhava-Monteith et al. (1999)	P	Promote positive school behavior and readiness	NR
Barkley et al. (1996)	T	Treatment of aggressive-hyperactive-impulsive behaviors	NR
Barrett et al. (1996)	T	Treatment of childhood anxiety	Both
Barth (1991)	P	Prevent child abuse	Mothers
Bradley et al. (1994)	P	Promote child development (in premature/low-birthweight children)	NR
Bratton and Landreth (1995)	P	Enhance parenting (of single parents)	Either
Budd and Itzkowitz (1990)	P	Promote child social competence	Both
Cicchetti et al. (2000)	P	Prevent child problem behaviors (with depressed mothers)	Mothers
Connell et al. (1997)	T	Treatment of oppositional behavior	Both
Connolly et al. (2001)	T	Treatment of behavior problems	NR
Costas and Landreth (1999)	P	Enhance parenting (of nonoffending parents of children who have been sexually abused)	Either (or grandmother)
Cunningham et al. (1995)	T	Treatment of disruptive behavior disorders	Both
Davis and Spurr (1998)	T	Treatment of multiple psychosocial problems	Both
Evans and Okifuji (1992)	T	Treatment of child behavior problems	NR
Evans et al. (1993)	T	Treatment of child behavior problems and family dysfunction	Both
Fennell and Fishel (1998)	P	Prevent child abuse	Either
Fewell and Wheeden (1998)	P	Promote positive parenting and child development (in adolescent mothers)	Mothers
Fitzpatrick et al. (1996)	P	Promote child development	Mothers
Forgatch and DeGarmo (1999)	P	Enhance parenting (of divorcing mothers with sons)	Mothers
Forgatch and DeGarmo (2002)	P	Prevent child problem behaviors (with divorcing mothers with sons)	Mothers
Gaudin et al. (1990)	P	Enhance parenting (of neglectful parents)	NR
Gelfand et al. (1996)	P	Promote child development (with depressed mothers)	Mothers
Glover and Landreth (2000)	P	Promote positive parenting (with Native American parents)	Mothers (or grandmother or stepmother)
Griff (1999)	T	Treatment of child behavior problems	Both
Gross et al. (1995)	T	Treatment of child behavioral difficulties	Both
Harris and Landreth (1997)	P	Promote parent-child relationships (with incarcerated mothers)	Mothers

Abbildung 8 – Überblick der Studien 1, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.572)

Citation	Prevention (P) or treatment (T) of child behavior problems	Program intent	Parent participants ^a
Hom et al. (1990)	T	Treatment of ADHD	Both
Hutcheson et al. (1997)	P	Promote positive parenting and child development (in children with failure-to-thrive)	Mothers
Infant Health and Development Program (1990)	P	Promote child development (in low-birthweight children)	NR
Jason et al. (1994)	P	Prevent child substance use	Either
Johnson et al. (1993)	P	Promote positive parenting and child development (with first-time, low-income mothers)	Mothers
Kale and Landreth (1999)	P	Prevent child behavior problems (among children with learning difficulties)	Either (or grandmother)
Kissman (1992)	P	Promote positive parenting and child development (with adolescent mothers)	Mothers
Koniak-Griffin and Verzemnieks (1991)	P	Promote positive parenting (with adolescent mothers)	Mothers
Koniak-Griffin et al. (1992)	P	Promote positive parenting (with adolescent mothers)	Mothers
Landreth and Lobaugh (1998)	P	Enhance parenting (of incarcerated fathers)	Fathers
Lee and Holland (1991)	P	Promote effective foster parenting	NR
Letourneau et al. (2001)	P	Promote child mental health (among low-income and/or adolescent parents)	Mothers
Lyons-Ruth et al. (1990)	P	Promote positive parenting (with low-income, depressed mothers)	Mothers
MacKenzie and Hilgedick (1999)	P	Prevent child behavior problems	Either
Magen and Rose (1994)	T	Treatment of aggressive or noncompliant behavior	Either
Maguin et al. (1994)	P	Prevent child conduct problems (with children of alcoholic fathers)	Mothers
McBride (1991a)	P	Promote positive parenting (with fathers)	Fathers
McBride (1991b)	P	Promote positive parenting (with fathers)	Fathers
McNeil et al. (1999)	T	Treatment of disruptive behavior problems	NR
McNeil et al. (1991)	T	Treatment of child behavior problems	NR
Metropolitan Area Child Study Research Group (2002)	P	Prevent child aggression	Both
Mullin and Quigley (1994)	P	Promote positive child behavior	Mothers
Myers et al. (1992)	P	Prevent child problem behaviors	NR
Nelson and Levant (1991)	P	Prevent child problem behaviors (in stepfamilies)	Either
Nicholson et al. (2002)	P	Promote positive parenting (with low-income parents using harsh discipline)	Both
Nixon et al. (2003)	T	Treatment of Oppositional Defiant Disorder (ODD)	Both
Odom (1996)	T	Treatment of ADHD	Mothers
Pehrson and Robinson (1990)	P	Promote positive parenting	Either

Abbildung 9 – Überblick der Studien 2, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.573)

Citation	Prevention (P) or treatment (T) of child behavior problems	Program intent	Parent participants ^a
Pisterman et al. (1992a)	T	Treatment of hyperactivity	Either
Pisterman et al. (1992b)	T	Treatment of ADHD	Either
Reid et al. (1999)	T	Treatment of child's bedtime behavior problems	Both
Reifsnider (1998)	P	Promote positive parenting and child development (in children with growth deficiency)	Mothers
Sanders et al. (2000a)	T	Treatment of conduct problems	Both
Sanders et al. (2000b)	P	Prevent disruptive behaviors	Mothers
Schuhmann et al. (1998)	T	Treatment of ODD	Both
Schuler et al. (2002)	P	Promote positive parenting and child development (with drug-using mothers)	Mothers
Sonuga-Barke et al. (2001)	T	Treatment of ADHD	Mothers
Taylor et al. (1998)	T	Treatment of child behavior problems	Both
Thompson et al. (1996)	T	Treatment of child behavior problems	Either
Vines and Williams-Burgess (1994)	P	Enhance parenting (of first-time, at-risk mothers) and prevent child abuse or neglect	Mothers
Wahler and Meginnis (1997)	P	Increase child compliance	Mothers
Walker et al. (1998)	T	Treatment of child behavior problems	NR
Webster-Stratton (1990)	T	Treatment of conduct problems	Both
Webster-Stratton (1992)	T	Treatment of conduct problems	Both
Webster-Stratton (1998)	P	Prevent child conduct problems	Both
Webster-Stratton and Hammond (1997)	T	Treatment of conduct problems	Both
Webster-Stratton et al. (2001)	P	Prevent child conduct problems	Both
Wilczak and Markstrom (1999)	P	Promote positive parenting (with incarcerated fathers)	Fathers

Abbildung 10 – Überblick der Studien 3, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.574)

In Abbildung 11 werden die Messungen, die bei den Eltern und Kindern vorgenommen worden sind, in verschiedene Kategorien unterteilt, wie beispielsweise Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern. Zusätzlich werden auch noch die Effektivitätsgrößen für den jeweiligen Bereich angezeigt.

Outcome category	Number of studies	Mean (SE) effect size
All parenting measures	54	0.43 (0.03)
Knowledge or information acquisition	6	0.88 (0.14)
Self-efficacy	19	0.49 (0.06)
Attitudes and values	14	0.47 (0.09)
Behaviors and skills	40	0.39 (0.03)
All child measures	58	0.30 (0.03)
Externalizing behaviors (e.g., noncompliance, aggressive or hyperactive behavior)	48	0.25 (0.03)
Internalizing behaviors (e.g., anxiety, depression)	11	0.40 (0.08)
Educational and cognitive outcomes (e.g., school grades, literacy, cognitive development)	9	0.26 (0.04)
Social skills and social competence	15	0.13 (0.06)
Parent-child interaction (e.g., observational measures of dyadic interaction)	7	0.22 (0.10)

Abbildung 11 –Messergebnisse, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.576)

Es wurden vier Kategorien für die Messergebnisse der Eltern („all parenting measures“) und vier für die der Kinder („all child measures“) definiert. Sowohl für die Eltern als auch für die Kinder wurde ein Gesamteffektivitätswert errechnet. Der gesamte Programmeffektivitätswert für die Eltern beträgt 0,43, darin sind die Effektivitätswerte der vier Messergebnisse enthalten. Der gesamte Programmeffektivitätswert für die Kinder setzt sich aus der Summe der Messungen von externalisiertem und internalisiertem Verhalten, von kognitiven Parametern und von sozialen Kompetenzen zusammen und beträgt 0,30. Es lässt sich daher sagen, dass Elterntrainingsprogramme im Allgemeinen eine größere Wirkung auf die Eltern als auf die Kinder haben.

Wenn die Effektivitätswerte der Kategorien, die elterliches Verhalten beschreiben betrachtet werden, können markante Differenzen festgestellt werden. Die Effektivitätsgröße der Wissens- und der Informationsaneignung ist mit 0,88 signifikant und mehr als doppelt so hoch wie die Effektivitätsgröße des Verhaltens der Eltern mit 0,39. Demnach nimmt das Wissen der Eltern einen größeren Stellenwert in Bezug auf die Effektivität des Programms ein als das Verhalten der Eltern. Verwiesen muss jedoch auf die geringe Studienanzahl von 6 Stück werden bei der Kategorie Wissen im Gegensatz zu 40 bei der Kategorie Verhalten.

Bei den Kindern nimmt die Kategorie des internalisierten Verhaltens die höchste Effektivitätsgröße von 0,40 ein und die sozialen Fähigkeiten mit 0,13 die kleinste. Die Programme zielen daher eher auf eine Verbesserung des internalisierten Verhaltens der Kinder als auf das Erlernen von sozialen Fähigkeiten ab.

Folgende Komponenten, die einzeln auf ihre Effektivität hin überprüft worden sind, werden im folgenden aufgezählt:

- Wissen über die Entwicklung des Kindes: über die emotionale Entwicklung und eine selbstwertaufbauende Kommunikation
- Positive Interaktionen mit dem Kind: eine nicht disziplinäre Interaktion, dem Interesse des Kindes folgen, Enthusiasmus seitens der Eltern präsentieren
- Zuneigung zum Kind und Sensibilität bei Regressionen des Kindes
- Emotionale Kommunikation: d.h. Training von aktivem Zuhören und Reflektieren von dem was das Kind mitteilt,
- Disziplinäre Kommunikation: klare Anweisungen zu geben, Grenzen und Regeln aufzustellen, Verhaltensvorschriften und Konsequenzen
- Positive Aufmerksamkeit für geeignetes Verhalten zeigen
- Zeitüberschreitung als Disziplinierungstechnik: ein konsequentes Beenden der Spielzeit, wenn die Zeit vorüber ist
- Problemlösungen: das Problem des Kindes steht im Zentrum
- Konsequente Reaktionen: Folgen für schlechtes Verhalten der Kinder konsequent einhalten
- Präsentation von sozialen Fähigkeiten bzw. Verhalten seitens der Eltern gegenüber das Kind
- Präsentation der kognitiven oder akademischen Fähigkeiten für das Kind
- Vorgegebene Behandlungsstruktur und Protokolle
- Modelllernen: Live Demonstrationen von elterlichem Verhalten
- Hausübungen für die Eltern, entweder in schriftlicher oder verbaler Form
- Rollenspiele
- Übungen mit dem eigenen Kind
- Getrennte Anweisungen für das Kind, Verhaltenstraining getrennt von Erwachsenen
- Hilfsservices: ergänzende Programme für die Gesundheit, Stressmanagement, Substanzmissbrauch

In Abbildung 12 wird eine, der fünf Kategorien der Messergebnisse der Eltern näher bezüglich der vorhin genannten Programmkomponenten betrachtet.

Es wird die Kategorie des elterlichen Verhaltens, da es den niedrigsten Effektivitätswert erzielt hat, genauer hinsichtlich aller Komponenten betrachtet, um zu klären, welche Komponente des elterlichen Verhaltens für die Effektivität des Programms ausschlaggebend ist. Zusätzlich werden zu jeder Komponente zwei Effektivitätsgrößen angegeben, eine für die Effektivität des Programms, wenn es diese Komponente enthält und eine, wenn es diese nicht enthält.

Program component or strategy	Effect size (SE) for programs with this component	Effect size (SE) for programs without this component
Child development knowledge and care	0.37 (0.05)	0.41 (0.05)
Positive interactions with child	0.39 (0.04)	0.38 (0.06)
Responsiveness, sensitivity, and nurturing	0.39 (0.09)	0.39 (0.03)
Emotional communication	1.47 (0.17) ^a	0.35 (0.03) ^a
Disciplinary communication	0.45 (0.05)	0.35 (0.04)
Positive reinforcement	0.38 (0.05)	0.40 (0.04)
Time out	0.52 (0.08)	0.36 (0.04)
Problem solving	0.13 (0.11) ^a	0.41 (0.03) ^a
Consistent responding	0.59 (0.10) ^a	0.36 (0.03) ^a
Promoting children's social skills	0.23 (0.07) ^a	0.42 (0.04) ^a
Promoting children's cognitive/academic skills	0.29 (0.05) ^a	0.48 (0.05) ^a
Curriculum or manual	0.38 (0.04)	0.40 (0.07)
Modeling	0.36 (0.05)	0.41 (0.04)
Homework	0.39 (0.05)	0.38 (0.04)
Role play	0.45 (0.05)	0.35 (0.04)
Practice with own child	0.91 (0.11) ^a	0.33 (0.03) ^a
Separate child instruction	0.37 (0.05)	0.41 (0.05)
Ancillary services	0.30 (0.04) ^a	0.61 (0.06) ^a

Abbildung 12 – Komponentenvergleich bezüglich dem Messergebnis elterliches Verhalten,
(Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.578)

Drei Komponenten produzieren signifikant positive Werte und zeigen, dass ihre Gegenwart für erfolgreiche Elterntrainingsprogramme wichtig ist: Emotionale Kommunikation, Üben mit dem eigenem Kind sowie konsequentes Verhalten der Eltern.

Vier Komponenten erzielen signifikant negative Werte, sie stehen in Verbindung mit weniger erfolgreichen Programmen: Problemlösen, das Lernen der Kinder von akademischen, kognitiven und auch sozialen Fähigkeiten sowie begleitende Services. Das bedeutet, dass Elterntrainingsprogramme die diese vier Komponenten enthalten weniger effektiv sind, als jene die diese Komponenten nicht enthalten.

Jene Elterntrainingsprogramme, in denen Eltern emotional mit ihrem Kind kommuniziert hatten, erzielten den höchsten Effektivitätswert von 1,47. Das bedeutet, dass Programme, in denen sich Eltern empathisch einfühlend und aktiv zuhörend ihrem Kind gegenüber verhalten hatten, am Effektivsten waren.

In Abbildung 13 wird die Kategorie des externalisierten Verhaltens des Kindes, da es einen geringen Effektivitätswert erzielt hat, näher bezüglich der verschiedenen Programmkomponenten betrachtet. Zusätzlich zu jeder Komponente werden wieder zwei Effektivitätsgrößen angeführt. So lässt sich genau erkennen, welche Komponenten eine Verbesserung des externalisierten Verhaltens des Kindes erzielen.

Program component or strategy	Effect size (SE) for programs with this component	Effect size (SE) for programs without this component
Child development knowledge and care	0.25 (0.05)	0.24 (0.04)
Positive interactions with child	0.36 (0.04) ^a	0.13 (0.04) ^a
Responsiveness, sensitivity, and nurturing	0.58 (0.11) ^a	0.22 (0.03) ^a
Emotional communication	0.03 (0.06) ^a	0.33 (0.04) ^a
Disciplinary communication	0.24 (0.04)	0.25 (0.05)
Positive reinforcement	0.23 (0.04)	0.27 (0.05)
Time out	0.54 (0.06) ^a	0.15 (0.03) ^a
Problem solving	0.49 (0.10) ^a	0.22 (0.03) ^a
Consistent responding	0.22 (0.05)	0.26 (0.04)
Promoting children's social skills	0.02 (0.04) ^a	0.38 (0.04) ^a
Promoting children's cognitive/academic skills	0.27 (0.05)	0.23 (0.04)
Curriculum or manual	0.21 (0.03) ^a	0.45 (0.08) ^a
Modeling	0.39 (0.05) ^a	0.16 (0.04) ^a
Homework	0.20 (0.04)	0.31 (0.05)
Role play	0.25 (0.04)	0.25 (0.05)
Practice with own child	0.69 (0.08) ^a	0.18 (0.03) ^a
Separate child instruction	0.21 (0.04)	0.28 (0.04)
Ancillary services	0.16 (0.03) ^a	0.51 (0.06) ^a

Abbildung 13 – Komponentenvergleich bezüglich dem Messergebnis kindliches externalisiertes Verhalten, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.579)

Vier Komponenten erzielten negative Effektivitätswerte für das Programm: Emotionale Kommunikation; das Lernen von sozialen Fähigkeiten; Verwendung eines gezielten Behandlungsplans und zusätzliche Services.

Um Veränderungen beim externalisierten Verhalten des Kindes zu erzielen, reichen demnach eine emotionale Kommunikation, das Lernen von sozialen Fähigkeiten und zusätzliche Services für die Eltern nicht aus um Veränderungen beim Kind zu erzielen.

Vier Komponenten erzielen signifikant positive Effektivitätsgrößen auf das externalisierte Verhalten des Kindes: Positive Interaktionen mit dem Kind, Zeitüberschreitung als Disziplinierungstechnik, positive Aufmerksamkeit und Üben mit dem eigenem Kind. Wenn Eltern ihren Kindern mit Interesse und Zuneigung begegnen, konsequent auf nicht geeignetes Verhalten reagieren, dem Kind die Führung während der Spielaktivität übergeben und diese Verhaltensweisen auch regelmäßig in einer dafür ausgewiesenen Spielzeit mit dem Kind üben, wirkt sich das positiv auf das externalisierte Verhalten des Kindes aus.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass folgende Komponenten bei der Steigerung elterlicher Aktivität und Zuneigung zum Kind sowie bei der Reduzierung des problematischen Verhaltens des Kindes helfen können: die der positiven Interaktion, der emotionalen Kommunikation und des Übens mit dem eigenen Kind, die Qualität der Eltern- Kind- Beziehung zu verbessern.

IX. Zusammenfassung der Ergebnisse

Heutzutage reagieren Eltern in Konfliktsituationen ihrem Kind gegenüber vermehrt mit „Missachtung- Kälte- Härte“ (Tausch & Tausch, 1998, S. 133). Eine gängige Erziehungsmethode der Eltern sind Strafen, die allerdings laut Gordon (2007) vielmehr aggressives Verhalten bei Kindern fördern, als dass sie es verhindern. Des weiteren nimmt auch die Anzahl der Kinder, die an emotionalen und sozialen Problemen oder Verhaltensstörungen leiden zu.

Der personenzentrierte Ansatz von Rogers geht davon aus, dass ein Mangel an „einfühelndem Verständnis“, „unbedingter Anerkennung“ und „kongruentem Verhalten“ seitens der Eltern als Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes betrachtet werden kann (Schmidtchen, 2001).

Um die Entwicklung des Kindes zu fördern und in weiterer Folge die emotionalen Probleme des Kindes zu minimieren, sollte daher bei den Einstellungen und den Erziehungsfähigkeiten der Eltern angesetzt werden. Laut Goetze (2002) stellt die Filialtherapie eine gute Möglichkeit dar um „die Erziehungskompetenzen“ der Eltern „zu steigern“, da mithilfe dieses Konzepts „familiäre Selbsthilfepotenziale aktiviert“ werden (S. 465). Allerdings findet die Filialtherapie derzeit hauptsächlich in den USA, Großbritannien und Nordirland Anwendung. Trotz Goetzes Versuch diese Therapieform zu Beginn des 21. Jahrhunderts auch in Deutschland zu etablieren, ist sie im deutschsprachigen Raum bislang kaum bekannt. Woran mag das liegen? Ist die Filialtherapie vielleicht doch nicht so wirksam wie die Spieltherapie nach Axline?

Die Filialtherapie ist 1964 von Bernard Guerney in den USA entwickelt worden und stellt eine spezielle Form der personenzentrierten Spieltherapie dar, die bei Kindern zwischen zwei und zehn Jahren angewendet wird. Sie beinhaltet einen Ansatz für die gesamte Familie, bei der die Eltern als therapeutische Vertreter Spielsitzungen mit ihrem Kind durchführen. (Landreth, 2002).

Die Filialtherapie basiert auf den gleichen grundlegenden Prinzipien wie die Spieltherapie bei Axline, auch hier wird das Spiel als Ausdrucksmittel für die Probleme des Kindes verwendet. Im Unterschied zur Therapie bei Axline wird allerdings bei der Filialtherapie den Eltern ermöglicht eine hilfreiche Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, um die Persönlichkeitsentwicklung ihres Kindes zu fördern,

anstatt wie üblich dem Therapeuten diese Arbeit zu überlassen. Die Eltern erfahren in wöchentlichen Filialtrainingssitzungen wie sie die kindzentrierten Spieltherapieprinzipien und Fähigkeiten, wie beispielsweise das empathische Verstehen, in den zu Hause stattfindenden Spielsitzungen durchführen können.

Das kindzentrierte Verhalten ist durch Nicht- Direktivität gekennzeichnet, es sollen weder Fragen des Kindes beantwortet werden noch sollten Eltern ihrerseits Fragen stellen, um dem Kind die Verantwortung und Führung der Sitzung zu überlassen. Beim Setzen der Grenzen ist es einerseits wichtig, dass die Eltern dem Kind zeigen, dass seine Gefühle und Wünsche akzeptiert werden. Andererseits ist es wesentlich dem Kind alternative Verhaltensweisen anzubieten, um ihm Möglichkeiten zu präsentieren, wie es seine Gefühle auf angemessenere Art und Weise ausdrücken kann (Landreth, 2002).

Die Eltern erhalten in der Filialtherapie die gleiche Art von Training in den spieltherapeutischen Techniken wie die Spieltherapeuten selbst. Der einzige Unterschied liegt in der Intensität und der Länge des Trainings. Da die Eltern in der Regel über keine Spieltherapieausbildung verfügen, können sie keine derart tiefe emotionale Anteilnahme an der kindlichen Welt zeigen wie Spieltherapeuten und infolgedessen ist die Spielsitzung in der Filialtherapie nicht so intensiv wie in der Spieltherapie (Landreth, 2002).

Ein Vorteil der Filialtherapie ist allerdings, dass die Eltern ihr neuerworbenes Wissen über die kindzentrierten Verhaltensweisen von der Spielsitzung in den Erziehungsalltag übertragen können. Eltern lernen, ihren Kindern abhängig vom Alter unterschiedlich viele Entscheidungsfreiheiten in Form von Wahlmöglichkeiten anzubieten. Kinder können so in einem, von den Eltern vorgegebenen Rahmen Entscheidungen treffen (Landreth & Bratton, 2006). Diese Übertragungsmöglichkeit von der Spielsitzung in den Erziehungsalltag fehlt bei Axline, da die Eltern nicht in die Spieltherapie ihrer Kinder miteinbezogen werden.

Die therapeutischen Ziele der Spieltherapie ähneln denen der Filialtherapie, sie beinhalten bei den Kindern eine Reduktion von Symptomen, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und eine Zunahme von positiven Gefühlen, Selbstachtung und Selbstvertrauen.

Im Unterschied zur Spieltherapie nach Axline verfolgt die Filialtherapie aber auch therapeutische Ziele für die Eltern, nämlich ein größeres Verständnis und mehr Akzeptanz für die emotionale Welt des Kindes, die Entwicklung von realistischeren Wahrnehmungen von sich selbst und dem Kind, die Entwicklung von effektiveren elterlichen Fähigkeiten und nicht zuletzt auch die Wiederentdeckung der Freude am Elternsein (Landreth & Bratton, 2006).

Das bedeutet, dass das filialtherapeutische Konzept nicht alleine die Verhaltensweisen der Kinder verändert, sondern zum größten Teil die Einstellungen und Interaktionsformen der Eltern gegenüber ihren Kindern beeinflusst.

Die Filialtherapie trägt dadurch zur Stärkung der Eltern- Kind- Beziehung, zur Verbesserung der Familieninteraktion, sowie zur Entwicklung von Vertrauen, Sicherheit und Nähe in der gemeinsamen Beziehung bei (Landreth & Bratton, 2006).

Die Rolle der Eltern als therapeutischer Vertreter wird allerdings von Kritikern oft skeptisch betrachtet. Wie im 4. Kapitel erörtert worden ist, spielen die Eltern eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Entwicklungsstörungen bei ihrem Kind. Unter Entwicklungsstörungen werden im personenzentrierten Ansatz Selbstkonzeptstörungen verstanden. Wenn die Bezugsperson die Erfahrungen und Bedürfnisse des Kindes nicht empathisch verstehen und bedingungslos wertschätzen kann, werden diese Erfahrungen vom Kind als Bedrohung für sein Selbstkonzept erlebt und nicht in dieses integriert (Biermann- Ratjen, 2002; Stumm, 2002). Je mehr inkongruente Erfahrungen erlebt werden, desto instabiler wird das Selbstkonzept. Als Konsequenz entsteht eine Selbststrukturstörung bzw. eine Entwicklungsstörung (Hufnagel & Fröhlich- Gildhoff, 2002).

Das bedeutet, je nachdem in welchem Ausmaß die bedingungslose Anerkennung, das empathische Verstehen und die Kongruenz von den Eltern gelebt und auch von den Kindern wahrgenommen wird, kann es zu einer Förderung bzw. Beeinträchtigung des kindlichen Selbstkonzeptes kommen.

Obwohl die Eltern als der primäre Auslöser von Entwicklungsstörungen bei ihrem Kind angesehen werden, werden sie dennoch in der Filialtherapie als therapeutische Vertreter eingesetzt. Die Frage, die sich stellt wäre, ob sich die Symptome des Kindes nicht verschlechtern, da die Eltern der Auslöser der Probleme des Kindes sind.

Guerney (1964) betont, dass der filialtherapeutische Ansatz nicht leugnet, dass die Eltern zu den Problemen ihres Kindes beigetragen haben. Es werden jedoch die Ursachen der Probleme des Kindes auf einen Mangel an kindzentrierten erzieherischem Wissen der Eltern zurückgeführt. Werden die Eltern über die kindzentrierten Prinzipien und Verhaltensweisen aufgeklärt, so können die Eltern gemäß der Filialtherapie ihren Mangel ausgleichen und sich positiv auf das familiäre Interaktionsverhalten auswirken werden.

Die Filialtherapie richtet ihren Fokus nicht auf die Vergangenheit, in der die gegenwärtigen Probleme des Kindes begründet liegen, sondern auf die Zukunft und das Erlernen von neuen Einstellungen und Verhaltensweisen (Guerney, 1964). Da in der Filialtherapie entwicklungsbeeinträchtigende Interaktionsformen in der Eltern-Kind- Beziehung in den Mittelpunkt gestellt und Alternativen zu den herkömmlichen elterlichen Verhaltensweisen aufgezeigt werden, wird es den Eltern ermöglicht negative Muster zu verändern. (Guerney, 1964).

Der filialtherapeutische Ansatz geht davon aus, dass fast alle Eltern fähig sind die Prinzipien und kindzentrierten Fähigkeiten zu verstehen und anzuwenden. Sie müssen laut Guerney (1964) auch nicht frei von eigenen Konflikten sein, dürfen jedoch psychisch nicht so eingeschränkt sein, dass ein Verstehen und Ausfüllen der grundlegenden kindzentrierten Fähigkeiten nicht möglich wäre. Doch wie erkennt der Therapeut, dass die Eltern für eine Filialtherapie nicht geeignet sind? Reicht ein Vorgespräch aus um sich ein Bild über die psychische Verfassung eines Menschen zu machen?

Ein Aspekt, den es zu beachten gilt, wäre, ob die Eltern, auch wenn sie die filialtherapeutischen Prinzipien verstehen, bereit sind diese anzuwenden. Vielleicht lassen die Eltern es nicht zu, dass ihre traditionellen Erziehungsmethoden korrigiert werden? Hier betont Guerney (1964), dass der filialtherapeutische Ansatz die Erziehungsfähigkeiten der Eltern nicht angreift, vielmehr werden ihnen bestimmte kindzentrierte Prinzipien und Techniken, die sie als „Spieltherapeuten“ benötigen, vermittelt. Es wird die 30- minütige Spielsitzung mit dem Kind sogar von dem Erziehungsalltag abgegrenzt und verlangt, dass die Eltern die neuen Verhaltensweisen nur in diesen ausgewiesenen Sitzungen beim Kind anwenden sollen.

Nachdem die Eltern sich an die kindzentrierten Einstellungen gewöhnt haben, übertragen sie diese jedoch automatisch in den Erziehungsalltag. Sobald dies geschehen ist, motiviert der Therapeut die Eltern, in Form von speziellen Hausübungen, die kindzentrierten Verhaltensweisen auch außerhalb der Spielstunden anzuwenden (Landreth & Bratton, 2006). Die Übertragung des neuen Erziehungsverhaltens in den Alltag stellt nämlich ein indirektes Ziel der Filialtherapie dar.

Ein weiterer Aspekt der diskutiert werden soll, wäre, ob die Eltern die kindzentrierten Prinzipien und Verhaltensweisen, die ihnen in der Trainingsstunde vermittelt wurden auch richtig in der Spielsitzung bei ihrem Kind anwenden. Werden die Eltern zu Hause überprüft oder können sie machen was sie wollen?

Die Filialtherapeuten beobachten zwar nicht persönlich die Spielsitzung, die die Eltern mit ihrem Kind führen, allerdings bleibt das Verhalten der Eltern nicht unbeobachtet, da sie die Sitzungen mittels Videokamera aufzeichnen müssen. Die Aufnahme stellt dann eine Möglichkeit dar, das Verhalten der Eltern zu „überprüfen“ und zu kommentieren. In einer wöchentlich stattfindenden Trainingssitzung können jedoch nur ein bis zwei Aufzeichnungen angesehen und in der Gruppe besprochen werden. Innerhalb von 10 Wochen bleibt daher nicht genügend Zeit um jede einzelne Spielsitzung eines Elternteils anzusehen. Jedes Elternteil kann demnach maximal drei mal sein Video präsentieren, die restlichen Spielsitzungen bleiben unkommentiert. Den Fortschritt eines Elternteils kann der Therapeut allerdings auch in der Trainingsstunde durch regelmäßig stattfindende Rollenspiele feststellen.

Der Zeitraum von 10 Wochen schien zunächst noch sehr kurz um Eltern in den kindzentrierten Fähigkeiten und Prinzipien auszubilden und auch noch eine Veränderung bei den Eltern und ihrem Kind herbeizuführen. Doch aufgrund der, speziell auf die Inhalte der jeweiligen Sitzung, abgestimmten Hausübungen (s. 7.Kapitel), ist es nach der Meinung der Autorin vorstellbar, dass diese Zeitspanne ausreichen könnte um einen wahrnehmbaren Erfolg zu erzielen. Die Eltern werden auch nach diesen 10 Wochen mit ihrem neuerworbenen Wissen nicht alleine gelassen. Nach zwei bis drei Monaten wird ein weiteres Gruppentreffen mit dem Therapeuten vereinbart.

Außerdem besteht für die Eltern auch die Möglichkeit an einem fortgeschrittenen Filialtherapiekurs teilzunehmen, um die erlernten kindzentrierten Fähigkeiten zu wiederholen und zu schulen sowie den Spielprozess genauer zu untersuchen. Es wird dort auch mehr Zeit für die Anwendung der kindzentrierten Fähigkeiten außerhalb der Spielsitzung investiert. Um daran teilnehmen zu können schickt der Therapeut jedem Elternteil in einer Zeitspanne von mehreren Jahren eine persönliche Einladung (Landreth & Bratton, 2006).

Die letzte Frage, die es vor der Präsentation der Studienergebnisse noch zu betrachten gilt, wäre: Wie geht der Therapeut mit Eltern um, die aus beruflichen Gründen unregelmäßig die wöchentlichen Trainingssitzungen besuchen, die vom Therapeuten aufgetragenen Hausübungen nicht erledigen oder die Spielsitzungen mit ihrem Kind selten durchzuführen?

Für die Wirksamkeit der Filialtherapie ist es laut Guerney (1964) wichtig, dass der Therapeut die Sichtweise der Eltern begreift. Deshalb ist eine Aufgabe des Therapeuten die Eltern zu ermutigen ihre Gefühle in Bezug auf sich und ihre Kinder auszudrücken. Das Aussprechen ihrer innersten Gefühle in der Filialtherapie hilft den Eltern Konflikten, die eventuell sonst zu Hause aufgetreten wären, vorzubeugen (Landreth, 2002). Die Aufgabe des Therapeuten besteht auch darin, für die Eltern den Bezug zwischen den Hausübungen und den kindlichen Problemen herzustellen und somit ihre Relevanz zu verdeutlichen. Ein persönliches Gespräch mit dem Therapeuten offenbart die, für das Nichtausführen der Spielsitzung verantwortlichen, verborgenen Gründe (Landreth & Bratton, 2006). Die Hilfe des Therapeuten wird auch dann benötigt, wenn die Eltern die neuen Fähigkeiten im Umgang mit ihrem Kind kennen gelernt und verstanden haben und sie anschließend merken, dass es nicht so einfach ist dieses neuerworbene Wissen anzuwenden. Es beginnt ein Prozess, in dessen Verlauf die Eltern über sich selbst reflektieren und über ihre intrapsychischen Probleme sprechen (Guerney & Stover, 1972).

Therapeuten sind daher für die Filialtherapie nicht wegzudenken und ihre Arbeit beschränkt sich auch nicht nur auf die des Trainers von kindzentrierten Prinzipien, sondern dehnt sich auch auf die Tätigkeit des Supervisors und Erwachsenentherapeuten aus (Guerney & Stover, 1972).

Ob die Filialtherapie Wirkung zeigt, hängt daher einerseits von der Persönlichkeit und den Fähigkeiten des Therapeuten und andererseits von den Einstellungen der Eltern ab.

Wie die einzelnen Forschungsstudien im 8. Kapitel gezeigt haben, wird die Filialtherapie zur Behandlung der unterschiedlichsten Probleme des Kindes eingesetzt. Die positiven Auswirkungen auf die Kinder, die Eltern und die Eltern- Kind-Beziehung (s. 5. Kapitel) konnten durch die Studien bestätigt werden. Aufgrund der von den Eltern gelernten kindzentrierten Prinzipien und Verhaltensweisen reduzierten sich die Symptome des Kindes, wodurch sich die Eltern weniger belastet fühlten und sich in der Folge stärker auf die Bedürfnisse ihres Kindes einlassen und in bestimmten Situationen auch ihrem Kind die Kontrolle überlassen konnten. Dadurch gelang es den Kindern Selbstvertrauen, Selbstachtung sowie Selbstverantwortung zu entwickeln um schließlich ihr Selbstkonzept positiv zu verändern (Landreth und Bratton, 2006).

Für einen aussagekräftigen Effektivitätsbeleg der Filialtherapie reicht jedoch jede Studie für sich allein genommen nicht aus. Deshalb ist auch auf zwei Metaanalysen eingegangen worden. Die Metaanalyse von Bratton, Ray, Rhine und Jones (2005), die einen Überblick über 50 Jahre Spieltherapieforschung liefert, präsentiert Effektivitätswerte von Spieltherapien und Filialtherapien. Die 22 teilgenommenen Filialtherapiestudien erzielten einen Effektivitätswert von 1,15 im Vergleich zu 67 Spieltherapiestudien mit einem Wert von 0,72. Wenn Kinder Spielsitzungen mit ihren Eltern durchführen, wird anscheinend ein besseres Ergebnis erzielt als mit Therapeuten. Beachtet werden muss jedoch die Anzahl der Studien, die miteinander verglichen werden. Bei der Spieltherapie nahmen drei mal so viele Studien teil, wie bei der Filialtherapie. Demnach werden weitere Forschungen benötigt um diese Werte zu bestätigen.

Der nächste Aspekt der untersucht worden ist, war die Dauer der Behandlung. Für eine effektive Spieltherapie sind aufgrund der Intensitätszunahme der Gefühle des Kindes innerhalb der ersten Therapiewochen laut Bratton et al. (2005) mindestens 35 Sitzungen notwendig. Überraschend ist, dass die Filialtherapie, obwohl sie mit etwa sieben Beratungen eine fünfmal geringere Anzahl an Therapiesitzungen benötigt, einen größeren Behandlungseffekt als die Spieltherapie aufweist.

Es scheint, als ob die optimale Anzahl von Sitzungen, die den größten Behandlungseffekt zeigt, geringer ist, wenn Eltern die Spielsitzung durchführen, als wenn Therapeuten diese ausführen.

Die Metaanalyse von Bratton et al. (2005) prüfte auch, bei welchen speziellen Problemen von Kindern spieltherapeutische Interventionen wirksam sind. Folgende Bereiche, in denen Veränderungen erzielt worden sind, werden unterschieden: Verhalten, soziale Einstellung, Persönlichkeit, Angst, Familieninteraktionen und Entwicklungsförderung. Der größte Behandlungseffekt wurde im Bereich der Familieninteraktion mit einem Wert von 1,12 erreicht. Der zweithöchste Wert stammt aus dem Bereich der Entwicklungsförderung mit 0,90. Beide Veränderungen wurden laut Bratton et al. (2005) in der Filialtherapie erzielt.

Für die Eltern- Kind- Interaktionen und die Entwicklung des Kindes ist demnach der filialtherapeutische Ansatz am wirksamsten.

Es kann daher gesagt werden, dass in der Metaanalyse von Bratton et al. (2005) die Filialtherapie, obwohl sie weniger Sitzungen mit dem Kind durchführt, effektiver ist als die Spieltherapie. In der Filialtherapie zeigen sich beim Kind größere Veränderungen als in der Spieltherapie, vor allem im Bereich der Entwicklung des Kindes und der Eltern- Kind- Interaktion.

Bratton et al. (2005) kommen daher zu folgendem Ergebnis “if a child and a parent are both firm candidates, filial therapy would be the most effective intervention” (S. 386).

Es werden zukünftige Forschungen notwendig sein, um von der Individuellen Spiel- bzw. Filialtherapie genauere Beschreibungen bezüglich des Alters und gegenwärtiger Probleme des Kindes zu erhalten, damit ein gezielter Vergleich beider Therapieformen stattfinden kann (Bratton et al., 2005).

Obwohl die Ergebnisse für die Eltern als Therapeuten sehr gut hinsichtlich ihrer Effektivität in der Behandlung des Kindes ausgefallen sind, darf nicht auf andere Einflüsse, die für den Erfolg der Filialtherapie mitverantwortlich sind, vergessen werden:

Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Einstellung der Eltern und das Problem des Kindes wichtige Faktoren für die Wirksamkeit der Filialtherapie sind.

Nach Bratton et al. (2005) haben verschiedene Kindertherapeuten die Erfahrung gemacht, dass viele Eltern unwillig oder unmotiviert sind an der Filialtherapie teilzunehmen.

Themen wie Schuld, Ärger, Zeit und Geld sind gemäß Bratton et al (2005) die Gründe für die Nichtbeteiligung der Eltern. Wie im 6. Kapitel behandelt worden ist, kommt es auch vor, dass Eltern die Hausübungen, die ihnen im Filialtraining aufgetragen worden sind, nicht erledigen, da sie entweder keine Zeit dafür aufbringen können oder keine Notwendigkeit darin sehen.

Um jedoch innerhalb von 10 Wochen eine Verbesserung im kindlichen Verhalten zu erzielen, ist es unumgänglich, dass die Eltern zuerst die kindzentrierten Spieltherapieprinzipien verinnerlichen, was ohne regelmäßiges Training kaum zu bewältigen ist. Die Bereitschaft und der Wille der Eltern zur vollen Beteiligung am Training stellt demnach eine grundlegende Voraussetzung für einen erfolgreichen Abschluss der Filialtherapie dar (Landreth & Bratton, 2006).

Zusätzlich zu den Befürchtungen der Eltern, die eine Teilnahme an der Filialtherapie verhindern oder erschweren, kann es auch vorkommen, dass ein bestimmtes Kind, aufgrund einer zu schweren emotionalen Beeinträchtigung, für diesen Ansatz nicht geeignet ist, da es die Kapazitäten der Eltern übersteigen würde. Hier wäre dann eine Spieltherapie zweckmäßiger (Bratton et al., 2005).

Bratton et al. (2005) geben auch zu bedenken, dass der Erfolg der Filialtherapie auch mit der Art von Problemen, welche die Eltern im Vergleich zu den Therapeuten behandelt haben, zusammenhängen könnte. Die Therapeuten übernehmen nach Bratton et al. (2005) auch schwierigere Fälle, während Eltern nur dann eine Filialtherapie durchführen, wenn die Probleme des Kindes ihre Kapazitäten nicht übersteigen.

Bezüglich der Effektivität der Filialtherapie scheint sich laut Bratton et al. (2005) noch eine andere Variable auf die Ergebnisse auszuwirken. Durch einzelne Filialtrainingsprotokolle von individuellen Studien entdeckten Bratton et al. (2005), dass bei jenen Studien, bei denen Eltern direkt von Landreth oder Guerney das Filialtraining erhalten hatten, die höchsten Effektivitätswerte erzielt worden waren. Dies verdeutlicht, dass der Erfolg der Filialtherapie auch von der Person des Therapeuten, seinen Einstellungen und Fähigkeiten den Eltern die kindzentrierten

Prinzipien zu vermitteln sowie seinen Erfahrungen in der Supervision und dem gut strukturierten Trainingsablauf abhängig ist.

Auch wenn die Filialtherapie bei der Metaanalyse von Bratton et al. (2005) gegenüber der Spieltherapie sehr gut abgeschnitten hat, bedeutet das nicht, dass sie dieser immer vorzuziehen ist. Es gibt Fälle, in denen Eltern psychisch oder mental nicht in der Lage sind, die Rolle des Therapeuten zu übernehmen, wie beispielsweise bei kürzlich erlebten Traumata, Substanzmissbrauch oder Depressionen (s. Kapitel 5). Diese Eltern benötigen zunächst eine eigene Psychotherapie, bevor sie fähig werden die kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten zu erlernen und bei ihren Kindern anzuwenden.

In der zweiten Metaanalyse von Wyatt Kaminski und Valle (2008) sind einzelne Komponenten von Elterntrainingsprogrammen hinsichtlich ihrer Effektivität als Präventions- oder Behandlungsansatz von Problemen bei Kindern untersucht worden. Beispielsweise wurden folgende Programmkomponenten untersucht: die emotionale Kommunikation: d.h. Training von aktivem Zuhören und Reflektieren von dem Gesagten des Kindes, disziplinäre Kommunikation: klare Anweisungen der Eltern, Aufstellung von Regeln und Verhaltensvorschriften und Hausübungen für die Eltern.

Wyatt Kaminski und Valle (2008) haben herausgefunden, dass Elterntrainingsprogramme im Allgemeinen eine größere Wirkung auf die Eltern als auf die Kinder haben.

Jene Elterntrainingsprogramme, in denen Eltern emotional mit ihrem Kind kommuniziert hatten, erzielten den höchsten Effektivitätswert von 1,47. Das bedeutet, dass Programme, in denen sich Eltern empathisch einfühlend und aktiv zuhörend ihrem Kind gegenüber verhalten hatten, am effektivsten waren. Am zweit effektivsten mit einem Wert von 0,91 waren Elterntrainingsprogramme, bei denen Eltern ihre neu gelernten Verhaltensweisen in einer Spielsitzung mit ihrem Kind anwenden konnten. Am wenigsten effektiv mit einem Wert von 0,13 waren Elterntrainingsprogramme, die ihren Fokus auf das Problemlösen legten. Weniger erfolgreich mit einem Wert von 0,23 waren auch Programme, bei denen Kindern soziale und kognitive Fähigkeiten gelehrt wurden.

Da bei der Filialtherapie die effektivsten Komponenten, nämlich die emotionale Kommunikation und die Anwendung mit dem Kind, einen wesentlichen Kern des Konzepts ausmachen und bei dieser Therapie nicht das Problem des Kindes im Zentrum steht und daher die Komponente des Problemlösens nicht zum Tragen kommt, kann daraus geschlossen werden, dass die Filialtherapie ein effektives Elterntrainingsprogramm darstellt.

Um die einzelnen Elterntainingsprogramme miteinander zu vergleichen, werden jedoch weitere Forschungen benötigt, die eine Zuordnung der Programmkomponenten zu den jeweiligen Trainingsprogrammen erlauben.

Außerdem sind um die Wirksamkeit der Filialtherapie von allen Seiten zu beleuchten eingehendere Untersuchungen der Wahrnehmung der Filialtherapie durch das Kind erforderlich, die allerdings auf andere Art und Weise als bei Cleveland und Landreth (1997) durchgeführt werden müssten. Diese waren nämlich nicht sehr erfolgreich bei ihren Versuchen die Kinder einzuladen über ihre Gefühle zu sprechen (Landreth & Bratton, 2006).

Aufgrund der Ergebnisse der Studien und der Metaanalysen kann gesagt werden, dass Eltern, die jene in der Filialtherapie gelernten kindzentrierten Verhaltensweisen in der Interaktion mit ihrem Kind aufrechterhalten, nicht nur langfristig die Entwicklung ihres Kindes fördern, sondern auch emotionalen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes vorbeugen. Goetzes Aussage (2001, 2002), dass die Filialtherapie eine gute Möglichkeit darstellt um den Eltern neue „Erziehungskompetenzen“ zu vermitteln, wird durch diese Arbeit bestätigt.

Landreth (2002) ist sogar der Meinung, dass die Filialtherapie viel dazu beitragen kann die Welt zu verändern. Da die Eltern die kindzentrierten Prinzipien und Fähigkeiten in ihrer Erziehung anwenden, werden laut Landreth (2002) auch deren Kinder diese beibehalten und infolge dessen bessere Eltern sein. Somit werden diese Fähigkeiten von Generation zu Generation weitergeben.

Bratton et al. (2005) gehen noch weiter als Landreth und schlagen vor, das filialtherapeutische Konzept auch auf andere Bereiche auszudehnen, da es in kürzester

Zeit höchst effektiv ist und auch Potential zur Prävention von zukünftigen familiären Problemen bietet.

„Certainly, this research strongly supports the adoption of filial therapy as an effective therapeutic modality in working with children. And, again, managed care providers should be made aware of the existence of a therapy model that not only can be greatly effective in a relatively short amount of time but also provides the additional benefit of serving to prevent future problems by impacting the family system”. (Bratton et al., 2005, S. 386)

Die Forschungsfrage kann demnach wie folgt beantwortet werden: Eine Filialtherapie durch die Eltern eignet sich als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind, wenn sowohl die Eltern als auch das Kind geeignete Kandidaten dafür sind.

Das bedeutet, dass die Filialtherapie eine effektive Therapieform darstellt um Probleme bei Kindern zu behandeln, wenn die Eltern gewillt und psychisch in der Lage sind die kindzentrierten Prinzipien zu erlernen, bei ihrem Kind anzuwenden und die Probleme des Kindes die Kapazitäten der Eltern nicht übersteigen.

Auch wenn nun die Effektivität des filialtherapeutischen Konzepts geklärt ist, stellt sich noch die Frage, wie die Eltern in Österreich von der Filialtherapie erfahren sollen, wenn es bis jetzt nur einen Filialtherapeuten in Deutschland gibt. Warum ist die Filialtherapie im deutschsprachigen Raum eigentlich noch so unbekannt, obwohl sie schon 1964 von Guernsey in den USA entwickelt wurde?

Nach Präsentation der Studien und Metaanalysen scheint die Frage der Effektivität der Filialtherapie hierbei keine Rolle zu spielen. Nach Meinung der Autorin könnte vielmehr die späte Anerkennung der Filialtherapie in Amerika vor ca. 17 Jahren dazu beigetragen haben, dass der filialtherapeutische Ansatz im deutschsprachigen Raum noch kaum Verbreitung gefunden hat. Denn als die Filialtherapie in den 60er des 20. Jahrhunderts entwickelt wurde, gab es viele Barrieren. Zu dieser Zeit war Freuds Einfluss noch sehr stark, wodurch die meisten Behandlungen individuell durchgeführt worden waren. Die interpersonelle Arbeit mit mehreren Familienmitgliedern war noch neu. In den 70er Jahren erschwerte die Verhaltenstherapie, die als Allheilmittel präsentiert wurde die Etablierung der Filialtherapie. Erst in den 90er Jahren erlangte

die Filialtherapie durch Landreths Studien mit seinem 10- Wochentherapiemodell allgemeine Anerkennung (Guerney, 2000).

Da erst in den 90er Jahren das neue 10-Wochenfilialtherapiemodell erforscht worden ist und erst 2005 von Bratton et al. eine Metaanalyse, welche die Effektivität der Filialtherapie bestätigt, publiziert worden ist, kann es nur eine Frage der Zeit sein bis sich das filialtherapeutische Konzept auch in Österreich etablieren kann.

Vorweg sollte jedoch der Frage nachgegangen werden, ob die Eltern überhaupt an einer Filialtherapie teilnehmen würden, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Laut einer 1997 durchgeführten Untersuchung von Bodenmann und Schumacher zeigte sich nämlich,

„dass 90% der untersuchten Eltern angaben, Probleme lieber alleine lösen zu wollen und 75% meinten, die Einmischung von anderen in familiäre Belange (Partnerschaft, Erziehung) sei nicht wünschenswert. Ein Drittel der befragten Eltern zeigte explizit kein Interesse an Präventionskursen, wobei insbesondere die Männer eine relativ starke Ablehnung aufwiesen. Es zeigte sich auch in dieser Untersuchung, dass viele erst dann Hilfe in Anspruch nehmen, wenn es sich bereits um akute und gravierende Probleme handelt, während niederschwellige, präventive Hilfen auf bescheidene Akzeptanz stossen“. (Bodenmann, 2003, S. 455)

Das bedeutet, dass das Interesse und die Bereitschaft der Eltern die Filialtherapie als effektive Methode zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind zu nutzen, entscheidend für die weitere Entwicklung und Verbreitung dieses Ansatzes im deutschen Sprachraum ist.

Auf welche Weise Eltern auf die Filialtherapie hingewiesen werden können bzw. zu einer Teilnahme animiert werden können, wäre eine wichtige Frage, die weiterer Forschung bedarf.

X. Anhang

Abstract

Die Filialtherapie von Bernard Guerney (1964) stellt eine spezielle Form der personenzentrierten Spieltherapie dar, die bei Kindern zwischen zwei und zehn Jahren angewendet wird. Sie kann als eine Verbindung zwischen der individuellen Kindertherapie und der Familientherapie betrachtet werden, bei der die Eltern selbstständig als therapeutische Vertreter Spielsitzungen mit ihrem Kind durchführen. In wöchentlichen Trainingssitzungen lernen die Eltern ein empathisches Verstehen, eine bedingungsfreie Akzeptanz für die emotionale Welt des Kindes, realistischere Wahrnehmungen von sich selbst und dem Kind gegenüber, sowie effektive elterliche Fähigkeiten zu entwickeln.

Die Filialtherapie findet bei der Behandlung von emotionalen und sozialen Problemen sowie von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern Anwendung. Da die Eltern heutzutage den Kindern vermehrt mit Missachtung und Geringschätzung begegnen und die Probleme der Kinder zunehmen, muss nach personenzentrierter Sicht bei den Einstellungen und dem Erziehungsverhalten der Eltern angesetzt werden, um die Entwicklung des Kindes zu fördern. Herbert Goetze (2001, 2002) befürwortet die Filialtherapie, da sie den Eltern ein förderliches Erziehungsverhalten, welches von einfühelndem Verständnis und unbedingter Anerkennung gegenüber dem Kind geprägt ist, vermittelt. Allerdings findet die Filialtherapie derzeit hauptsächlich in den USA, Großbritannien und Nordirland Anwendung. Einzig Goetze hat den Versuch unternommen, diese Therapieform zu Beginn des 21. Jahrhunderts auch in Deutschland einzuführen. Bis heute ist sie jedoch im deutschsprachigen Raum wenig verbreitet und bekannt.

Daher widmet sich diese Diplomarbeit folgender Frage:

„Inwieweit eignet sich eine Filialtherapie durch die Eltern als alleinige Maßnahme zur Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind?“

Es wird ein Blick auf den geschichtlichen Hintergrund, die wesentlichen Vertreter, die didaktischen Inhalte der Elterntrainingssitzungen und die Effektivität auf eine, in Österreich kaum bekannten Therapieform geworfen. Das Ziel ist es, zur weiteren Auseinandersetzung mit der Filialtherapie, sowie zu Forschungen im deutschsprachigen Raum anzuregen, um die Filialtherapie auch in Österreich zu etablieren.

Abstract

Filial therapy by Bernard Guerney (1964) is a special kind of child-centered play therapy, which can be applied to children between the ages of two and ten years old. This therapy is a combination of individual child therapy and family therapy, with which the parents conduct play sessions with their child as a therapeutic agent.

In weekly training sessions the parents are taught basic child-centered skills including reflective listening skills, acceptance for the emotional world of the child, realistic and tolerant perception of themselves and their child as well as effective parental skills, which help the parents to discover the joy of parenthood.

Filial therapy shows an approach to treat emotionally and socially disturbed as well as maladjusted children. It is due to increasingly parental disrespect for their children that the children's problems grow. To support the development of the child, the attitude and the parental skills have to be enhanced. Herbert Goetze (2002) advocates filial therapy, which educates parents in child-centered skills to enhance and strengthen the parent-child relationship.

Filial therapy however is mainly applied in the USA and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. The only one to apply filial therapy in Germany in the 21 century is Goetze. To this day however German speaking countries are known not much about filial therapy.

That's how the dissertation concludes to this formulated question:

“How far is filial therapy used by parents suitable as intervention to treat developmental disturbances by the child?”

This dissertation deals with the historical background, basic filial therapists, the teaching methods of the training and the effectiveness of a therapy, which is hardly known in Austria.

The aim is to have a good look at filial therapy to establish this form of therapy in Austria too.

XI. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Hermeneutischer Zirkel, (Danner, 1998, S.57).....	8
Abbildung 2 – Allgemeines Modell zur Entstehung von psychischen Störungen (Fröhlich- Gildhoff & Hufnagel, 2002, S. 56).....	24
Abbildung 3 – Arbeitsblatt „Feeling Response“, (Landreth & Bratton, 2006, S. 140)	78
Abbildung 4 – Mitgliedskarte für Spielstunde, (Landreth & Bratton, 2006, S. 207) ..	81
Abbildung 5 – Metaanalytische Studien bezüglich der Effektivität von Kinderpsychotherapien, (Bratton et al., 2005, S. 378)	108
Abbildung 6 – Effektivität der Spieltherapien bezüglich den Behandlungscharakteristika, (Bratton et.al., 2005, S. 381)	110
Abbildung 7 – Effektivität der Spieltherapien bezüglich der Charakteristika der Kinder, (Bratton et.al., 2005, S. 383).....	115
Abbildung 8 – Überblick der Studien 1, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.572) ...	118
Abbildung 9 – Überblick der Studien 2, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.573) ...	119
Abbildung 10 – Überblick der Studien 3, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.574) .	120
Abbildung 11 –Messergebnisse, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.576)	121
Abbildung 12 – Komponentenvergleich bezüglich dem Messergebnis elterliches Verhalten, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.578).....	123
Abbildung 13 – Komponentenvergleich bezüglich dem Messergebnis kindliches externalisiertes Verhalten, (Wyatt Kaminski & Valle, 2008, S.579)	124

XII. Literaturverzeichnis

- Axline, V. M. (2002¹⁰). Kinder- Spieltherapie im nicht- direktiven Verfahren. Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Band 11. München [u.a.]: Ernst Reinhardt Verlag.
- Biermann- Ratjen, E. (2002). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck- Singelmann, et al. (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte Band 1* (S. 11-34). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Biermann- Ratjen, E., Reisel, B. (2006a). Was will hier verstanden werden? Die Anwendung personzentrierter Entwicklungslehre in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit. *Person*. 10.Jg., Heft 2, 131-141.
- Biermann- Ratjen, E., Eckert, J., Höger, D. (Hrsg.) (2006b). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Boeck-Singelmann, C. (2002²). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte Band 1. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Boeck-Singelmann, C. (2002²). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Anwendung und Praxis Band 2. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Bodenmann, G., Hahlweg, K. (2003). Prävention bei Paaren und Familien. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention* (S. 445-459). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with Children: A Meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376- 390.

- Brown, C. J. (2000). Filial therapy with undergraduate teacher trainees; child- teacher relationship training. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Danner H., (1998⁴). Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik: Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ehlers, T. (2002). Das Konzept einer globalen emotional bedingten Entwicklungsstörung und der personenzentrierte Ansatz der Spieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, et al. (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte Band 1* (S. 81-94). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Fehringer, C. (2006). Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. (W. Busch). *Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen. Person.* 10.Jg., Heft 2, 176-186.
- Ferrell, L. G. (2003). A Comparison of an intensive 4- week format of the Landreth 10-week filial therapy training model with the traditional Landreth 10- week model of filial therapy. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Fröhlich- Gildhoff, K., Hanne, K. (2002). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck- Singelmann, et al. (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte Band 1* (S. 369- 390). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag .
- Gordon, T. (2007²⁰). Die Neue Familienkonferenz. Kinder erziehen ohne zu strafen. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Goetze, H. (2001). Filialtherapie. *Sonderpädagogik.* 31. Jg., Heft 2, S. 94- 101.
- Goetze, H. (2002). Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe- Verlag.

- Guerney, B. G. (1964). Filial therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 28, No.4., S. 304- 310.
- Guerney, B., L. Stover, L. (1972). Facilitative Therapist Attitudes in Training Parents as Psychotherapeutic Agents. *The Family Coordinator*. Vol. 21, No. 3., S. 275-278.
- Guerney, L. F. (2000). Filial Therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, Vol. 9, No. 2., S. 1- 17.
- Hilpl, K. A. (2001). Facilitating healthy parenting attitudes and behaviors among adolescents using filial therapy in a high school curriculum. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Hufnagel, G., Fröhlich- Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen- betrachtet aus einer personzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck- Singelmann, et al. (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte Band 1* (S. 35- 80). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Johnson, L. (1995). Filial therapy: A bridge between individual child therapy and family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 6(3), 55-70.
- Johnson L., et.al. (1999). The use of child- centered play therapy and filial therapy with head start families: a brief report. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 25, No. 2, S. 169- 176.
- Kemper, F. (1997): Personzentrierte Familienspieltherapie- am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben: Boeck- Singelmann, C. et.al. (Hrsg.): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Anwendung und Praxis*, Bd 2, Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie, 71-135.
- Kidron, M. (2003). Filial therapy with Israeli Parents. Doctoral dissertation, University of North Texas.

- Landreth, G. L. (2002). Play therapy: The art of the relationship (2nd ed.). New York: Brunner Routledge.
- Landreth, G., Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, Vol. 76, No. 2, S. 157- 165.
- Landreth, G. L., Bratton S.C. (2006). Child- Parent- Relationship (C-P-R) Therapy : a 10-session filial therapy model. Routledge Taylor & Francis Group, New York.
- Lassahn, R. (2000⁹). Einführung in die Pädagogik. Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Lee, K. M. (2002). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Mrochen, S. (2002): Bewertung und Akzeptanz- Eine Herausforderung in Erziehung und Psychotherapie. In: C. Boeck-Singelmann, et al. (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Anwendung und Praxis Band 2* (S.239- 253). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- National Institute of Relationship Enhancement [NIRE], Bethesda/ Maryland, http://www.nire.org/bio_bguerney.html, http://www.nire.org/bio_lguerney.html [22.1.2008].
- Rogers, C. R. (orig. 1942/2007¹²). Die nicht- direktive Beratung. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (orig. 1961/ 2006¹⁶). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Rye, N. (2005). Introduction to Filial Therapy. Verfügbar unter: Connections Counselling Ltd, Norfolk/Virginia, <http://www.filialtherapy.co.uk> [28.1.2008].

- Schmidtchen, S. (2001). Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.
- Smith, N. R. (2000). A comparative analysis of intensive filial therapy with intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with child witnesses of domestic violence. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Smith, D. M., (2002). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Stumm, G., Keil, W.W. (2002). Das Profil der Klienten- /Personzentrierten Psychotherapie. In W. W., Keil, G., Stumm (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1- 64). Wien: Springer Verlag.
- Tausch, R. & Tausch, A (1998¹¹). Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person. Göttingen: Hogrefe.
- Van Fleet, R. (2007). Strengthening Parent- Child Relationships through play. Verfügbar unter: Family Enhancement and Play Therapy Center, Boiling Springs/ Pennsylvania, http://www.play-therapy.com/parents_strengthening.html [15.2.2008].
- Watts, R., Broaddus, J. (2002). Improving parent-child relationships through filial therapy: An interview with Garry Landreth. *Journal of Counseling and Development*, Vol. 80, No. 3, S. 372-379.
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal Abnorm Child Psychology* 36, 567-589.

Lebenslauf

Persönliches

18. Jänner 1985 Geburt in Wien

Ausbildung

1991-1994	Volksschule St. Elisabeth in Wien
1994-1995	Volksschule in Königsbrunn
1995-1999	Bundesrealgymnasium Tulln
1999-2003	Bundesoberstufenrealgymnasium Krems, Naturwissenschaftlicher Zweig
Juni 2003	Matura
Seit Oktober 2003	Pädagogik- Studium an der Universität Wien Schwerpunkte: - Personenzentrierte Psychotherapie, - Heil- und Integrative Pädagogik, - Psychoanalytische Pädagogik.

Berufserfahrung

Seit Dezember 2007	Jobcoach bei in.come- Verein zur Integration von Menschen mit Benachteiligungen
Seit September 2007	Leiterin des Kleinkinderturnens bei der Sportunion Brigittenau
Seit Juli 2005	Koordinatorin und Sekretärin der Event- und Marketingagentur Spiritone
2004- 2005	Koordinatorin für Kindergeburtstagsfeiern bei der Agentur Hke
2003- 2004	Animatorin bei Kindergeburtstagsfeiern bei der Agentur Hke

Praktikaerfahrung

März- Juli 2007

Pädagogisches Praxisfeld

Im Verein für berufliche Ausbildung und soziale Integration für Jugendliche mit sozialen und emotionalen Benachteiligungen (Verein BASIS) – Projekt LeB!

März - Juni 2006

Inneruniversitäres Tutorium

Tutorin eines Gastprofessors aus der Slowakei an der Universität Wien

Sept. 2005- Jänner 2006

Inneruniversitäres Tutorium

Tutorin eines Gastprofessors aus Deutschland an der Universität Wien

Okt. 2004- Juni 2005

Pädagogisches Praxisfeld

BOKgastro Berufsvorbereitungskurs für benachteiligte Jugendliche an der Volkshochschule Meidling