



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Effektivität personenzentrierter Kinderpsychotherapie

Ein narrativer Review

Verfasserin

KATARINA LEITNER

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.^a phil.)

Wien, im April 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

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

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
Einleitung	5
1 Methodische Vorgehensweise	8
2 Allgemeine Untersuchungen zur Effektivität personenzentrierter Spieltherapie	10
3 Einzelspieltherapie	15
<i>3.1 Einführung in die Spieltherapie mit Kindern.....</i>	<i>15</i>
<i>3.2 Effektivität der Einzelspieltherapie.....</i>	<i>16</i>
3.2.1 Einzelspieltherapie mit traumatisierten Kindern	16
3.2.2 Einzelspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen	21
3.2.3 Einzelspieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern	26
3.2.4 Einzelspieltherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder.....	33
3.2.5 Zusammenfassung	35
4 Gruppenspieltherapie	40
<i>4.1 Einführung in die Gruppenspieltherapie mit Kindern.....</i>	<i>40</i>
<i>4.2 Effektivität der Gruppenspieltherapie</i>	<i>43</i>
4.2.1 Gruppenspieltherapie mit traumatisierten Kindern	43
4.2.2 Gruppenspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen	49
4.2.3 Gruppenspieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern	52
4.2.4 Gruppenspieltherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder	56
4.2.5 Zusammenfassung	59

5	Filialtherapie	64
	5.1 Einführung in die Filialtherapie	64
	5.2 Basisskills der Eltern	68
	5.2.1 Orientieren	69
	5.2.2 Aktiv zuhören	70
	5.2.3 Mitspielen	71
	5.2.4 Grenzen setzen	72
	5.3 Effektivität der Filialtherapie	73
	5.3.1 Filialtherapie mit traumatisierten Kindern	77
	5.3.2 Filialtherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen	79
	5.3.3 Filialtherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern	88
	5.3.4 Filialtherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder	93
	5.3.5 Zusammenfassung	96
6	Trainings- und Förderprogramm	102
	6.1 Einführung in das „Mich und Dich Verstehen-Programm“	102
	6.2 Aufbau des „Mich und Dich Verstehen-Programms“	106
	6.2.1 Erste Epoche	107
	6.2.2 Zweite Epoche	109
	6.2.3 Dritte Epoche	112
	6.2.4 Zusammenfassung	115

6.3 Effektivität des „ <i>Mich und Dich Verstehen</i> “ – Programmes	116
6.3.1 Aufbau der Effektivitätsstudie.....	116
6.3.2 Ergebnisse der Effektivitätsstudie	119
6.3.3 Zusammenfassung	124
7 Interpretation und Schlussfolgerungen	126
Literaturverzeichnis.....	130
Anhang	142

Abstract

Das Ziel dieser Arbeit liegt darin einen Überblick über die neuesten Forschungsaktivitäten zur Effektivität der personenzentrierten Spieltherapie zu geben, indem auf die Methode des narrativen Reviews zurückgegriffen wird. Der Fokus ist auf drei Therapiearten, die Einzel- und Gruppenspieltherapie sowie die Filialtherapie gerichtet. 23 Wirksamkeitsstudien, welche in den Jahren 2000 bis 2009 durchgeführt wurden, finden Einzug in diese Arbeit. Die Studien werden nach Themenbereichen zusammengestellt, um eine anschließende Interpretation der Ergebnisse zu ermöglichen. Ferner sind Meta-Analysen in die Arbeit eingebunden, die auch auf die Jahre vor 2000 Bezug nehmen. Schließlich wird im Zuge eines Exkurses auf die Wirksamkeit eines personenzentrierten Förderprogrammes in Volksschulen hingewiesen. Die Resultate weisen auf die Effektivität des personenzentrierten Konzepts in Bezug auf unterschiedliche Bereiche der kindlichen Persönlichkeit, wie beispielsweise dem externalisierenden und internalisierenden Verhalten, dem Empfinden von Stress oder der Förderung des Selbstkonzepts, bei jeder der drei erwähnten Therapiekonzepte hin.

Schlüsselwörter: personenzentrierte Spieltherapie, Einzelspieltherapie, Gruppenspieltherapie, Filialtherapie, Effektivität

The purpose of this study is to give a review of the latest research activities concerning studies of the effectiveness of child-centered play therapy by using the method of the narrative review. The focus is directed at three kinds of therapy, which are individual play therapy, group play therapy and filial therapy. 23 studies regarding the effectiveness of child-centered play therapy, which were carried out in the years from 2000 to 2009, are included in this diploma thesis. The studies are arranged in reference to the subject areas, in order to provide a subsequent interpretation of the results. Additionally, meta-analyses which refer to the years before 2000 are integrated in this project. Finally the effectiveness of a child-centered support program for elementary school children is presented. The results indicate the effectiveness of the person-centered concept regarding different areas of the children's personality, for instance internalizing and externalizing behavior, the feeling of stress or improvement of the self-concept, with each of the three mentioned therapy methods.

Key Words: child-centered play therapy, individual play therapy, group play therapy, filial therapy, effectiveness

Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit wurde im Schwerpunkt Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie verfasst und verfolgt das Ziel einen Überblick über die aktuellen Forschungsaktivitäten in der klienten- beziehungsweise personenzentrierten Kinderspieltherapie¹ zu bieten. Die Forschungsfrage bezog sich zunächst auf die Auffindbarkeit von aktuellen Forschungsaktivitäten hinsichtlich personenzentrierter Kinderspieltherapie in den Bereichen Einzel- und Gruppenspieltherapie sowie Filialtherapie. Der Fokus wird dabei auf Studien gelegt, welche die Wirksamkeit der genannten Therapiemethoden ermitteln. Diesbezüglich werden Effektivitätsstudien gesucht, welche in den Jahren 2000 bis 2009 durchgeführt wurden und sich auf Personen beziehen, die das achtzehnte Lebensjahr während der Teilnahme der Untersuchung noch nicht überschritten hatten. Die hinsichtlich dieses Forschungsvorhabens aufgefundenen Studien richteten sich zu einem großen Teil auf Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 15 Jahren.

Die Effektivität im Sinne der Wirksamkeit des personenzentrierten Konzepts bezieht sich bei der Majorität der aufgefundenen Untersuchungen auf eine Förderung der Persönlichkeit beziehungsweise eine Verbesserung der Verhaltensweisen der an den Studien teilnehmenden Kindern und Jugendlichen. Jede der einbezogenen Untersuchungen setzt ihr Hauptaugenmerk auf bestimmte Bereiche der kindlichen Persönlichkeit, welche durch die Intervention gefördert werden sollen. Die Effektivität bezieht sich einerseits auf die Verbesserung der jeweiligen Probleme der untersuchten Population. Andererseits ist das Ziel der personenzentrierten Kinderspieltherapie, ebenso wie jenes der personenzentrierten Psychotherapie für erwachsene Personen, allgemein darin zu sehen, dass der Therapeut den Patienten durch Authentizität, bedingungsloser Wertschätzung und Empathie dabei unterstützt das dem Patienten innewohnende Gefühl der Inkongruenz zu minimieren und seine Persönlichkeit zu fördern (Biermann-Ratjen et al. 2006, S. 9).

¹ Die Begriffe klienten- und personenzentriert werden in der vorliegenden Diplomarbeit gleichbedeutend verwendet. Für eine detaillierte Unterscheidung kann in Goetzes Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie (S. 63ff) nachgelesen werden.

Die Ermittlung der Effektivität therapeutischer Konzepte hat eine lange Tradition und ist teilweise dafür zuständig die Existenz der Therapiemethoden zu legitimieren.

„Der Stellenwert und die Bedeutung der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie insbesondere auch im Verhältnis zu anderen Verfahren beruhen nicht unwesentlich auf den fortlaufenden Bemühungen, Wirksamkeit, Prozesse und weitere Aspekte des Verfahrens durch Forschung zu demonstrieren.“ (Hutterer et al. 2008, S. 3)

Carl Rogers begann schon in den 40er und 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Wirkung des personenzentrierten Konzepts mit Methoden wie der Tonbandaufzeichnung zu erforschen (File et al. 2008, S. 5f) und dadurch die Wirksamkeit dieser Therapiemethode vor allem in Bezug auf erwachsene Klienten zu bestätigen. Die personenzentrierte Psychotherapie weist im Hinblick auf erwachsene Personen eine breite Palette an Wirksamkeitsstudien auf (File et al., 2008)². Die personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern allerdings besitzt vergleichsweise wenige Untersuchungen und es herrscht geringerer Einbezug personenzentrierter Spieltherapien in Meta-Analysen und Reviews vor im Unterschied zu behavioralen Spieltherapien, wie auch Bratton erwähnt:

„Indeed, the inclusion of so few of the available play therapy studies in the existing child therapy reviews gives credence to the notion that play therapy has not been widely accepted by the scientific community as a viable intervention, and it further speaks to the need for a comprehensive review of the play therapy outcome literature.“ (Bratton et al. 2005, S. 378)

Die Fragestellung dieser Diplomarbeit nach der Effektivität personenzentrierter Psychotherapiemethoden in Bezug auf Kinder verlangt demnach zunächst eine ausreichende Anzahl an Wirksamkeitsuntersuchungen. Für die Suche wurden folgende Kriterien aufgestellt: die Studien mussten ihren Fokus auf Kinderspieltherapie legen, in den Jahren 2000 bis 2009 durchgeführt werden, das Setting Einzel-, Gruppen- oder Filialtherapie aufweisen sowie publiziert und damit allgemein zugänglich sein. Im Zuge der anfänglichen Literaturrecherche wurde auf die Datenbanken ERIC, PsycArticles und PsycInfo zurückgegriffen. Mit Hilfe der weiterführenden Literaturangaben der jeweiligen Artikel war es möglich weitere relevante Texte in Bezug auf das Thema Effektivität aufzufinden.

² File et al. beschäftigen sich mit der personenzentrierten sowie der experienziellen Psychotherapieforschung in den Jahren 1991 bis 2008 und widmen sich in einem Kapitel auch der Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Die wissenschaftlichen Ziele der vorliegenden Diplomarbeit liegen demnach darin, einerseits eine Bestandsaufnahme der aktuellen Forschungsaktivitäten im Hinblick auf die Wirksamkeit personenzentrierte Kinderspieltherapie zu erstellen. Andererseits soll mit Hilfe der Methode des narrativen Reviews ein übersichtliches Bild über die Effektivität des personenzentrierten Konzepts in verschiedenen Settings und bezogen auf Kinder mit unterschiedlichen psychischen und sozialen Hintergründen aufgezeigt werden.

Zu Beginn der Arbeit wird die methodische Vorgehensweise erläutert und anschließend ein kurzer Überblick der Meta-Analysen zur Wirksamkeit personenzentrierter Therapiekonzepte gegeben. Zur Veranschaulichung werden die einfließenden Studien in einer Tabelle abgebildet. Darauf folgen die Kapitel Einzelspieltherapie, Gruppenspieltherapie und Filialtherapie. Jedes Kapitel widmet sich der Effektivität des jeweiligen Therapiekonzepts und bietet zum Schluss eine Zusammenfassung der erhaltenen Ergebnisse.

Als Exkurs kann das Kapitel Trainings- und Förderprogramm gesehen werden, welches auf das von Sonja Bieg und Michael Behr (2005) entwickelte personenzentrierte Projekt an Grundschulen eingeht.

In den Schlussfolgerungen werden die gewonnenen Erkenntnisse zu den jeweiligen Effektivitätsstudien in Zusammenhang gebracht und interpretiert, mit dem Ziel, mögliche Empfehlungen für künftige Studien abgeben zu können.

Das Literaturverzeichnis wurde aus thematischen Gründen in zwei Abschnitte geteilt. Zunächst sind im ersten Teil der Quellenangaben alle in dieser Arbeit auftauchenden Bücher und Artikel angegeben. Im zweiten Teil werden die Erhebungsinstrumente der jeweiligen Effektivitätsstudien gelistet.

Im Folgenden wird darauf verzichtet jeweils die männliche und weibliche Form von Begriffen oder einen zusammenfassenden Ausdruck, wie beispielsweise TherapeutInnen oder KlientInnen, zu verwenden, um die Lesbarkeit der Arbeit zu vereinfachen. Ausführungen dieser Art beziehen sich im Allgemeinen auf beide Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich das Gegenteil hervorgehoben wird.

1 Methodische Vorgehensweise

Die Methode der vorliegenden Diplomarbeit wird sich, wie schon erwähnt, auf das Konzept des narrativen Reviews stützen, da dies, besonders im Falle von Überblicksarbeiten wie dieser Diplomarbeit, zweckmäßig erscheint. Der Begriff narrativer Review selbst bedeutet „berichtende Übersicht“. File, Hutterer, Keil, Korunka und Macke-Bruck erklären das Ziel eines narrativen Reviews folgendermaßen:

„Die rasante Zunahme des Wissens in den Sozialwissenschaften, in Psychologie und Medizin, das sich vor allem in zahlreichen Einzelstudien zu spezifischen Fragestellungen manifestierte, hat gleichermaßen die Notwendigkeit einer Zusammenschau und Synthese der zahlreichen Detailergebnisse entstehen lassen. Die damit verbundene Aufgabe, den jeweils aktuellen Wissensstand in einem Fachgebiet oder hinsichtlich eines fokussierten praktischen Problems bzw. entscheidungsrelevanten Themas zu erfassen, wurde mit Hilfe so genannter Reviews zu lösen versucht.“ (File et al. 2008, S. 6)

Die Forschungsaktivitäten im Hinblick auf personenzentrierte Kinderspieltherapie gewinnen vor allem in den USA, aber auch in Europa zunehmend an Relevanz, wie es die Literaturrecherche dieser Diplomarbeit erkennen ließ. Deshalb ist das Ziel der Arbeit die aufgefundenen Studien so aufzubereiten, dass anschließend die Resultate der Untersuchungen verglichen werden können. Aus diesem Grund werden aktuelle Wirksamkeitsstudien auf Ähnlichkeiten und Unterschiede überprüft.

Obgleich die häufig verwendeten Meta-Analysen auf den ersten Blick nahezu ident mit dem narrativen Review wirken, ist ein wichtiger Unterschied gegeben. Während Meta-Analysen ihr Hauptaugenmerk eher auf die quantitative Synthese der Studien und die Berechnung des durchschnittlichen Behandlungseffekts der Therapiemethoden legen, liegt der Vorteil des narrativen Reviews in der ausgeprägten Art auf Kontroversen einzugehen und Fragen in Bezug auf die Forschungsthematik zu bearbeiten. Diese Tatsache kann auch deshalb als Vorteil gesehen werden, da eine große Anzahl an Formeln, Tabellen und Graphiken häufig als Überforderung beim Leser erlebt wird.

Im Zuge einer Arbeit über Effektivität sollte jedoch die Relevanz der statistischen Berechnungen und deren Resultate nicht außer Acht gelassen werden, daher empfiehlt es sich Meta-Analysen neben Primärstudien in den narrativen Review einzubeziehen und gegebenenfalls explizit Zahlenangaben zu erwähnen. Allerdings wird auch diesbezüglich die beschreibende, zusammenfassende Art des Reviews beibehalten. Somit ist eine geeignete Verknüpfung zwischen Meta-Analyse und narrativem Review gewährleistet, welche nicht notwendiger Weise Gegensätze darstellen.

Als relevante Literatur für diese Diplomarbeit stellten sich im Laufe der Recherche vor allem englisch- aber auch deutschsprachige Artikel aus psychotherapeutischen oder speziell personenzentrierten Fachzeitschriften heraus. Insgesamt wurden 21 englisch- und 2 deutschsprachige Studien sowie 5 Meta-Analysen in die Arbeit aufgenommen.

Eine umfangreiche Meta-Analyse zu dem Thema der Diplomarbeit wurde von Bratton, Ray, Rhine und Jones im Jahre 2005 verfasst. Ferner bemühten sich LeBlanc und Ritchie schon 2001 um eine Meta-Analyse, welche sich auf die Wirksamkeit der Spieltherapie bezog. Beide Artikel bilden die Basis der vorliegenden Arbeit, da sie Effektivitätsstudien der Jahre 1950 bis 2000 einbeziehen. Die deutsch-sprachige Meta-Analyse von Beelmann und Schneider (2003) bietet relevante Informationen zur Forschungsaktivität im deutsch-sprachigen Raum. So gesehen, kann diese Diplomarbeit als eine Art Weiterführung dieser Werke betrachtet werden, indem sie möglichst alle auffindbaren adäquaten Untersuchungen von 2000 bis 2009 einbezieht.

Wie schon in der Einleitung beschrieben, wurden Suchmaschinen wie ERIC, PsycArticles und PsycInfo für die anfängliche Literaturrecherche benutzt, wodurch anschließend mit Hilfe der weiterführenden Literaturangaben der aufgefundenen Studien weitere relevante Texte hinsichtlich des Themas Effektivität entdeckt werden konnten.

Obgleich die Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellt, wurde im Folgenden versucht alle wichtigen Aufzeichnungen zur Effektivitätsüberprüfung des personenzentrierten Konzepts in den Settings Einzelspieltherapie, Gruppenspieltherapie und Filialtherapie in den Jahren 2000 bis 2009 in den vorliegenden narrativen Review aufzunehmen.

2 Allgemeine Untersuchungen zur Effektivität personenzentrierter Spieltherapie

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die einbezogenen Wirksamkeitsstudien beziehungsweise Meta-Analysen. In den Zeilen findet man die Studien zu den jeweiligen Spieltherapien, in den Spalten – die jeweiligen Probanden-Gruppen.

	Einzelspieltherapie	Gruppenspiel- therapie	Filialtherapie
Traumatisierte Kinder	- Scott et al. (2003) - Reyes & Asbrand (2005)	- Tyndall-Lind et al. (2001) - Shen (2002)	Smith & Landreth (2003)
Kinder aus sozialen Randgruppen	- Garza & Bratton (2005) - Baggerly & Jenkins (2009)	- Baggerly (2004) - Baggerly & Parker (2005)	- Glover & Landreth (2000) - Jang (2000) - Yuen et al. (2002) - Lee & Landreth (2003)
Kinder mit diagnostizierten Störungsbildern	- Jones & Landreth (2002) - Ray et al. (2007) - Ray et al. (2009)	- Packman & Bratton (2003) - Danger & Landreth (2005)	- Tew et al. (2002) - Smith & Landreth (2004)
Kinder ohne Angaben zu spezifischen Störungen	Muro et al. (2006)	Jenny et al. (2006)	Goetze & Grskovic (2008)
Meta-Analysen	- Bratton et al. (2000) - Rennie & Landreth (2000) - LeBlanc & Ritchie (2001) - Beelmann & Schneider (2003) - Bratton et al. (2005)		

Tabelle 1

Einleitend ist eine der umfangreichsten Meta-Analysen in Bezug auf die Effektivität der Spieltherapie mit Kindern zu erwähnen, welche im Jahre 2005 von Bratton, Ray, Rhine und Jones durchgeführt wurde und 93 zwischen 1953 und 2000 publizierte Wirksamkeitsstudien einbezog, die ausschließlich auf die Spieltherapie ausgerichtet waren. Die Autoren geben in dieser Meta-Analyse auch frühere Meta-Analysen an, wie beispielsweise von Casey und Berman (1985), Weisz et al. (1987, 1995) oder Kazdin et al. (1990). Der Unterschied zwischen diesen Untersuchungen und jener von Bratton et al. liegt darin, dass die eben genannten Meta-Analysen kaum Studien in Bezug auf Spieltherapie einbezogen, sondern ihr Hauptaugenmerk auf behaviorale Therapiemethoden legten. Während Casey und Berman (1985) in 75 Studien noch 10 kontrollierte Spieltherapieuntersuchungen berücksichtigten, präsentierten sich die Verhältnisse der Arbeiten von Kazdin et al. (1990) und Weisz et al. (1987, 1995) folgendermaßen. Kazdin et al. (1990) bezogen bei 105 Studien 5 spieltherapeutische ein. Dasselbe Bild zeigten Weisz et al. (1987, 1995), die in ihre Analyse 2 kontrollierte Spieltherapiestudien bei einem Gesamtumfang von 150 Untersuchungen aufnahmen. Aus diesem Grunde war Brattons et al. (2005) Meta-Analyse äußerst notwendig, um die Effektivität der Spieltherapie zu ermitteln. Lediglich LeBlanc und Ritchie (2001) hatten zuvor eine Meta-Analyse von 42 Studien zur Spieltherapie verfasst, welche die Jahre 1950 bis 1996 beleuchtete. Bratton et al. (2005) erweiterten diese Arbeit, indem sie wie erwähnt 93 Studien einbezogen. Eine im Jahre 2003 in Deutschland entstandene Meta-Analyse von Beelmann und Schneider bezieht sich auf den Bestand und die Resultate deutschsprachiger Effektivitätsforschung, da sie folgende Auffassung der Forschungsaktivitäten aufzeigen:

„Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde bisher im deutschsprachigen Raum nicht zusammenfassend geprüft. Analysen der Erwachsenenpsychotherapie und/oder anglo-amerikanische Untersuchungen zu diesem Thema können aus verschiedenen Gründen nicht einfach übertragen werden.“
(Beelmann & Schneider 2003, S. 129)

Aus diesem Grund fassen die Autoren nach zweijähriger Literaturrecherche 37 Effektivitätsstudien zusammen, in denen insgesamt 228 Kinder und Jugendliche einbezogen waren. Wie die oben genannten englisch-sprachigen Meta-Analysen weist auch diese eine große Anzahl an behavioralen Therapieverfahren auf, wie beispielsweise verhaltensmodifikatorische/lerntheoretische Methoden oder kognitiv-behaviorale Behandlungen. Seltener auffindbar sind hingegen nicht-direktive Spieltherapien, wie sie in dieser Diplomarbeit untersucht werden sollen. Den Grund für die relativ starke Vernachlässigung spieltherapeutischer Wirksamkeitsstudien in Meta-Analysen beschreibt Bratton et al. (2005).³ Sie gehen davon aus, dass Spieltherapie möglicherweise von der wissenschaftlichen Gemeinschaft noch nicht genügend akzeptiert und aus diesem Grund zu einem geringeren Ausmaß in Meta-Analysen einbezogen wird. In diesem Sinne soll auch die vorliegende Diplomarbeit einen Beitrag für die Wahrnehmung der Spieltherapie als einer effektiven und legitimen Methode leisten und eine Erweiterung der Untersuchungen von LeBlanc und Ritchie (2001), Beelmann und Schneider (2003) sowie Bratton et al. (2005) darstellen, indem sie die bis heute noch nicht metaanalytisch bearbeiteten Studien zur Spieltherapie zwischen 2000 und 2009 hinsichtlich ihrer Effektivität behandelt.

Sowohl LeBlanc und Ritchie's (2001) als auch Brattons et al. (2005) Meta-Analysen konnten die Effektivität der personenzentrierten Spieltherapie bestätigen, da beide im Laufe ihrer Vergleichsuntersuchungen bezüglich der einzelnen Studien eine Effektgröße erhielten, welche laut Cohen's Postulaten (1977) auf eine starke Wirksamkeit hinweist.

LeBlanc und Ritchie fanden eine positive Korrelation zwischen der Mitarbeit der Eltern in der Therapie, wie es beispielsweise in der Filialtherapie vorkommt, und des Ausgangs der Therapie. Je stärker die Eltern eingebunden waren, desto bessere Ergebnisse zeigten die Erhebungen nach der personenzentrierten Intervention. Im Kapitel 4.3 wird die Effektivität der Filialtherapie ebenfalls bewiesen. Ferner erwähnten die Autoren einen Zusammenhang zwischen Therapieausgang und der Anzahl der Sitzungen. Zwar zeigte sich kein linearer Trend, dennoch bestätigte die Majorität der Studien den positivsten Abschluss der Therapie nach einer Anzahl von 30 bis 35 Therapieeinheiten. Sowohl eine darunterliegende als auch eine diese Anzahl übersteigende Nummer an Sitzungen erwies eine geringere Verbesserung der kindlichen Probleme.

³ Ein Zitat der Stellungnahme Brattons hinsichtlich dieser Thematik kann in der Einleitung dieser Diplomarbeit nachgelesen werden.

Zwischen der Einzel- und der Gruppentherapie konnte in dieser Meta-Analyse kein statistisch signifikanter Unterschied erkannt werden, ebenso wenig wie zwischen den Veränderungen bei männlichen Klienten im Vergleich zu weiblichen. Auch das Alter war unabhängig vom Abschlussresultat der Therapie.

Die Meta-Analyse von Beelmann und Schneider (2003) ließ erkennen, dass die zusammenfassende Effektgröße aller Studien auf eine ähnlich ausgeprägte Effektivität hinweist, wie sie in der anglo-amerikanischen Forschung aufscheint.

Ebenso wie in LeBlanc und Ritchies Analyse stellte sich die familienbezogene Therapie als äußerst wirksam heraus, allerdings standen verhaltenstherapeutische Maßnahmen an gleicher Stelle. Diese beiden Therapiearten wiesen eine Überlegenheit gegenüber den anderen Methoden auf. Hinzuzufügen ist diesbezüglich allerdings, dass die Effektivität der elterneinbeziehenden Konzepte im deutschsprachigen Raum äußerst selten erhoben wurde. In Bezug auf das Alter und das Geschlecht konnte kein signifikanter Unterschied der Wirksamkeit gefunden werden. Ferner schienen behaviorale und nicht-behaviorale Therapien nahezu keine Differenz in ihrer Wirksamkeit aufzuzeigen, wobei jedoch darauf hingewiesen werden muss, dass die meisten Studien unterschiedliche Störungsgruppen aufwiesen. Beelmann und Schneider erwähnen schließlich auch die ungewisse Stabilität der Effekte aller Konzepte aufgrund von fehlender Katamnesezeitpunkte. Zusammenfassend belegt diese Meta-Analyse ein Defizit an methodisch fundierten deutschsprachigen Effektivitätsstudien, wobei die Verhaltenstherapie sowie die klientenzentrierte Spieltherapie im Gegensatz zu den anderen einbezogenen Therapiearten qualitativ hochwertige Studien aufweisen.

Bratton et al. (2005) legten ihr Hauptaugenmerk im Unterschied zu LeBlanc und Ritchie nicht nur auf personenzentrierte Spieltherapie, sondern betrachteten wie auch Beelmann und Schneider direktive, nicht-humanistische Konzepte. Vergleichsweise präsentierten hierbei die nicht-direktiven Methoden, wie das personenzentrierte Konzept, eine höhere Effektivität, was eine Kontroverse zu der oben genannten deutschsprachigen Meta-Analyse erkennen lässt. Zwischen Einzel- und Gruppenspieltherapie konnte analog zu den Ergebnissen der obigen Autoren kein Unterschied aufgefunden werden. Die Therapie, welche mit Hilfe eines Elternteils durchgeführt wurde, zeigte in dieser Meta-Analyse wieder die stärkste Wirksamkeit und die meisten positiven Veränderungen in der kindlichen Persönlichkeit analog zu LeBlanc und Ritchie sowie Beelmann und Schneider. Eine Anzahl von 35 bis 40 Therapieeinheiten wurde von Bratton et al. als höchstwirksam angegeben und liegt somit sehr eng an den Empfehlungen LeBlanc und Ritchie's.

Eine erwähnenswerte Limitation sowohl von Meta-Analysen als auch von narrativen Reviews ist allerdings jene, dass häufig eine Mehrzahl an veröffentlichten Studien einbezogen wird, wodurch es zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen kann. Veröffentlichte Studien weisen eher die Tendenz auf signifikante Veränderungen auf, während unveröffentlichte Untersuchungen oftmals keine Signifikanz präsentieren. Auf diese Information sollte auch beim Lesen der vorliegenden Arbeit geachtet werden.

3 Einzelspieltherapie

3.1 Einführung in die Spieltherapie mit Kindern

Die Spieltherapie wurde grundsätzlich entwickelt, um Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensstörungen, Traumata oder ähnlichen Schwierigkeiten eine Möglichkeit zur positiven Persönlichkeitsentwicklung zu bieten, die durch die klassischen Therapiemethoden für Erwachsene nicht oder nur geringfügig gewährleistet wäre. Sowohl Anna Freud (1928) als auch Melanie Klein (1932) erkannten schon vor einigen Jahrzehnten die Problematik, dass die Sprache kein adäquates Medium für Kinder darstellt, die therapeutische Behandlung benötigen, da Kinder nur eingeschränkt die Möglichkeit besitzen, sich auf diese Weise auszudrücken. Aus diesem Grunde fand das Spiel als Substitution des Gespräches Platz in der Kindertherapie.

Auf Carl Rogers' nicht direktivem Therapieansatz (oder „personenzentrierte Gesprächstherapie“, wie er nun genannt wird), basiert auch die personenzentrierte Kinderspieltherapie, welche hauptsächlich auf der Arbeit Virginia Axline's (1974) beruht. Auch sie entwickelte diese spezielle Form der Therapie für Kinder, analog zu Anna Freud und Melanie Klein, da sie wusste, wie notwendig eine angemessene Methode für die Kindertherapie ist. Sie schreibt diesbezüglich:

„Play therapy is based upon the fact that play is the child's natural medium of self-expression. It is an opportunity which is given to the child to 'play out' his feelings and problems just as, in certain types of adult therapy, an individual 'talks out' his difficulties.“ (Axline 1974, S. 9)

Axline war hinsichtlich Kinder ebenso wie Rogers in Bezug auf Erwachsene der Ansicht, dass mit Hilfe eines empathischen, kongruenten und wertschätzenden Therapeuten die Selbstaktualisierungstendenz des Klienten gefördert werden kann und somit inkongruente Persönlichkeiten Schritt für Schritt auf die, wenn auch fiktive, von Rogers postulierte „fully functioning person“ (Rogers 1963, S. 17ff) zugehen kann.

In welchem Ausmaß die personenzentrierte Kinderspieltherapie in der Lage ist die Selbstaktualisierungstendenz der Klienten anzutreiben und zu einer positiven Entwicklung zu führen, wird im nachstehenden Kapitel, Effektivität der Einzelspieltherapie, beleuchtet.

3.2 Effektivität der Einzelspieltherapie

3.2.1 Einzelspieltherapie mit traumatisierten Kindern

Die erste in dieser Arbeit vorgestellte Studie in Bezug auf traumatisierte Kinder wurde von Scott, Burlingame, Starling, Porter und Lilly im Jahre 2003 durchgeführt und überprüfte die Effektivität der personenzentrierten Einzelspieltherapie hinsichtlich sexuell misshandelter Kinder. Das Hauptaugenmerk legten Scott et al. (2003) bei ihrer Untersuchung auf die eventuelle Veränderung des Selbstkonzepts, des Gemütszustandes sowie der sozialen Kompetenzen der Kinder nach der Durchführung der 12-wöchigen Intervention. Durchschnittlich absolvierten die Kinder 10 Therapieeinheiten, wobei die Range zwischen 7 und 13 Sitzungen variierte. Von den insgesamt 26 teilnehmenden Kindern waren 19 weiblich und 7 männlich. Die Altersrange lag zwischen 3 und 9 Jahren und wies ein Durchschnittsalter von 5,6 Jahren auf. Bis auf einen Teilnehmer indianischer Abstammung, hatten alle Kinder einen kaukasischen Familienhintergrund und lebten in Utah.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, verwendeten Scott et al. (2003) fünf verschiedene Erhebungsinstrumente. In Bezug auf die Schwere des Missbrauches, die Rolle des Täters im Leben des Kindes, das Ausmaß an Zwang zu Folgsamkeit und Geheimhaltung sowie die Reaktion des Täters bezüglich der Aufdeckung des Missbrauches wurde die Abuse Behavior Checklist (ABC, Chaffin & Wherry 1993) in die Untersuchung einbezogen. Ferner fand der Josphe Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979) Einzug in die Untersuchung, welcher hilft das Selbstwertgefühl des Kindes zu beurteilen. Dieser Fragebogen misst demnach einerseits den Selbstwert des Kindes sowie die eigene Wahrnehmung seiner Kompetenzen und andererseits die generelle Zufriedenheit der Kinder mit ihren Lebensumständen, indem den Kindern Bilder mit positiven und negativen Situationen gezeigt werden. Anschließend hat das Kind die Aufgabe auszuwählen, mit welchem Bild es sich am ehesten identifizieren kann. Für die Auswahl eines positiven Bildes werden 2 Punkte, bei der eines negativen 0 Punkte vergeben. Somit kann das Kind zwischen 0 und 30 Punkte erreichen, wodurch das Selbstwertgefühl eingeschätzt werden kann.

Ein weiteres Instrument der Studie war die sogenannte Behavior Assessment System for Children-Parents Rating Scale (BASC-PRS, Reynolds und Kamphaus 1992), womit das Verhalten der Kinder eingeschätzt wurde. Internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme sowie Anpassungsstörungen sowohl zu Hause als auch im gesellschaftlichen Umfeld konnten mit Hilfe dieses Fragebogens aufgefunden werden.

Schließlich wurden die in Effektivitätsstudien zur personenzentrierten Spieltherapie eher selten verwendeten Instrumente Client-Centered Play Therapist Rating Scales (CCPTRS, Scott, Starling, Anderson & Porter 1996) sowie das Social/Environmental Update (Scott & Porter, 1995) in die Studie eingebunden, um die Durchführung der Therapie durch den Therapeuten zu überprüfen beziehungsweise um relevante Veränderungen im Umfeld des Kindes anzugeben. Diesbezüglich hatten die Eltern die Aufgabe den Fragebogen Social/Environmental Update hinsichtlich häuslicher, schulischer und sozialer Umgebung der Kinder stets auf den aktuellsten Stand zu bringen.

Nach der 12-wöchigen Intervention sowie der Durchführung der Posttestbatterie standen 16 komplette Datensätze der Kinder zu Verfügung, nach Absolvierung des Katamnesetests konnte man auf 24 Datensätze zurückgreifen. Die Auswertung dieser Erhebung zeigte folgendes Bild.

Während die Werte der Globalskala des JPPSST keine Veränderungen aufwiesen, sanken die Werte jener Skala signifikant, welche Probleme mit Kompetenzgefühlen beleuchtete. Die Autoren erwähnten hierzu:

„Over time, children tended to feel more capable of performing, thus having a positive impact on self-esteem. These results suggest that the children's sense of competency increased over time and during the course of this therapy modality.”
(Scott et al. 1003, S. 17)

Das bedeutet, es konnte eine Verbesserung des Selbstwertgefühles mit Hilfe der Intervention stattfinden, wodurch die Persönlichkeit der Kinder gestärkt wurde.

Die Resultate des BASC, welche mit Hilfe der elterlichen Einschätzungen ermittelt wurden, präsentierten im Unterschied zu den genannten Ergebnissen der JPPSST keine signifikanten Veränderungen. Somit schien die Therapie bei sexuell misshandelten Kindern keine Verbesserung hinsichtlich Verhaltensschwierigkeiten auslösen zu können.

Zusätzlich kam in Scotts et al. (2003) Studie ein weiteres Instrument zum Einsatz, welches Differenzen zwischen den erhaltenen Werten aufzeigen sollte. Der diesbezüglich verwendete Reliable Change Index (RCI, Jacobson, Follette, Revenstorf, 1984) analysierte vier unterschiedliche Kategorien inklusive ihrer prozentuellen Ausprägung. 31% der teilnehmenden Kinder wiesen insgesamt betrachtet eine Verbesserung auf, 31% präsentierten keine Veränderung, 15% zeigten Verschlechterungen und bei weiteren 15% ergab die Auswertung mit Hilfe des RCI Verbesserungen vom Prä- zum Posttestzeitpunkt, jedoch gefolgt von Verschlechterungen vom Post- zum Katamnesetestzeitpunkt. 2 Kinder fanden in dieser Kategorisierung keinen Platz. Verbindet man diese Angaben mit den Ergebnissen der ABC, lässt sich erkennen, dass hinsichtlich der Kinder die Fortschritte aufwiesen der Täter zumeist nicht aus der Kernfamilie stammte, wie beispielsweise ein Lehrer, entfernter Verwandter oder sonstige Betreuungspersonen. Die Täter der Kinder, die Verschlechterungen aufzeigten, waren häufig Nachbarn oder nähere Bekannte. Kinder, welche kaum Veränderungen präsentierten, waren in den meisten Fällen von einem Elternteil beziehungsweise einer Person, die im selben Haushalt lebte, missbraucht worden. Des Weiteren führte die ABC-Auswertung zu der Erkenntnis, dass jene Kinder, die Verbesserungen zeigten, eine höhere Anzahl an zusätzlichen Traumata erlebten als Kinder, die keine Fortschritte erreichen konnten.

Hinsichtlich der unterschiedlichen Ergebnisse der JPPSST und der BASC erwähnten Scott et al. (2003) das relativ niedrige Ausmaß der Stichprobengröße als eine Erklärungsmöglichkeit. Ferner könnte die zu geringe Therapiedauer von 12 Wochen ein Faktor für die teilweise unausgeprägte Wirksamkeit bei einigen Kindern sein, vor allem da es sich in dieser Untersuchung um schwer traumatisierte Kinder handelt.

Interessant wäre außerdem eine Vergleichsstudie bezüglich dieses Bereiches durchzuführen, welche sowohl eine Interventions- als auch eine Kontrollgruppe aufweist. Der Aspekt der fehlenden Kontrollgruppe limitiert Scotts et al. (2003) Studie zu einem Teil. Abschließend weisen die Autoren darauf hin, dass weitere Untersuchungen unterschiedliche Therapiekonzepte vergleichen könnten, um die Effektivität der personenzentrierten Spieltherapie nicht nur gesondert zu beleuchten.

Eine weitere Studie, welche sich mit der Wirksamkeit der personenzentrierten Einzelspieltherapie bei traumatisierten Kindern auseinandersetzte, wurde im Jahre 2005 von Reyes und Asbrand durchgeführt und bezieht sich, wie die obige Untersuchung, auf sexuell misshandelte Kinder. Im Unterschied zu der eben erläuterten Studie von Scott et al. (2003) wurde hier eine Therapie mit einer Zeitspanne von neun Monaten auf ihre Effektivität hin überprüft. Der Nachteil dieser umfangreicheren Dauer lag allerdings darin, dass von den anfänglich 43 teilnehmenden Kindern lediglich 18 bis zur Posttestmessung die Therapiesitzungen besuchten. Außerdem stellte sich neben der relativ geringen Anzahl an Probanden eine weitere Limitation der Untersuchung heraus, nämlich jene, dass keine Kontrollgruppe mit einbezogen wurde. Die 18 Kinder der Interventionsgruppe setzten sich aus 13 weiblichen und 5 männlichen Schüler im Alter zwischen 7 und 16 Jahren zusammen. Sie zeigten ein Durchschnittsalter von 11 Jahren und folgende ethnische Verteilung auf. 9 Kinder wiesen einen lateinamerikanischen, 7 einen kaukasischen und 2 einen asiatischen Ursprung auf. Die jungen Klienten erhielten innerhalb der neun Monate durchschnittlich einunddreißig 50-minütige Therapieeinheiten. Während der ersten drei Monate lag der Durchschnitt bei 10 Sitzungen, jedoch reichte die Range von 2 bis 24 Treffen. Die zweiten drei Monate deuteten auf eine durchschnittliche Anzahl von 9 Therapiesitzungen hin, welche zwischen 5 und 26 Treffen einzuordnen war. In den Monaten 6 bis 9 schließlich absolvierten die Schüler zwischen 7 und 23 Therapieeinheiten mit einer Durchschnittsanzahl von 12 Sitzungen.

Das in die Studie einbezogene Erhebungsinstrument war ein Fragebogen mit dem Titel Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), welcher 1996 von Briere entwickelt wurde. Mit Hilfe von 54 Items können die sechs Skalen Angst, Depression, Wut, post-traumatischer Stress, Abgrenzung und Besorgnis hinsichtlich Sexualität erfasst werden und auf eine klinische Problematik der kindlichen Persönlichkeit hinweisen. Da dieses Instrument durch die Selbsteinschätzung der Kinder bearbeitet wird anstatt sich auf die Eltern- beziehungsweise Lehrereinschätzung zu beziehen, unterscheidet es sich von den meisten anderen Fragebögen, welche häufig in Effektivitätsstudien Verwendung finden. Die Therapeuten der Untersuchung erläuterten den Kindern den Zweck des Instruments und ließen ihnen in der ersten sowie in der letzten Therapieeinheit Zeit für die Bearbeitung.

Die Auswertung der ausgefüllten Fragebögen präsentierte eine signifikante Verbesserung im Hinblick auf drei der sechs TSCC-Skalen. Innerhalb der neun Monate fanden eine Reduktion des Angst- und Depressionsausmaßes sowie eine Verminderung des post-traumatischen Stressniveaus der Kinder statt, welche auf die personenzentrierte Einzelspieltherapie zurückzuführen waren. Daher reduzierte sich ebenfalls die Zahl der Kinder, welche noch vor der Intervention in einen klinisch signifikanten Bereich einzuordnen waren. Während vor der Durchführung der Therapie hinsichtlich der Skala Angst noch 10 Kinder in den klinisch signifikanten Bereich fielen, konnten nach 9 Monaten nur 2 Kinder hier eingeordnet werden. Alle 10 Kinder, die auf der Skala Depression eine klinische Signifikanz aufwiesen, fielen nach der Intervention unter die Signifikanzgrenze. Lediglich 2 von 7 Schülern behielten die klinische Signifikanz in Bezug auf die Skala post-traumatischer Stress bei. Obgleich die Werte in den Skalen Wut, Abgrenzung und Besorgnis hinsichtlich Sexualität ebenfalls verringert werden konnten, zeigte sich diesbezüglich keine statistische Signifikanz. Dennoch dezimierte sich partiell auch in diesen Sektoren die Anzahl an Kindern, die zu Beginn der neunmonatigen Therapie dem klinisch signifikanten Bereich zuzuordnen waren.

Zusätzlich betrachteten die Autoren Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der TSCC und Angaben bezüglich des Missbrauches, wie beispielsweise die Verbindung des Stresserlebens der Kinder mit der Person des Täters. War die missbrauchende Person ein Elternteil, zeigte sich einerseits eine erhöhte Frequenz und längere Dauer des Missbrauchs und andererseits ein gesteigertes Stressempfinden des Kindes. Dieses Stressniveau konnte außerdem durch die Therapie zu einem geringeren Ausmaß gesenkt werden als es bei Kindern möglich war, deren Täter kein Elternteil war.

Da diese Untersuchung ebenso wie jene von Scott et al. (2003) keine Kontroll- oder Vergleichsgruppe aufwies, besteht noch die Frage, ob sich einige Aspekte der kindlichen Persönlichkeit möglicherweise auch ohne Durchführung einer Therapie verbessert hätten beziehungsweise, ob eine andere Therapiemethode ähnliche Veränderungen hervorgerufen hätte. Mit Hilfe zukünftiger Effektivitätsstudien könnten diese Punkte beleuchtet werden.

Das nachstehende Unterkapitel bezieht sich auf die Wirksamkeit der Spieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen und umfasst zwei ausgewählte Studien von Garza und Bratton (2005) sowie Baggerly und Jenkins (2009).

3.2.2 Einzelspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen

Garza und Bratton beleuchteten 2005 die Wirksamkeit des personenzentrierten Konzepts, indem sie eine Studie hinsichtlich Therapieeffekte bei lateinamerikanischen Kindern in den USA durchführten. Da diese Kinder häufig in Armut leben und Englisch selten als Muttersprache besitzen, sind schulische Aufstiegsmöglichkeiten oftmals sehr gering. Schulabbruch oder Misserfolg können in weiterer Form zu psychischen Schwierigkeiten führen, wie Rückzugsverhalten, Aggression oder Angst. „Furthermore, statistics show that in addition to academic difficulties, Hispanic dropouts struggle with a myriad of personal and social problems, including delinquency, teen pregnancy, substance abuse, and criminal behavior.” (Garza & Bratton 2005, S. 52) Aus diesem Grund und auch da lateinamerikanische Kinder, obgleich sie eine Randgruppe darstellen, einen Anteil von 35% der öffentlichen Schulen in den USA ausmachen, ist eine therapeutische Unterstützung dieser risikobehafteten Population wünschenswert.

Garza und Bratton (2005) verwendeten zur Ermittlung der Therapiewirksamkeit die Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Scale sowie das Behavior Assessment System for Children-Teacher Rating Scale (BASC-PRS und BASC-TRS, Reynolds & Kamphaus 1992). Somit konnte das Verhalten der Kinder vor und nach der Intervention sowohl im häuslichen als auch im schulischen Umfeld erfasst werden. Während mit Hilfe der Skala externalisierendes Verhalten die Persönlichkeitsaspekte Aggression und Hyperaktivität ermittelt wurden, befasste sich die Skala internalisierendes Verhalten mit den Bereichen Angst, Depression und somatische Schwierigkeiten. Um einen möglichst kompletten Datensatz zu erhalten entschlossen sich die Autoren dazu die Eltern der jeweiligen Kinder zu Hause zu besuchen und den Fragebogen in ihrer Anwesenheit durchführen zu lassen. Da davon ausgegangen wurde, die Lehrer wären höchst kooperativ, wurde ihnen lediglich ein Termin empfohlen, an welchem die Bögen zurückgeschickt werden sollten. Dieser Ablauf verlief bei der Prätestung noch problemlos, allerdings vergaßen einige Lehrer auf die Bearbeitung des Instruments zum Posttestzeitpunkt oder füllten es unter Zeitdruck während des Unterrichts aus. Dieses Verhalten führte möglicherweise zu Verfälschungen der Ergebnisse in Bezug auf die Effektivität der Intervention. Weiters wurden Beobachtungen während der Spieltherapiephasen durchgeführt und Sitzungszusammenfassungen hinsichtlich jedes Kindes von den Therapeuten erstellt.

Die Resultate der Untersuchung von Garza und Bratton (2005) wiesen auf eine ausgeprägte Effektivität der personenzentrierten Spieltherapie in Bezug auf externalisierendes Verhalten der teilnehmenden Kinder hin. Im Vergleich zur Kontrollgruppe dieser Studie ergaben die Auswertungen eine statistische Signifikanz der Wirksamkeit der personenzentrierten Intervention auf Grund der Daten der BASC-PRS (Reynolds & Kamphaus, 1992). Die Kontrollgruppe erhielt eine auf dem schulischen Curriculum basierende Kleingruppenarbeit, im Unterschied zu den meisten Kontrollgruppen der hier einbezogenen Untersuchungen, die keine Interventionen aufwiesen beziehungsweise erst nach Beendigung der Therapie der Interventionsgruppe eine solche erhielten. Die Interventionsgruppe dieser Studie zeigte laut Elternangaben der BASC-PRS eine Reduktion der externalisierenden Verhaltensprobleme auf. Diese Verbesserung wird von Garza und Bratton unterstrichen, indem sie folgendes schreiben. „Additionally, the list of behaviors identified under conduct problems are consistent with behaviors that have been identified as placing Hispanic children at a higher risk for academic struggles and delinquency.“ (Garza & Bratton 2005, S. 64) Demnach scheint die personenzentrierte Einzeltherapie in der Lage zu sein präventiv auf Schulabbrüche und delinquentes Verhalten in der Zukunft der Kinder einwirken zu können. Der von den Lehrern ausgefüllte BASC-TRS wies keine statistisch relevante Signifikanz auf, jedoch könnte der Grund wie erwähnt in der ungenauen Bearbeitung des Erhebungsinstrumentes zum Posttestzeitpunkt liegen.

Hinsichtlich der elterlichen Aussagen verringerte sich das internalisierende Verhalten der Kinder ebenfalls vom Prä- zum Posttestzeitpunkt, zeigte auch eine deutlich stärkere Abnahme im Vergleich zur Kontrollgruppe, doch ohne statistische Signifikanz. In diesem Bereich konnte vor allem das Ausmaß an Angst zu einem moderaten Effekt vermindert werden. Laut Lehrerangaben der BASC-TRS präsentierte sich wiederum keine Reduktion im Hinblick auf das internalisierende Verhalten.

In diesem Zusammenhang sollte darauf hingewiesen werden, dass der Vergleich der personenzentrierten Spieltherapie mit einer Kontrollgruppe, welche keine Intervention erhält, wahrscheinlich höhere Effektivität aufweisen würde als diese Untersuchung mit einer Intervention erhaltende Gruppe. Diese Annahme bestätigt sich im Laufe dieser Arbeit, da eine große Anzahl an Studien der personenzentrierten Kinderspieltherapie hohe Wirksamkeit zuschreiben, wenn die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wird, die keine spezielle Intervention vorweist.

Weitere Untersuchungen, wie beispielsweise Beobachtungen während der Spieltherapieeinheiten oder Befragungen der Eltern, Lehrern und anderen in der Schule tätigen Personen, zeigten folgendes: Schüler, welche vor der Intervention häufig wegen auffälligem Verhalten zu einem Gespräch zum Direktor vorgeladen waren, wurden kaum mehr dazu aufgefordert. Äußerst zurückhaltende Kinder wurden lebendiger und gingen mehr und mehr aus sich heraus. Das machte sich bei der Teilnahme an Gruppendiskussionen oder anderen Gruppenaktivitäten bemerkbar.

Die Eltern wiesen bei Gesprächen darauf hin, dass sie seltener wegen des schlechten Benehmens ihrer Kinder in die Schule zitiert wurden und ihre Kinder insgesamt einen glücklicheren und ausgeglicheneren Eindruck auf sie machten als noch vor der Intervention.

In dieser Studie ist hervorzuheben, in welcher intensiver Weise die Therapeuten auf den kulturellen Hintergrund der Kinder eingingen, indem sie ihre Sprache benutzten oder kulturspezifisches Spielzeug in den Spielraum einbezogen. Diese Beachtung der Kultur schien im Besonderen für eine Reduktion von externalisierendem Verhalten förderlich gewesen zu sein, bedarf allerdings eventuell noch genauerer beziehungsweise weiterführender Untersuchungen.

Eine höchstaktuelle Studie, durchgeführt von Baggerly und Jenkins im Jahre 2009, beschäftigt sich mit der Effektivität des personenzentrierten Konzepts im Bezug auf obdachlose Kinder. Mit der Problematik des fehlenden Obdachs entwickeln sich häufig weitere Schwierigkeiten im Leben der Kinder, wie das Auftreten internalisierender und externalisierender Verhaltensauffälligkeiten, verringerte Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten oder auch schulisches Versagen. (Baggerly & Jenkins 2009, S. 46f) Aus diesem Grund kann die Unterstützung dieser Randgruppe als sinnvoll, wenn nicht sogar als notwendig betrachtet werden. Ein weiterer Aspekt, der für die therapeutische Hilfe obdachloser Kinder spricht, ist der hohe Prozentsatz dieser Population. Baggerly und Jenkins (2009) gaben folgende Tatsache an. „Currently, children make up 39% of the homeless population. There are 1,35 million children who are homeless each year in the United States, which is approximately 1% of the general population.“ (Baggerly & Jenkins 2009, S. 45) So gesehen betreffen diese erwähnten sozialen, psychologischen und kognitiven Probleme eine enorme Gruppe an Kindern alleine in den USA. Um zu ermitteln ob und inwieweit die personenzentrierte Spieltherapie Einfluss auf die Aspekte der Persönlichkeit obdachloser Kinder hat, führten die Autoren eine Studie mit insgesamt 36 Kindern durch, welche eine Schule für obdachlose Schüler besuchten. Eine außergewöhnlich hohe Anzahl an Schülern brach die Teilnahme aus verschiedensten Gründen ab, wodurch sich die anfängliche Zahl von 84 Teilnehmern auf die erwähnten 36 reduzierte. Die Altersrange der Kinder lag zwischen 5 und 12 Jahren und zeigte ein Durchschnittsalter von 8,2 Jahren. Das Geschlecht war mit 18 Mädchen und 18 Buben gleichmäßig verteilt. Im Hinblick auf die Herkunft gab es keine Angaben. Wöchentlich fand eine 45-minütige personenzentrierte Einzelspieltherapie statt, wobei pro Kind durchschnittlich 14 Sitzungen gezählt wurden, allerdings lag dieser Mittelwert zwischen 11 und 25 absolvierten Therapieeinheiten.

Das für die Untersuchung herangezogene Erhebungsinstrument war das sogenannte Boxall Profil von Bennathan und Boxall (1998), welches 68 Items umfasst und entwicklungsbezogene sowie diagnostische Bereiche der Kinder beleuchtet. Die zwei Teile des Profils, Entwicklung und Diagnostik, sind weiter unterteilt in einerseits Organisation der Erfahrung sowie Internalisierung von Kontrolle und andererseits in Selbstlimitierung, unentwickeltes sowie nicht-unterstütztes Verhalten. (Übersetzung d. Verf.) Beispielsweise ermittelt dieser Fragenbogen zu welchem Ausmaß das Kind in der Lage ist Erfahrungen zu verbinden, sich mit Gleichaltrigen zu beschäftigen, emotionale Sicherheit aufzuweisen, konsequentes Verhalten an den Tag zu legen oder positives Verhalten sich und anderen gegenüber zu zeigen.

Eltern und Lehrer haben die Möglichkeit die Items des Fragebogens mit Hilfe eines Antwortschemas, welches von 0 bis 4 reicht, zu bearbeiten. In dieser Untersuchung füllten allerdings ausschließlich Lehrer vor und nach der Intervention dieses Erhebungsinstrument aus.

Da keine Kontrollgruppe einbezogen wurde, kann bezüglich möglicher Unterschiede in den Ausprägungen keine Aussage gemacht werden. Die positiven Veränderungen waren zum einen in dem Aspekt „Internalisierung von Kontrolle“ zu erkennen: demnach konnten die Kinder zu einem stärkeren Grad emotionale Sicherheit empfinden, Grenzen akzeptieren sowie mit Mitschülern und anderen Personen konstruktiv umgehen. Zum anderen präsentierte sich eine Reduktion im Bereich der „Selbstaussgrenzung“, welcher unterteilt wird in die Gebiete „Selbstnegierung“ und „Abgrenzung“. Das negative Verhalten verringerte sich, wenn auch nicht in signifikanter Weise. Außerdem ließ sich eine Steigerung des unterentwickelten Selbstwertgefühles erkennen.

Keine signifikanten Verbesserungen erreichten die Aspekte unentwickeltes Verhalten, welches Inkonsequenz und undifferenzierte Bindung inkludiert sowie der Bereich in Bezug auf die Organisation von Erfahrungen, welche sich auf Aufmerksamkeit und Verknüpfung von gemachten Erlebnissen bezieht.

Insgesamt zeigt die Untersuchung in zwei von fünf Bereichen starke Verbesserungen, in einem Aspekt moderate positive Veränderungen und zwei Bereiche ohne statistische Signifikanz. Baggerly und Jenkins (2009) gehen davon aus, dass eine Erhöhung der Anzahl der Therapieeinheiten förderlich sein könnte, um weitere Verbesserungen in der kindlichen Persönlichkeit auszulösen. Sie schreiben diesbezüglich:

„One explanation for the lack of change in this area is that participants needed more than an average of 14 play therapy sessions due to attachment disruptions and trauma many children who are homeless experience.“ (Baggerly & Jenkins 2009, S. 52)

Für die Zukunft wäre eine längere Zeitspanne und erhöhte Interventionsfrequenz aufweisende Untersuchung zu empfehlen, um eine Antwort auf diese Hypothesen zu erhalten.

Das nächste Unterkapitel bezieht sich auf die Effektivität der Einzelspieltherapie hinsichtlich Kinder mit bestimmten Störungsbildern.

3.2.3 Einzelspieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern

Die erste in dieser Arbeit angegebene Studie hinsichtlich Kinder mit spezifischen Störungsbildern fand im Jahre 2002 unter der Leitung von Jones und Landreth statt, welche die Effektivität personenzentrierter Einzelspieltherapie bei chronisch kranken Kindern, genauer gesagt bei Kindern mit diagnostizierter Diabetes mellitus, ermittelte. „An estimated 7,5 million children in the United States live with chronic illness, approximately 1 million of which are severe disorders.“ (Jones & Landreth 2002, S. 118) Da diese Gruppe an Kindern zusätzlich häufig an Verhaltens- und Anpassungsproblemen, sowie Angst und Depressionen leiden, befanden Jones und Landreth (2002) die therapeutische Hilfe für an Diabetes leidende Kinder für äußerst relevant. In einem drei-wöchigen Sommercamp exklusiv für diabeteskranke Kinder, führten die Autoren ihre Studie durch, indem sie 30 teilnehmende Kinder, mit dem Einverständnis der Eltern, zu gleichen Maßen in die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe teilten. Die Interventionsgruppe setzte sich aus 9 Buben und 6 Mädchen im Alter zwischen 7 und 11 Jahren zusammen. Das durchschnittliche Alter lag bei 9,2 Jahren. 87% der Teilnehmer der Interventionsgruppe waren kaukasischer Abstammung, knappe 7% afroamerikanischer sowie ebenfalls nahezu 7% indischer Herkunft. Die Kontrollgruppe, mit 8 Buben und 7 Mädchen zwischen 7 und 11 Jahren, wies ein Durchschnittsalter von 9,6 Jahren auf und bestand aus einem Anteil von 87% Kaukasiern und 14% Lateinamerikanern. Während des drei-wöchigen Camps absolvierten die Interventionsgruppenteilnehmer zwölf 30-minütige Therapieeinheiten, abgesehen von einem Kind, welches das Camp nach 10 Sitzungen verließ, allerdings trotzdem an der Posttestung teilnahm. Beide Gruppen erhielten weitere therapeutische Interventionen, die von den Camporganisatoren vorgesehen war, wie beispielsweise Gruppendiskussionen oder medizinische Erziehung. Das von Landreth (1991) vorgeschlagene Spielzeuginventar, welches in nahezu all den Untersuchungen dieser Arbeit zur Anwendung kam, wurde durch spezielles, medizinisches Spielzeug erweitert, um den Kindern die Möglichkeit zu geben ihrer persönlichen Problematik Ausdruck zu verleihen. Ferner erhielten die personenzentrierten Spieltherapeuten genaue Informationen hinsichtlich der Krankheit ihrer Klienten.

Das Erhebungsinstrumentenpool umfasste die Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974) und die Diabetes Adaptation Scale - Parent Form (DAS – Parent Form, keine Angaben durch die Autoren), welche von den Eltern vor und nach der Intervention ausgefüllt wurden. Zusätzlich fand in dieser Untersuchung ein Katamnesezeitpunkt nach 3 Monaten statt.

Insgesamt konnte nur wenig Unterschied zwischen den beiden Gruppen aufgefunden werden, jedoch wiesen beide auf große Verbesserungen vom Prä- zum Posttestzeitpunkt und vom Post- zum Katamnesezeitpunkt hin. Das Angstausmaß aller Kinder, welches in den Subskalen physiologische Angst, übermäßige Sensibilität und soziale Besorgnis gegliedert war, verringerte sich. Diesbezüglich konnte statistische Signifikanz für beide Gruppen bewiesen werden, vor allem in Bezug auf den Gesamtwert und die Skala übermäßige Sensibilität.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte der Aspekt Verhaltensprobleme, der mit Hilfe der FPC ermittelt wurde. Wieder zeigten beide Gruppen im Anschluss an das drei-wöchige Camp eine Reduktion ihres auffälligen Verhaltens, dieses Resultat lag jedoch über der 0,5 Signifikanzgrenze. Jones und Landreth (2002) erwähnten eine in den Spieltherapiesitzungen erkennbare Problematik im Hinblick auf das internalisierende Verhalten der Kinder, welches durch die Intervention, wenn auch nicht signifikant, gemildert werden konnte. „In the play sessions, there were numerous accounts of children addressing their sadness, sense of inadequacy, and depression providing evidence of a tendency toward internalizing behaviors.“ (Jones & Landreth 2002, S. 129) Einer Verstärkung dieser Schwierigkeit beziehungsweise weiterer damit in Zusammenhang stehender Verhaltensprobleme konnte mit Hilfe der personenzentrierten Spieltherapie entgegengewirkt werden.

Die DAS-PF ließ eine signifikante Steigerung der kindlichen Akzeptanz der Diabetes in der Interventionsgruppe im Unterschied zur Kontrollgruppe erkennen, wodurch die Kinder nach der Intervention zu einem erhöhten Ausmaß dazu in der Lage waren mit ihrer Krankheit umzugehen. Die Skala im Hinblick auf die Einhaltung von Regeln zeigte ebenfalls positive Veränderungen auf, die allerdings über dem Signifikanzniveau lagen. Diese Skala bezieht sich auf die Durchführung vorgeschriebener Diäten, Übungen, Bluttests und Insulininjektionen. Die Spieltherapie schien die Kinder zu einem gewissen Grad dabei zu unterstützen ihre täglichen, medizinischen Aufgaben einzuhalten, womit im weiteren Verlauf die physische und somit auch die psychische Gesundheit der Kinder stärker gesichert war.

Man kann sagen, dass die Persönlichkeit der an Diabetes mellitus leidenden Kinder in diesem dreiwöchigen Camp, sowohl mit als auch ohne spieltherapeutische Intervention gefördert wurde. Die Akzeptanz der Krankheit konnte allerdings in der Interventionsgruppe stärker gefördert werden als in der Kontrollgruppe. Erwähnenswert ist zudem der Einbezug von Beobachtungsprotokollausschnitten, die in der Publikation dieser Studie Platz finden, da sie dem interessierten Leser einen genaueren Einblick in den Ablauf und die Wirksamkeit der personenzentrierten Spieltherapie bieten.

Ray, Schottelkorb und Tsai ermittelten im Jahre 2007 die Wirksamkeit des personenzentrierten Konzepts bezüglich ADHD-Symptome aufweisende Kinder. Die Autoren wiesen darauf hin, dass Kinder mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und Hyperaktivität mehr Stress in ihrer Schüler-Lehrer-Beziehung aufzeigten als Kinder ohne ADHD und weiters verstärkt zu Verhaltensauffälligkeiten neigten.

„The behaviors associated with ADHD – inattention, hyperactivity, and impulsivity – have been found to cause significantly more stress for teachers as compared with those of students without ADHD. [...] The student-teacher interactions for students with ADHD were significantly more negative than those for students without ADHD.” (Ray et al. 2007, S. 96)

Aus diesem Grund überprüften Ray et al. die Wirksamkeit der Einzelspieltherapie mit Hilfe von Lehrer- anstatt Elternaussagen. Die Teilnehmer wurden in drei Volksschulen im Südwesten der USA kontaktiert und nach ihrer Zusage in eine von zwei Gruppen eingeteilt. Während die 31 Kinder der Interventionsgruppe sechzehn 30-minütige Spieltherapiesitzungen innerhalb von 22 Wochen erhielten, wurden die 29 Kinder der Vergleichsgruppe in ihrer Lesekompetenz gefördert. Hierbei wurde dieselbe Dauer und Frequenz eingehalten. Die Interventionsgruppe setzte sich aus 26 männlichen und 5 weiblichen, die Vergleichsgruppe aus 22 männlichen und 7 weiblichen Schülern zusammen. Das Alter der Kinder beider Gruppen lag zwischen 5 und 11 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 7,5 Jahren. Hinsichtlich der Herkunft gaben die Autoren folgende Zahlen an. 5 Afroamerikaner, 11 Lateinamerikaner und 15 Kaukasier bildeten die Interventionsgruppe. Die Vergleichsgruppe bestand aus 5 Kindern mit afroamerikanischem Hintergrund, 11 Schülern lateinamerikanischen Ursprungs sowie 13 Kindern kaukasischer Herkunft. Um die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie abzusichern, befragten die Autoren die Eltern hinsichtlich der Medikation der Teilnehmer. 15 Schüler erhielten während der Durchführung der Untersuchung Medikation gegen die Symptome des ADHD, wovon 9 Kinder an der Spieltherapie und 6 an dem Förderkurs für Lesekompetenz teilnahmen.

Zwei Fragebögen wurden in dieser Studie verwendet, um die Effektivität der Therapie zu ermitteln. Zunächst zogen die Autoren den 90-Items umfassenden Index of Teaching Stress (IST, Abidin et al. 2004) heran und erfassten damit das Stressausmaß, welches der Lehrer in der Beziehung zu dem jeweiligen Schüler erlebt.

Das Erhebungsinstrument ist in einen Totalwert und drei Skalen gegliedert, die ihren Fokus auf ADHD sowie schüler- beziehungsweise lehrerbezogene Charaktereigenschaften richten. Die schülerbezogene Skala unterteilt sich ferner in die Subskalen emotionale Labilität, Angst/Rückzugsverhalten, Lernschwäche und Aggression. Mit Hilfe dieser Subskala kann das Stressausmaß des Lehrers im Hinblick auf das Verhalten des Kindes ermittelt werden. Auch der auf den Lehrer bezogene Bereich des Fragebogens setzt sich aus vier Subskalen zusammen, die folgendermaßen genannt werden, Bedürfnis nach Unterstützung, Verlust von Zufriedenstellung durch den Beruf, Unterbrechung des Lehrprozesses und schließlich Frustration durch Elternarbeit. In der Studie von Ray et al. (2007) wurde die Lehrerskala allerdings außer Acht gelassen, da mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Veränderung des Lehrerverhaltens durch die Spieltherapie, welche lediglich die Kinder einschloss, auftrat. Relevant waren die Werte des Schülerverhaltens. Der zweite Fragebogen der Untersuchung beleuchtet dieses Gebiet besonders und legt dabei das Hauptaugenmerk auf Kinder, die Symptome von ADHD aufweisen. Der 28 Fragen umfassende Connors' Teacher Rating Scale – Revised: Short Form (CTRS-R:SF, Connors 2001) spaltet sich in die vier Kategorien oppositionelles Verhalten, kognitive Probleme, Hyperaktivität und ADHD. Beide Instrumente wurden von den Lehrern vor und nach der Intervention für jedes Kind bearbeitet. In der Zwischenzeit durften Therapeuten und Lehrer keine Gespräche bezüglich der Kinder führen.

Die Resultate der IST-Auswertung ergaben in allen Bereichen ausgeprägte Verbesserungen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. In den Subskalen „emotionale Labilität“ und „Angst/Rückzugsverhalten“ konnte sogar eine statistisch signifikante positive Veränderung ermittelt werden. Die Schüler der Interventionsgruppe lösten bei den entsprechenden Lehrern demzufolge weniger Stressempfinden aus als noch vor Durchführung der Spieltherapie, da sie geringere emotionale Labilität und Angst aufwiesen und sich weniger zurückzogen. Wie erwähnt, zeigten auch die beiden Skalen „Lernschwäche“ und „Aggression“ positivere Werte nach der Intervention auf, jedoch über dem Signifikanzniveau.

Hinsichtlich des durch die CTRS-R:SF gemessene Ausprägung des ADHD beschrieben die Autoren eine Reduktion, die bei beiden Gruppe über die Zeit erfasst wurde. Beide Gruppen präsentierten signifikante Verbesserungen. Unter Einbezug einer Kontrollgruppe, welche keine Intervention erhalten hätte, hätte der Frage nachgegangen werden können, ob die Minderung der Symptome in jedem Fall, auch ohne Intervention, stattgefunden hätte. Es wäre instruktiv, wenn dieser Möglichkeit in zukünftigen Effektivitätsstudien nachgegangen würde.

Eine ebenfalls von Ray ins Leben gerufene, aktuelle Studie wurde in diesem Jahr (2009) mit Unterstützung von Blanco, Sullivan und Holliman durchgeführt. Diese Untersuchung rückte Kinder mit aggressiven Verhaltenstendenzen in den Mittelpunkt des Interesses. Insgesamt meldeten sich 41 Kinder für die Teilnahme an dem Projekt, welche zunächst in eine Interventions- beziehungsweise eine Kontrollgruppe geteilt wurden. Aufgrund des Wunsches der Schulen konnte einer Zufallsverteilung nicht nachgekommen werden, da Kinder mit stärkerer Ausprägung des aggressiven Verhaltens zuerst durch eine Therapie geholfen werden sollte. Schüler mit geringerem Aggressionspotenzial wurden der Wartegruppe zugeteilt und erhielten nach Abschluss der Studie eine Einzeltherapie. Die Interventionsgruppe, welche vierzehn 30-minütige Spieltherapieeinheiten innerhalb von 7 Wochen erhielt, wies 19 Teilnehmer auf, wovon 15 männlich und 4 weiblich waren. Die Kontrollgruppe setzte sich aus insgesamt 22 Kindern zusammen und zeigte ebenfalls eine größere Anzahl an männlichen Schülern mit einer Aufteilung von 16 Buben und 6 Mädchen. Sie erhielten keinerlei Intervention innerhalb der 7 Wochen. Beide Gruppen präsentierten eine Altersrange von 4 bis 11 Jahren sowie ein Durchschnittsalter von 7,2 Jahren. Hinsichtlich der Ethnizität wies die Kontrollgruppe 9 kaukasische, 5 lateinamerikanische, 1 afroamerikanischen und 4 Kinder mit gemischt-ethnischem Ursprung auf. Die Kontrollgruppe bestand ebenfalls aus 9 kaukasischen sowie 8 lateinamerikanischen und 5 afroamerikanischen Teilnehmern.

Um zu Ergebnissen in Bezug auf die Veränderungen des kindlichen Verhaltens zu gelangen, verwendeten Ray et al. (2009) zwei bekannte Erhebungsinstrumente. Einerseits fand die Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 2001) Einzug in die Studie, welche mit Hilfe der Elternangaben problematisches Verhalten der Kinder ermittelt. Dieser Fragebogen erfasst durch die Beantwortung 118 Items Werte von drei Skalen. Jene Skalen sind externalisierendes und internalisierendes Verhalten sowie eine Skala, welche alle Werte zusammenfasst und aus den Bereichen Angst/Depression, Rückzug, somatische Probleme, soziale Probleme, Aufmerksamkeit, Aggression und regelverletzendes Verhalten besteht. Andererseits wurde, um auch die Ansichten der Lehrer einzubeziehen, die Teacher's Report Form (TRF, Achenbach 2001) in die Studie eingebunden. Dieses Instrument steht analog zur CBCL, besitzt die gleiche Anzahl an Items und der CBCL entsprechende Skalen, wodurch ein Vergleich der beiden Fragebögen gewährleistet ist. In der vorliegenden Studie wurde jedoch der Fokus hauptsächlich auf die Prä- und Posttestwerte der aggressionsbezogenen Skalen der Erhebungsinstrumente gelegt.

Betrachtet man die Resultate der TRF-Auswertung, lässt sich erkennen, dass die Lehrer eine statistisch signifikante Minderung des aggressiven Verhaltens der Schüler der Interventionsgruppe angaben, während sie bezogen auf die Kinder der Kontrollgruppe keine Veränderungen erkennen konnten. Da die Aggressionsskala der TRF Verhaltensprobleme wie das Bedrohen, Hänkeln und Attackieren von anderen Personen, Gehorsamkeitsverweigerung in der Schule sowie die Häufigkeit von Wutanfällen und Streitereien erfasst, ist es aufgrund der Ergebnisse ersichtlich, dass einige dieser Schwierigkeiten durch die personenzentrierte Intervention verringert werden konnten, wodurch sowohl den zuvor Aggressionen aufweisenden Kindern als auch den Lehrern und Mitschülern geholfen wurde.

Die Ergebnisse der Elternaussagen, welche mit Hilfe der CBCL ermittelt wurden, wiesen ebenfalls auf eine Reduktion des Aggressionsniveaus innerhalb der Interventionsgruppe hin, allerdings konnte keine statistische Signifikanz im Vergleich zu der Kontrollgruppe bewiesen werden, da diese ebenfalls einen, wenn auch nur geringen, aber dennoch vorhandenen Rückgang ihres Aggressionsverhaltens zeigte. Hinzuzufügen ist allerdings, dass die Elternbefragung im Unterschied zu der Lehrerbefragung nicht ohne Probleme verlief. Während 39 Eltern das Instrument zum Prätestzeitpunkt bearbeiteten, erklärten sich nur mehr 32 Eltern dazu bereit den Posttest durchzuführen. Möglicherweise trug das herabgesetzte Interesse der Mütter und Väter bezüglich der Untersuchung nachdem ihre Kinder an der Intervention teilgenommen hatten dazu bei, dass die Werte andere Ausmaße annahmen als jene der Lehrerbefragung. Bei weiteren Untersuchungen im Hinblick auf die Wirksamkeit personenzentrierter Therapie sollte zu einem stärkeren Ausmaß auf die Mitarbeit der Eltern geachtet werden. Auf eine erdenkliche Variante, um möglichst viele komplette Datensätze zu erhalten wiesen Garza und Bratton (2005) bei ihrer Studie hin. Die Autoren besuchten im Zuge der Bearbeitung der Erhebungsinstrumente die Eltern, wodurch eine Einhaltung der zu Beginn gegebenen Mitarbeit zu nahezu 100 Prozent gegeben war. Genauere Angaben zu dieser Effektivitätsstudie sind in Kapitel 2.2.2 dieser Arbeit nachzulesen.

Ferner wird das Ergebnis der Untersuchung von Ray et al (2009) durch die Problematik hinsichtlich der Zufallseinteilung der Gruppen limitiert. Wäre eine Zufallsverteilung möglich gewesen, hätte eventuell eine höhere Effektivität der Therapie daraus resultieren können, da beide Gruppen das gleiche Aggressionsniveau zum Prätestzeitpunkt aufgezeigt hätten, was unglücklicherweise nicht der Fall war.

In der Studie wiesen einige Schüler allerdings ein stärkeres Ausmaß an Aggressionen auf, weshalb die Eltern und Lehrer dieser Schüler dringender nach einer Therapie verlangten und diese Kinder der Interventionsgruppe zugeteilt wurden. Zukünftig wäre es sinnvoll auf zufällige Verteilungen der Teilnehmer zu achten, damit ein einheitliches Bild vor der Intervention einen sinnvollen Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe möglich macht.

Im folgenden Unterkapitel wird die Wirksamkeit der personenzentrierten Einzelspieltherapie bezogen auf Kinder ohne Angaben zu spezifischen Störungsbildern mit Hilfe der Studie von Muro, Ray, Schottelkorb, Smith und Blanco aus dem Jahre 2006 ermittelt.

3.2.4 Einzelspieltherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder

Die letzte in dieses Kapitel einbezogene Studie fand 2006 unter der Leitung von Muro, Ray, Schottelkorb, Smith und Blanco statt. Die 23 teilnehmenden Kinder wurden zwar von ihren Lehrern als verhaltensauffällig oder emotionale Probleme aufweisend identifiziert, allerdings fand keine spezifische Zuordnung der Verhaltensprobleme statt, wodurch diese Untersuchung eben diesem Unterkapitel, Einzelspieltherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder, zugeteilt wurde. Im Zuge dieser Langzeituntersuchung von Muro et al. (2006) wurden 17 männliche und 6 weibliche Schüler im Alter zwischen 4 und 11 Jahren personenzentriert therapiert. Das Durchschnittsalter der Gruppe lag bei 7,4 Jahren. Die Majorität, in diesem Fall 12 Kinder, wies einen lateinamerikanischen Hintergrund auf, während 3 Schüler afroamerikanischen und 5 Schüler kaukasischen Ursprungs waren. Weitere 3 Teilnehmer besaßen einen afroamerikanischen sowie einen kaukasischen Elternteil. Der Vorgang der Studie begann mit der Bearbeitung zweier Erhebungsinstrumente von Seiten der Lehrer. Anschließend wurden 16 Therapieeinheiten innerhalb von 10 Wochen absolviert, um danach ein weiteres Mal die Fragebögen von den Lehrern ausfüllen zu lassen. Da es sich wie erwähnt um eine Langzeituntersuchung handelte, fanden nach dem ersten Posttestzeitpunkt wiederum 16 Sitzungen statt, welche jedoch dieses Mal auf 20 Wochen verteilt waren. Nach der Absolvierung der insgesamt 32 Einheiten wurde eine zweite Postmessung der Lehrereinschätzungen durchgeführt, um schließlich alle erhobenen Daten zu vergleichen. Eine Kontroll- beziehungsweise Vergleichsgruppe wurde in diese Studie nicht einbezogen.

Die Teacher's Repor Form (TRF, Achenbach 2001) sowie der Index of Teaching Stress (ITS, Abidin 2004) fanden Einzug in die Untersuchung. Der Zweck der TRF liegt hauptsächlich in der Ermittlung von externalisierendem und internalisierendem Verhalten bei Kindern und wird vom jeweiligen Lehrer bearbeitet. Für detailliertere Informationen zu den spezifischen Bereichen, welche mit Hilfe der TRF erfasst werden, kann im obigen Kapitel nachgelesen werden. Der ITS bezieht sich, wie auch im vorhergegangenen Kapitel erläutert wurde, auf das Stressausmaß, welches der Lehrer in der Beziehung zu einem Schüler erlebt. Die Zusammensetzung der beiden Skalen schülerbezogene und lehrerbezogene Eigenschaften sind ebenfalls im vorigen Kapitel nachzulesen.

Bezüglich der Teacher's Report Form – Ergebnisse zeigte sich interessanterweise eine statistisch signifikante Verbesserung der kindlichen Verhaltensprobleme vom Prätestzeitpunkt zum zweiten Posttestzeitpunkt, obwohl zwischen dem Prätest und dem ersten Posttest sowie zwischen dem ersten und dem zweiten Posttest keine signifikante Veränderung zu erkennen war. Aus diesem Grund weist diese Untersuchung auf den Vorteil einer Langzeituntersuchung hin, da wissenschaftlich erwähnenswerte Unterschiede erst nach der Durchführung von 32 Therapieeinheiten auftraten. Externalisierendes Verhalten konnten im Laufe von 20 Wochen ebenso reduziert werden wie internalisierendes.

Ein ähnliches Bild zeigten auch die Resultate des Index of Teaching Stress. Wiederum ergaben sich keine signifikanten Veränderungen vom Prä- zum ersten Posttest sowie vom ersten zum zweiten Posttest, allerdings präsentierte sich eine signifikante Verminderung des Stressausmaßes vom Prätestzeitpunkt zum zweiten Posttestzeitpunkt. Die Werte des Bereichs ADHD des ITS wurden durch die Intervention stark reduziert. Ebenso verringerte sich das schülerbezogene Stressausmaß der Lehrer signifikant, das bedeutet Lehrer erlebten weniger Stresssituationen in der Beziehung mit bestimmten Schülern. Lediglich die lehrerbezogene Skala zeigte weder vom Prä- zum ersten Posttestzeitpunkt, noch vom ersten zum zweiten Posttestzeitpunkt oder vom Prä- zum zweiten Posttestzeitpunkt eine signifikante Verbesserung.

Mit Hilfe einer weiteren Untersuchung wurde die klinische Signifikanz der Schülerpersönlichkeit zu jedem Messzeitpunkt ermittelt. Während zu Beginn der Studie 13 der 23 Kinder eine klinische Signifikanz auswiesen, waren es zum ersten Posttestzeitpunkt nur noch 7 und zum zweiten lediglich 5 Schüler. Die Reduktion betrug in diesem Fall über 61%. Bei Interesse können spezielle Einzelfälle der Untersuchung in der Publikation nachgelesen werden (Muro et al. 2006, S. 48ff).

Im Anschluss an dieses Kapitel ist eine Zusammenfassung aller Untersuchungen zum Themenbereich personenzentrierte Einzelspieltherapie dieser Diplomarbeit zu finden, wobei die wichtigsten Informationen in Tabellenform gegenübergestellt werden. Diesbezüglich werden die Bereiche Art der Studie, Anzahl und Alter der Teilnehmer, Geschlecht der Teilnehmer, Frequenz und Dauer der Intervention, Erhebungsinstrumente, signifikante Veränderungen im Verhalten der Kinder sowie unveränderte bzw. nicht-signifikant veränderte Aspekte im Verhalten der Kinder beleuchtet.

3.2.5 Zusammenfassung

Einzelspieltherapie mit traumatisierten Kindern

	Scott et al. (2003)	Reyes & Asbrand (2005)
Art der Studie	Personenzentrierte Einzelspieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern	Langzeitstudie zur personenzentrierten Einzelspieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Insgesamt 26 Kinder zw. 3 und 9 Jahren Durchschnittsalter 5,6 Jahre Keine Kontrollgruppe	Insgesamt 18 Kinder zw. 7 und 16 Jahren Durchschnittsalter 11 Jahre Keine Kontrollgruppe
Geschlecht der Teilnehmer	19 weiblich 7 männlich	13 weiblich 5 männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Sieben bis dreizehn Einzelspieltherapieeinheiten innerhalb von 12 Wochen	Durchschnittlich einunddreißig Einzelspieltherapieeinheiten innerhalb von 9 Monaten
Erhebungsinstrumente	• Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979) • Behavior Assessment System for Children-Parents Rating Scale (BASC-PRS, Reynolds und Kamphaus 1992) • Abuse Behavior Checklist (ABC, Chaffin & Wherry 1993) • Client-Centered Play Therapist Rating Scale (CCPTRS, Scott, Starling, Anderson & Porter 1996) • Social/Environmental Update (Scott & Porter 1995)	• Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC, Briere 1996)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	• Verbesserung des Selbstwertgefühls	• Reduktion der Symptome Angst, Depression und Post-traumatischer Stress
Unveränderte bzw. nicht-signifikant veränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	• Keine signifikanten Veränderungen bezüglich internalisierende und externalisierende Verhaltensschwierigkeiten	• Keine signifikanten Veränderungen bezüglich Wut, Abgrenzung und Besorgnis hinsichtlich Sexualität

Tabelle 2

Einzelspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen

	Garza & Bratton (2005)	Baggerly & Jenkins (2009)
Art der Studie	Personenzentrierte Einzelspieltherapie mit lateinamerikanischen Kindern im Schulsetting	Personenzentrierte Einzelspieltherapie mit obdachlosen Kindern
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 15 Kinder Kontrollgruppe: 14 Kinder zwischen 5 und 11 Jahren	Insgesamt 36 Kinder zw. 5 und 12 Jahren Durchschnittsalter 8,2 Jahre keine Kontrollgruppe
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 6 weiblich 6 weiblich 9 männlich 8 männlich	18 weiblich 18 männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Fünfzehn 30-minütige Therapiesitzungen innerhalb von 15 Wochen	Durchschnittlich vierzehn 45-minütige Therapiesitzungen, jeweils 1 pro Woche, Range von 11 bis 25 Sitzungen
Erhebungsinstrumente	- Behavior Assessment System for Children-Parents Rating Scale (BASC-PRS, Reynolds und Kamphaus 1992) - Behavior Assessment System for Children-Teacher Rating Scale (BASC-TRS, Reynolds und Kamphaus 1992)	Boxall Profile (Bennathan & Boxall, 1998)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	Verminderung der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten vor allem der Conduct-Probleme (laut Elternangaben, nicht jedoch laut Lehrerangaben)	- Verbesserung des Gefühls emotionaler Sicherheit und Verstärkung der Akzeptanz von Grenzen - Steigerung des konstruktiven Umgangs mit Mitschülern und anderen Personen - Reduktion der Selbsteinschränkung, Verminderung des negativen Verhaltens sich selbst gegenüber
Unveränderte bzw. nicht-signifikant veränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	Reduktion des internalisierenden Verhaltens, vor allem bezüglich Angstempfindung, allerdings ohne statistisch relevanter Signifikanz (ebenfalls laut Elternangaben, nicht jedoch laut Lehrerangaben)	- Keine signifikanten Verbesserungen der Inkonsequenz und der undifferenzierten Bindung sowie der Organisation von Erfahrungen, geteilt in Aufmerksamkeit und Verknüpfung von Erlebnissen - Reduktion des negativen Verhaltens gegenüber anderen, allerdings nicht signifikant. - Stärkung des Selbstwertgefühles, jedoch ebenfalls nicht signifikant

Tabelle 3

Einzelispieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern

	Jones & Landreth (2002)	Ray et al. (2007)	Ray et al. (2009)
Art der Studie	Intensive personenzentrierte Einzelispieltherapie mit chronisch-kranken Kindern	Personenzentrierte Einzelispieltherapie mit Symptome von ADHD aufweisenden Kindern	Personenzentrierte Einzelispieltherapie mit aggressiven Kindern
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 15 Kin. Kontrollgruppe: 15 Kinder zwischen 7 und 11 Jahren Ø-Alter: 9,2 bzw. 9,6 Jahre	Interventionsgruppe: 31 Kin. Vergleichsgruppe: 29 Kinder Zwischen 5 und 11 Jahren Ø-Alter: 7,5 Jahre	Interventionsgruppe: 19 Kin. Vergleichsgruppe: 22 Kinder Zwischen 4 und 11 Jahren Ø-Alter: 7,2 Jahre
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 6♀ 9♂ Vergleichsgruppe: 7♀ 8♂	Interventionsgruppe: 5♀ 26♂ Vergleichsgruppe: 7♀ 22♂	Interventionsgruppe: 4♀ 15♂ Kontrollgruppe: 6♀ 16♂
Frequenz und Dauer der Intervention	Zwölf 30-minütige Therapiesitzungen innerhalb von 3 Wochen	Sechzehn 30-minütige Therapiesitzungen innerhalb von 22 Wochen	Vierzehn 30-minütige Therapiesitzungen innerhalb von 7 Wochen
Erhebungsinstrumente	- Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974) - Diabetes Adaptation Scale – Parent Form (DAS - PF)	- Index of Teacher Stress (ITS, Abidin 2004) - Conners´ Rating Scale – Revised (CTRS-R, Conners 2001)	- Children Behavioral Checklist (CBCL, Achenbach 2001) - Teacher´s Report Form (TRF, Achenbach 2001)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	Verbesserung der Akzeptanz der Krankheit	- Verbesserung der emotionalen Labilität sowie Reduktion des Angstausmaßes und des Rückzugverhaltens - Reduktion des Stressempfindens der Lehrer in Bezug auf die L-S-Beziehung	Reduktion des aggressiven Verhaltens nach Angaben der Lehrer
Unveränderte bzw. nicht-signifikant veränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Verminderung des Angstausmaßes und der übermäßigen Sensibilität (jedoch auch bei der VG) - Reduktion von Verhaltens-schwierigkeiten (ebenso bei der VG) - Steigerung des Willens zur Durchführung medizinischer Notwendigkeiten (unter der Signifikanzgrenze)	- Verminderung der Lernschwäche und des Aggressionsniveaus (kein signifikanter Unterschied zur VG, da beide Gruppen eine Verminderung aufzeigen) - Senkung der ADHD-Symptome (allerdings zeigte die VG ebenfalls eine signifikante Reduktion auf)	Keine signifikante Reduktion des aggressiven Verhaltens laut Elternaussagen

Tabelle 4

Einzeltherapie mit Kindern ohne Störungsbilder

	Muro et al. (2006)
Art der Studie	Personenzentrierte Langzeit-Spieltherapie
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Insgesamt 23 Kinder zwischen 4 und 11 Jahren Durchschnittsalter: 7,4 Jahre Keine Kontrollgruppe
Geschlecht der Teilnehmer	6 weiblich 17 männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Zweiunddreißig 30-minütige Therapiesitzungen von Anfang Herbst bis Ende Frühling, insgesamt 30 Wochen
Erhebungsinstrumente	- Teacher's Report Form (TRF, Achenbach 1991) - Index of Teacher Stress (ITS, Abidin 2004)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Reduktion des Stressempfindens der Lehrer in ihrer Beziehung zu Schülern - Verminderung der Verhaltensprobleme der Schüler - Abnahme der Anzahl an Kindern, die klinische Signifikanz aufwiesen um 61%
Unveränderte bzw. nicht-signifikant veränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	Keine signifikante Verbesserung der lehrerbezogenen Skala des Index of Teaching Stress

Tabelle 5

Die Forschungsaktivitäten im Bereich der Einzelspieltherapie der Jahre 2002 bis 2009 wiesen auf signifikante Verbesserung der Persönlichkeiten der teilnehmenden Kinder hin.

- Fünf Studien präsentierten eine Verminderung der externalisierenden und/oder internalisierenden Verhaltensprobleme der Kinder, wie beispielsweise Aggressivität oder Rückzugsverhalten (Garza & Bratton 2005, Muro et al. 2006, Ray et al. 2007, Baggerly & Jenkins 2009, Ray et al. 2009).⁴
- Eine Verminderung der Angst- und/oder Depressionssymptome zeigte sich bei drei Untersuchungen (Reyes & Asbrand 2005, Ray et al. 2007, Baggerly & Jenkins 2009). Eine weitere Studie wies auf eine Reduktion des Angstausmaßes hin, allerdings zu einem nicht signifikanten Ausmaß (Jones & Landreth 2002).
- Das Stresserleben der Lehrer in ihrer Beziehung zu den Schülern konnten im Zuge von zwei Studien Reduktionen herbeiführen (Muro et al. 2006, Ray et al. 2007). Das Stressempfinden der Kinder wurde in einer Studie, welche diesen Bereich untersuchte, signifikant minimiert (Reyes & Asbrand 2005).
- Zwei Untersuchungen zeigten einen Anstieg des Selbstwerts der Kinder (Scott et al. 2003, Ray et al. 2007).
- Zusätzlich wirkte sich die Spieltherapie auf die Verbesserung des konstruktiven Umgangs mit Mitschülern und anderen Personen, auf die Steigerung des Gefühls emotionaler Sicherheit und die Erhöhung der Akzeptanz von Grenzen bei obdachlosen Kindern aus (Baggerly & Jenkins, 2009).
- Chronisch kranke Kinder präsentierten eine verbesserte Akzeptanz ihrer Krankheit (Landreth und Jones 2002).

Nach dieser abschließenden Zusammenfassung beleuchtet das folgende Kapitel Untersuchungen der letzten 9 Jahre hinsichtlich der personenzentrierten Gruppenspieltherapie.

⁴ Bezüglich dieses Überblicks der Ergebnisse muss erwähnt werden, dass die jeweiligen Studien häufig unterschiedliche Aspekte der kindlichen Persönlichkeit untersuchten. Aus diesem Grund kann daraus nicht geschlossen werden, dass sich etwaige Bereiche in mehreren Studien nicht verbessern ließen, sondern lediglich, dass sie durch die Erhebungsinstrumente nicht ermittelt wurden.

4 Gruppenspieltherapie

4.1 Einführung in die Gruppenspieltherapie mit Kindern

Die personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern unterscheidet sich im Wesentlichen nicht sehr von der Einzeltherapie. Das Spiel ist in beiden Settings das Medium mit dessen Hilfe die Kinder ihre Gedanken und Gefühle ausdrücken können. Der Vorteil, welcher sich einerseits als Kosten- und Zeitersparnis darstellt, ist zwar ein Grund um Gruppenspieltherapie durchzuführen, andererseits jedoch liegt ein weitaus größeres Interesse daran Kindern besondere psychische Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten, die in der Gruppe stärker zu Tage kommen als dies in einer Einzeltherapie der Fall wäre. Vor allem soziale Erfahrungen in Hinblick auf Beziehungen können mit Hilfe der Gruppentherapie erlebt werden, wodurch bereits festgefahrene Beziehungsmuster teilweise verändert werden können. Goetze fasst die Vorteile der Gruppentherapie im Vergleich zur Einzeltherapie folgendermaßen zusammen:

- „ - andere Selbstexplorationsmöglichkeiten als in der Einzeltherapie sind gegeben;
- Das Spielhandeln hat stärkeren Realitätsbezug; [...]
- Eine Generalisierung des Lernens in der Therapie in Richtung auf den sozialen Alltag hin wird erleichtert;
- besonders für jüngere Kinder ist der Start in die Therapie in Gegenwart anderer Kinder weniger bedrohlich als in der Einzeltherapie;
- Die Gegenwart anderer Kinder kann den Beziehungsaufbau zum Therapeuten erleichtern; [...]
- überhaupt können von anderen Kindern Modellwirkungen ausgehen in Richtung auf Spontaneität, Explorationsverhalten, Problemlösen, Spielauswahl, usw., ein stellvertretendes Lernen durch Beobachtung findet statt [...]
- die Gruppentherapie gibt dem Therapeuten zugleich diagnostische Hinweise, wie ein Kind sich in der Gruppe bewegt bzw. in eine Gruppe einfügt.“ (Goetze 2002, S. 449)

Die Selbstexplorationsmöglichkeiten beziehen sich zu einem großen Ausmaß auf soziale Komponenten, da die Kinder im Vergleich zur Einzeltherapie versuchen mit einer Gruppe zu Recht zu kommen und sich im Umfeld dieser Gruppe ausdrücken.

Während die Kinder bestimmte Verhaltensweisen ausleben, erhalten sie Reaktionen der Gruppe, was ihnen wiederum hilft sich adäquate Verhaltensweisen für die Alltagswelt anzueignen.

Da das Spielen in einer Gruppe der Wirklichkeit, beispielsweise der Schulklasse oder der Familie, ähnlicher ist als das Spielen alleine beziehungsweise mit dem Therapeuten, entstehen schneller Generalisierungen in Bezug auf die Alltagswelt. Mit Hilfe des Therapeuten erleben die Kinder mit der Zeit immer häufiger befriedigende Beziehungssituationen, welche sie unterstützen ähnliche Erfahrungen in der Realität zu machen.

Im Vergleich zur Einzeltherapie besteht in Zuge der Gruppentherapie für die Teilnehmer die Möglichkeit voneinander zu lernen sowie positive emotionale und soziale Kompetenzen gemeinsam zu erarbeiten. Jenny et al. gehen davon aus, „dass im geschützten Raum der Gruppentherapie und auf dem Hintergrund der tragenden therapeutischen Beziehung zum Erwachsenen soziales Probehandeln stattfindet. Die Kinder experimentieren mit neuen (sozialen) Verhaltensweisen [...].“ (Jenny et al. 2006, S.95) So gesehen entsteht für die Kinder in der Therapiesituation die Möglichkeit Interaktionen und Aktivitäten auszuprobieren und zu üben. Die wahrscheinlich wichtigsten Erfahrungen neben der Exploration von bestimmten Gefühlen, die in der Realität vermutlich unerlaubt wäre, sind der Aufbau neuer Beziehungen, die Entfaltung empathischen Verständnisses gegenüber sich selbst und anderen Personen sowie die Entstehung von Vertrauen und der Abbau von Abwehrhaltungen. All das kann durch die personenzentrierte Gruppenspieltherapie gefördert werden.

Wie oben erwähnt unterscheiden sich die beiden Therapiearten jedoch nicht grundlegend von einander, da die elementaren Ziele jeweils die Verminderung von Inkongruenz und die damit einhergehende Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes, sowie eine Steigerung der Selbstakzeptanz und des Einfühlungsvermögens sind.

Allerdings hängen diese positiven Entwicklungen unter anderem auch von strukturellen Komponenten, wie der Größe und Ausstattung des Spielraumes, der Anzahl und Dauer der Spielstunden sowie der Gruppengröße ab. Obwohl hinsichtlich personenzentrierter Gruppenspieltherapie eher weniger einschlägige Literatur auffindbar ist, ergeben sich diesbezüglich in den vorhandenen Werken einige Widersprüche beziehungsweise Unterschiede. Der Spielraum sollte, darin ist sich die Majorität der Therapeuten einig, der Gruppengrößen angemessen sein.

Einerseits darf der Raum auf keinen Fall zu klein sein, sodass er das Spiel der Kinder einschränkt oder beeinträchtigt. Andererseits wäre es ebenso kontraproduktiv, die Kinder durch die Größe des Spielzimmers zu überfordern. Außerdem lässt ein großer Raum häufig zu wenig Kontakt zwischen den Kindern zu, da jede Person für sich alleine einen „Spielplatz“ besitzt. Die Dauer der Spielstunden wird ähnlich wie in der Einzeltherapie bemessen und beträgt durchschnittlich 45-90 Minuten. Wöchentliche Treffen sind die Regel, diese Frequenz kann allerdings bei Bedarf erhöht beziehungsweise gesenkt werden.

Die Gruppengröße ist laut Goetze (2002, S. 450) optimal, wenn sie nicht weniger als vier Kinder aufweist und sechs Kinder nicht übersteigt. Sowohl eine Ähnlichkeit des sozialökonomischen Umfelds sowie des Alters der Kinder, wobei hier eher auf das Entwicklungs- als auf das chronologische Alter geachtet werden sollte, sind bei der Zusammensetzung der Gruppe relevant. Geschlechtsspezifisch gemischte Gruppen werden in der Literatur selten befürwortet, da vor allem im Volksschulalter eher eine Ablehnung zwischen Mädchen und Buben herrscht beziehungsweise häufiger Hemmungen oder Konflikte entstehen. Aus diesem Grund werden homogene Gruppen in den meisten Fällen bevorzugt.

Von hoher Wichtigkeit in der Gruppenspieltherapie ist das Setzen von Grenzen, da die physische und psychische Unversehrtheit der Kinder zu einem höheren Ausmaß gefährdet ist, als vergleichsweise in der Einzeltherapie, obwohl auch hier die Grenzsetzung eine Relevanz besitzt. Ferner zeigen sich Grenzen in Bezug auf die Zerstörung von Spielmaterial beziehungsweise der Ausstattung des Raumes auf. Ungeachtet der Therapieart, wie auch im Kapitel vier dieser Diplomarbeit, hinsichtlich der Filialtherapie, nachzulesen ist, gestaltet sich der Vorgang der Grenzsetzung stets nach einem ähnlichen Schema. Der Therapeut benennt den Wunsch des Kindes eine Schranke zu übertreten, was bei einigen Kindern dazu führt, ihr Verhalten zu verändern. Wird dennoch in Richtung Grenzverletzung agiert, schlägt der Therapeut eine alternative Aktivität vor. Wenn dieses Angebot nicht angenommen wird, besteht die Möglichkeit eine Konsequenz für dieses Verhalten zu nennen, welche bei Grenzüberschreitung eingehalten werden muss.

Nach dieser Einleitung hinsichtlich der personenzentrierten Gruppentherapie wird im folgenden Kapitel die Effektivität der personenzentrierten Gruppentherapie mit Hilfe von Evaluationsstudien von beispielsweise Jenny et al (2006), Shen (2002) oder Baggerly (2004) dargestellt. Hierbei wird jeweils zunächst auf die Einzelheiten der Studien Bezug genommen, um anschließend die Methoden und die daraus resultierenden Ergebnisse aufzuzeigen.

4.2 Effektivität der Gruppenspieltherapie

4.2.1 Gruppenspieltherapie mit traumatisierten Kindern

Tyndall-Lind, Landreth und Giordano führten im Jahre 2001 eine Studie zur Gruppenspieltherapie mit traumatisierten Kindern durch, welche sich speziell auf Kinder, die häusliche Gewalt erlebt hatten, bezog (Tyndall-Lind et al. 2001). In diesem Setting bestand die Gruppe stets aus einem Geschwisterpaar im Alter zwischen 4 und 10 Jahren. Im Unterschied zu den oben genannten Untersuchungen wies diese sowohl eine Vergleichs- als auch eine Kontrollgruppe auf, welche jeweils Teil der Untersuchung von Kot (1995) waren. Tyndall-Lind et al. verglichen die Interventions- sowie die Kontrollgruppe von Kots Studie, intensive Spieltherapie mit Kindern, die häusliche Gewalt erlebten, mit ihrer Interventionsgruppe, welche wie erwähnt statt Einzeltherapie Geschwistertherapie durchführte. Die Interventionsgruppe von Tyndall-Lind et al. bestand aus 10 Kindern, 6 weiblichen und 4 männlichen, mit einem durchschnittlichen Alter von 6,2 Jahren. 6 Teilnehmer waren kaukasischer, 2 lateinamerikanischer und 2 afroamerikanischer Herkunft. Die Vergleichsgruppe, also jene Kinder, die intensive Einzeltherapie erhalten hatten, wies 11 Kinder mit 6 Mädchen und 5 Buben auf. Das Durchschnittsalter lag bei 6,9 Jahren und 5 Kinder waren kaukasischer, 3 lateinamerikanischer und 3 afroamerikanischer Zugehörigkeit. Die 11 Kinder der Kontrollgruppe, 7 weiblich und 4 männlich, waren im Mittel 5,9 Jahre alt. Der Großteil der Kontrollgruppe, nämlich 7 Kinder, war afroamerikanischer, 2 kaukasischer und ebenfalls 2 lateinamerikanischer Herkunft. Auch in dieser Studie herrschte eine hohe Ausfallsrate, da sich insgesamt 60 Kinder für die Teilnahme meldeten, doch nur die genannten 32 die Untersuchung beendeten. Diese Tatsache lag hauptsächlich an den Auszügen der Familien, die in diesem Fall zumeist in Frauenhäusern untergebracht waren.

Tyndall-Lind et al. benutzten zur Datenerhebung zwei Erhebungsinstrumente. Einerseits wurde auf den Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979) zurückgegriffen, um die Selbsteinschätzung der Kinder beurteilen zu können. Dieser Test misst den Selbstwert der Kinder, die eigene Wahrnehmung ihrer Kompetenzen und die generelle Zufriedenheit der Kinder mit ihren Lebensumständen. Eine genauere Beschreibung dieses Fragebogens lässt sich im Kapitel 2.2.1 nachlesen.

Andererseits zogen sie die Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach (1991) heran, welche mögliche Probleme im Verhalten sowie soziale Kompetenzen von 4 bis 18 jährigen Kindern und Jugendlichen misst. Die Eltern konnten die insgesamt 118 Fragen mit Antwortmöglichkeiten von nicht wahr bis häufig wahr beurteilen.

Tyndall-Lind et al. (2001) zeigten mit ihrer Studie zur personenzentrierten Geschwistertherapie in zahlreichen Aspekten des kindlichen Verhaltens positive Veränderungen auf. Die Kinder der Interventionsgruppe wiesen signifikant bessere Werte vom Prä- zum Posttest auf verglichen mit der Kontrollgruppe, welche keine Behandlung erhalten hatte.

Diese Verbesserungen lagen vor allem in den Bereichen, die mittels JPPSST gemessen wurden und in den Verhaltensproblemen, den externalisierenden Problemen, im Angst- sowie im Depressionserleben gemessen mit der CBCL.

Die Werte des Selbstkonzeptes der Interventionsgruppenkinder stiegen laut JPPSST vom Prä- zum Posttestzeitpunkt signifikant an, während die der Kinder der Kontrollgruppe dagegen abnahmen. Ferner beobachteten die Mütter, nach ihren Angaben in der CBCL, weniger aggressives Verhalten, sowie eine Minderung des Rückzugsverhaltens und der angst- und depressionserlebenden Momente. Die Kinder empfanden seltener Gefühle der Einsamkeit, der Nervosität, der Schuld oder Trauer. Delinquentes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, internalisierende Schwierigkeiten und körperliche Beschwerden konnten laut Elternangaben im Laufe der Gruppenspieltherapie nicht signifikant verändert werden.

Stellt man die personenzentrierte Einzeltherapie, in diesem Fall die Kinder aus Kots (1998) Untersuchung, der personenzentrierten Geschwistertherapie gegenüber, wie es von Tyndall-Lind et al. durchgeführt wurde, erscheinen in keinem Sektor des JPPSST oder der CBCL signifikante Unterschiede. Beide Therapieformen scheinen in gleichem Ausmaß effektiv zu sein und sind jeweils in den oben genannten Bereichen effektiver als keine Intervention.

Dennoch heben Tyndall-Lind et al. den Vorteil der Gruppenspieltherapie im Gegensatz zur Einzeltherapie vor allem in Bezug auf Kinder, die häusliche Gewalt erleben mussten, hervor indem sie schreiben „During intensive sibling group play therapy, children experienced a new family dynamic compared to children in intensive individual play therapy who only had access to the positive relationship between themselves and the therapist.“ (Tyndall-Lind 2001, S. 74).

Auf die Vorzüge einer Gruppe in der Therapiesituation, um eine möglichst alltagsähnliche Situation zu schaffen, weist auch Goetze hin (Goetze 2002, S. 449), da in den Gruppentherapiestunden etliche Erfahrungen gewonnen werden können, welche im Leben außerhalb der Therapie äußerst hilfreich für Kinder sein können. Diese positiven Aspekte sind auch auf Seite 37 dieser Diplomarbeit angeführt.

Eine besondere Studie im Hinblick auf die Effekte personenzentrierter Gruppentherapie bezüglich Angst, Depression und Verhaltensanpassung bei traumatisierten Kindern wurde von Shen (2002) durchgeführt. Die Besonderheiten dieser Untersuchung lagen darin, dass sie zum Einen in Taiwan stattfand und sich zum Anderen an Kinder richtete, die 1999 ein verheerendes Erdbeben miterleben mussten. Shen betont den Mangel an Untersuchungen, welche sich mit westlichen Methoden auf östliche Kulturen beziehen: „Few studies have reported its (play therapy’s, Anm. des Verfassers) effectiveness with disaster survivors [...] and children of non-Western cultures.” (Shen 2002, S. 45) Um diesen Mangel partiell zu beheben überprüfte Shen mit Hilfe von je einem Prä- und Posttest sowie zusätzlich einer Kontrollgruppe die Wirksamkeit der zweiwöchigen Kurzzeitintervention. Die Eltern von 244 Schülern wurden kontaktiert, um ihren Kindern die Teilnahme an einer personenzentrierten Gruppentherapie zu ermöglichen. Insgesamt willigten Eltern von 65 Kindern ein, ihr Kind teilnehmen zu lassen. Shen erklärte diese niedrige Anzahl in dieser Weise „The relatively low number might reflect traditional Chinese culture’s unfamiliarity with Western psychological interventions.“ (Shen 2002, S. 46) Trotz der mäßigen Anzahl an Teilnehmern wurde die Gruppe ein weiteres Mal minimiert. 30 der 65 Schüler wurden durch die Ergebnisse der Children’s Mental Health Checklist (CMHC, Gordon et al. 1999) als eine Verhaltensstörung aufweisend oder hochriskant diese zu entwickeln, eingeschätzt. Jeweils die Hälfte dieser 30 Schüler wurde zufallsbedingt entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Altersrange lag hierbei zwischen acht und zwölf Jahren, da die Schüler die dritte bis sechste Klasse besuchten. In der Interventionsgruppe befanden sich 8 männliche und 7 weibliche, in der Kontrollgruppe 6 männliche und 9 weibliche Teilnehmer. Die Interventionsgruppe wurde schließlich in fünf Gruppen zu je drei Kindern unterteilt, angepasst an die Größe des Raumes, welcher für die Spieltherapie von der Schule zur Verfügung gestellt wurde. Die jeweilige Gruppe traf sich zwei bis dreimal pro Woche, um eine durchschnittlich 40-minütige Einheit auszuführen. Insgesamt hatte jede Gruppe zehn Zusammenkünfte über einen Zeitraum von vier Wochen.

Die Erhebungsinstrumente Shens Untersuchung umfassten einerseits die Children’s Mental Health Checklist (CMHC, Gordon et al. 1999), welche lediglich vor der Intervention von den Eltern auszufüllen war, sowie die Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974), welche vor und nach der Therapie bearbeitet wurde. Erstgenannte besteht aus 25 Ja/Nein Fragen, welche ein Ergebnis zwischen -10 und 15 erzeugen.

Je höher das Resultat ausfällt, desto dringender benötigt das Kind eine therapeutische Intervention. Die FPC beleuchtet mit 108 Items das Verhalten, die psychologischen Umstände, Beziehungen, körperliche Beschwerden, das Ess- und Schlafverhalten sowie die schulischen Leistungen. Die Eltern können im Antwortniveau zwischen drei Stufen, von nicht problematisch bis äußerst problematisch, wählen, um ihr Kind einzuschätzen. Die von den Kindern zu bearbeitenden Fragebögen waren die Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS, Reynolds und Richmond 1958), um das Angstausmaß zu ermitteln und das Multiscore Depression Inventory for Children (MDI-C, Berndt und Kaiser 1996), welches das Depressions- und Angstniveau, das Selbstvertrauen, die Hilflosigkeit und soziale Zurückgezogenheit, das Ausmaß an Pessimismus und Widerstand sowie das Suizidrisiko des Kindes erfasst.

Mit Hilfe der genannten Erhebungsinstrumente konnte Shen (2002) folgende Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der acht bis zwölfjährigen Teilnehmer aufzeigen. Das Signifikanzniveau wurde wie in nahezu allen Studien bei $p < 0,05$ gesetzt.

In Hinblick auf die Ergebnisse der RCMAS präsentierte sich eine hochsignifikante Reduktion des Angstausmaßes der Kinder der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Sowohl die physiologische Angst als auch das Niveau an Übersensibilität sanken hochsignifikant. Die Werte der Subskala soziale Besorgnis konnten bei der Interventionsgruppe dezimiert werden, während die Kontrollgruppe diesbezüglich eine Erhöhung von Prä- zu Posttest aufwies. Allerdings konnte dennoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen dargelegt werden. Ebenso wurde keine signifikante Differenz im Bezug auf die Subskala Lüge gefunden.

Mit Hilfe der Werte der MDI-C wurde die Effektivität bezüglich der Minderung des Suizidrisikos bewiesen, da eine signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppe stattfand. Ferner wies die Interventionsgruppe eine Abnahme des Depressionsausmaßes auf, welches jedoch im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht als signifikant zu beurteilen war.

Dasselbe Ergebnis findet sich bei den Subskalen Angst, Selbstvertrauen, Hilflosigkeit und soziale Zurückgezogenheit, Pessimismus und Widerstand, welche zwar schwanden, aber keine wissenschaftlich signifikante Differenz zur Kontrollgruppe zeigten.

Laut Elternaussagen veränderte sich das Verhalten der Kinder in der Interventionsgruppe zum Positiven, ohne allerdings das Signifikanzniveau zu überschreiten, wodurch die Verbesserung statistisch nicht relevant war.

Problematisch bei der Betrachtung der Ergebnisse in Bezug auf die Elternaussage ist in dieser Untersuchung die unbekannte Validität des Erhebungsinstruments Filial Problem Checklist. Weiters wurden alle verwendeten Fragebögen von der englischen in die chinesische Sprache übersetzt, wodurch möglicherweise die Reliabilität litt. In diesem Sinne sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten und weitere Studien im östlichen Kulturkreis angebracht.

Das nachstehende Unterkapitel erläutert im Folgenden die von Baggerly (2004), durchgeführten Studien zu personenzentrierter Gruppentherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen.

4.2.2 Gruppenspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen

Im Jahre 2004 fand eine personenzentrierte Gruppentherapie, geleitet von Jennifer Baggerly, statt, welche sich auf die Veränderung des Selbstkonzeptes und des Ausmaßes von Ängsten und Depressionen bei obdachlosen Kindern bezog (Baggerly 2004). Baggerly erreichte die Kinder durch Eltern und Lehrer, die in einem Obdachlosen asyl wohnten beziehungsweise arbeiteten. Zu Beginn der Studie nahmen 42 Kinder teil, allerdings wurden die 9 bis 12 Therapiestunden lediglich von 25 Kindern abgeschlossen. Der relativ hohe Anteil an Abbrüchen wird von Baggerly durch die abrupten Umzüge der Teilnehmer erklärt. Die Kinder der Studien waren zwischen 5 und 11 Jahre alt, das durchschnittliche Alter lag bei 8 Jahren. In diese Studie wurden 31 männliche und 11 weibliche Teilnehmer mit einbezogen. Auch die Ethnizität der Kinder wurde von Baggerly angegeben. 30 der 42 Teilnehmer waren afroamerikanischer, 7 kaukasischer und 5 lateinamerikanischer Zugehörigkeit. Die Gruppengröße beschränkte sich aufgrund des geringen Platzes im Spielzimmer auf zwei Kinder. Obwohl die Studie anfänglich eine Kontrollgruppe vorgesehen hatte, konnte diese Zielsetzung nicht erreicht werden, da laut Baggerly (2004, S. 37) sowohl die Eltern als auch die Lehrer für möglichst viele Kinder einen Platz in der Interventionsgruppe erhalten wollten.

Die Studie von Baggerly bezog insgesamt vier Erhebungsinstrumente ein, welche vor und nach der Intervention von den Teilnehmern bearbeitet wurden. Um das Selbstkonzept zu überprüfen wurde analog zu Tyndall-Lind et al. (2001) der Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test herangezogen (JPPSST, Joseph 1979), welcher im obigen Kapitel erläutert wurde. Das Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs 1992) beleuchtet depressive Symptome bei Kindern, wobei mit Hilfe der Subskalen vor allem auf negative Stimmung, zwischenmenschliche Probleme, Anhedonie und ein negatives Selbstwertgefühl geachtet wird. Des Weiteren wurde die Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) von Reynolds und Richmond (1985) angewandt, womit das Ausmaß der kindlichen Angst erfasst wird. Die Subskalen dieses Erhebungsinstruments beziehen sich auf physiologische Angst, Sorge und Übersensibilität, soziale Besorgnis und Lügen. Schließlich fand die Child Anxiety Scale (CAS) von Gillis (1980), ebenfalls auf die Ängstlichkeit der Kinder bezogen, Einzug in die Studie.

Auch Baggerly (2004) traf in ihrer Untersuchung auf Unterschiede zwischen den Daten des Prä- und Posttests. Vor der Durchführung der Gruppenspieltherapie hatten laut Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test 21 von 37 Kindern ein niedriges Selbstwertgefühl und 13 Kinder wiesen nach den Erhebungen mit dem Children's Depression Inventory, der Child Anxiety Scale oder der Revised Children's Manifest Anxiety Scale entweder klinische Ausmaße an Depression oder Angst auf.

Bezüglich der Erhebungen des JPPSST stellte Baggerly signifikante Verbesserungen bezüglich des Selbstwertgefühls der Kinder fest. Vor allem das allgemeine Selbstwertgefühl und die Subskala Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen wiesen signifikante Fortschritte auf. Die Subskala generelle Zufriedenheit mit den Lebensumständen zeigte allerdings keine statistisch relevante Änderung.

Die Ergebnisse des Children's Depression Inventory präsentierten eine signifikante Abnahme der negativen Stimmung sowie des negativen Selbstwertgefühls. Das Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen und Anhedonie konnten allerdings nicht mit Hilfe der Gruppenspieltherapie in positiver Weise verändert werden.

Schließlich ergaben auch die Erhebungen der Revised Children's Manifest Anxiety Scale und der Child Anxiety Scale erwähnenswerte Resultate. Obgleich die Subskalen Übersensibilität sowie soziale Besorgnis keine signifikante Veränderung aufzeigten, konnten sowohl die physiologische Angst als auch das allgemeine Ausmaß an Angst laut RCMAS durch die Intervention verringert werden.

Insgesamt wies Baggerly's Studie folglich positive Effekte bei obdachlosen Kindern hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls, ihrer negativen Stimmung und ihrer Ängstlichkeit, hierbei vor allem hinsichtlich der physiologischen Ängstlichkeit, auf. Die geringe Verbesserung anderer Aspekte, wie beispielsweise der allgemeinen Zufriedenheit mit den Lebensumständen, der Anhedonie, der Übersensibilität und der sozialen Besorgnis der Kinder führte Baggerly (2004, S. 39ff) auf die chaotische Atmosphäre und den hohen Lärmpegel der Obdachlosenasyile sowie auf die Unsicherheit der Kinder in Bezug auf ihre familiäre Zukunft zurück.

Ein Jahr nach der Untersuchung zur Wirksamkeit der personenzentrierten Gruppenspieltherapie bei obdachlosen Kindern führte Baggerly gemeinsam mit Parker eine weitere Studie durch, welche sich auf afroamerikanische Buben im Volksschulalter bezog. Die insgesamt 22 teilnehmenden Schüler, im Alter von 5 bis 10 Jahren, wurden in Zweiergruppen zusammengestellt, wobei diese Kleingruppen zumeist auf einer Geschwisterbeziehung oder Freundschaft der beiden Schüler basierten. Ein- bis zweimal wöchentlich fanden anschließend die durchschnittlich 10 Gruppenspieltherapiesitzungen statt. Die Veränderungen hinsichtlich der kindlichen Persönlichkeit wurden allerdings im Unterschied zu den genannten Studien qualitativ anstatt quantitativ untersucht. Dennoch werden die wichtigsten positiven Entwicklungen der Schüler im Folgenden kurz aufgezeigt.

Mit Hilfe von Beobachtungen wurde überprüft, ob sich bestimmte Komponenten des Selbstvertrauens im Zuge einer Gruppenspieltherapie verbessern ließen. Baggerly und Parker achteten dabei auf fünf Unterkategorien des Selbstvertrauens, die sie folgendermaßen benannten, „Seeing self as capable, [...] Sense of belonging [...] Optimism about the future [...] Coping with failure [...] Role models [...]“ (Baggerly & Parker 2005, S. 391f) Die Stärkung dieser auf deutsch übersetzten Merkmale sich selbst als fähig ansehen, Zugehörigkeitsgefühl, Optimismus hinsichtlich der Zukunft, Bewältigung von Fehlern und Vorbilder (Übersetzung d. Verf.) wurde von den Autoren durch Teile von Beobachtungsprotokollen in ihrem Artikel aufgezeigt. Vor allem half die personenzentrierte Gruppentherapie ein positives Selbstkonzept der afroamerikanischen Kinder neben den rassistischen Einflüssen aufzubauen. Baggerly und Parker verdeutlichten diese Tatsache wie folgt: „During the play sessions we implemented, some African American boys demonstrated a positive self-concept and internal strength by responding appropriately to other children’s racist comments and behavior.“ (Baggerly & Parker 2005, S. 393)

Nichtsdestotrotz wäre es sinnvoll diese Untersuchung mit Hilfe von quantitativen Methoden und möglicherweise Vergleichsgruppen zu repetieren, um die in dieser Studie aufgefundenen Resultate zu belegen.

Im Kapitel 4.2.3 findet sich eine Darstellung der Untersuchungen und der Effektivität von Gruppenspieltherapien mit Kindern, welche spezifische Störungsbilder aufweisen. Hierbei werden die Studien von Packman und Bratton (2003) sowie jene von Danger und Landreth (2005) beleuchtet.

4.2.3 Gruppenspieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern

Packman und Bratton untersuchten 2003 die Effektivität der Gruppenspieltherapie bezogen auf lernbehinderte Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten. Dazu zogen sie eine Prä/Posttestuntersuchung heran, die ferner eine Interventions- und Kontrollgruppe aufwies. Die 30 teilnehmenden Kinder aus der vierten und fünften Schulstufe im Alter zwischen 10 und 12 Jahren wurden zufällig den oben genannten Gruppen zugeteilt. 24 Schüler partizipierten bis zum Ende der Untersuchung. Die Interventionsgruppe setzte sich aus 10 männlichen und 2 weiblichen Teilnehmer zusammen, während die Kontrollgruppe 8 Buben und 4 Mädchen beinhaltete. 7 Kinder besuchten zur Zeit der Studie die vierte Klasse, davon wurden 4 der Interventionsgruppe zugeteilt. Die fünfte Klasse wurde von 17 Schülern besucht, wobei 8 eine Intervention erhielten. Hauptsächlich waren die Schüler kaukasischer Abstammung. Lediglich ein Teilnehmer war afroamerikanischer und ein weiterer lateinamerikanischer Herkunft. Die Intervention umfasste 12 Sitzungen, welche wöchentlich für eine Stunde stattfanden. Dazu wurden die 15 Teilnehmer in fünf Gruppen zu je drei Personen unterteilt.

Die Erhebungsinstrumente setzten sich einerseits zusammen aus der Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Form (BASC-PRF) von Reynolds und Kamphaus (1992), womit das Verhalten der Kinder sowohl zu Hause als auch in der Schule durch Eltern, Lehrer und Schüler selbst eingeschätzt werden kann. Internalisierende und externalisierende Fehlanpassungen können mit Hilfe dieses Fragebogens aufgefunden werden. Andererseits verwendeten Packmann und Bratton für ihre Untersuchung die Child Behavior Checklist von Achenbach (1991), welche bereits im obigen Kapitel erläutert wurde. Des Weiteren bezogen die Autoren qualitative Daten in ihre Studie ein, indem sie kurze Interviews mit den Eltern, Lehrern und Teilnehmern durchführten, die aus den folgenden beiden Fragen bestanden. „Do you have any questions or feedback for me? Is there anything else you would like me to know?“ (Packmann et al. 2003, S. 13). Außerdem beschrieben Beobachter, die den Gruppensitzungen beigewohnt hatten, ihre Wahrnehmungen in Bezug auf die Geschehnisse in den Therapiestunden.

Insgesamt zeigte die Studie eine relativ hohe Effektivität auf, vor allem im Hinblick auf das Verhalten der Interventionsgruppe. Die Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Form wies bezüglich internalisierender Probleme einen starken Fortschritt innerhalb der Interventionsgruppe auf, während die Skala der internalisierenden Probleme in der Kontrollgruppe sogar eine leichte Verschlechterung darlegte. Sowohl die Child Behavior Checklist als auch die BASC bestätigten, dass mit Hilfe der personenzentrierten Gruppentherapie das Ausmaß an Angst und Depression bei den Kindern gemildert werden konnte. Eine Besserung der somatischen Erkrankungen, wie Kopf- und Bauchschmerzen sowie Übelkeit, wurde zwar mit moderatem Effekt aufgezeigt, befand sich allerdings nicht im Signifikanzbereich. Aufmerksamkeitsprobleme konnten durch die Intervention verbessert werden, wodurch die Schüler weniger Schwierigkeiten hatten an einer Aufgabe länger zu arbeiten und weniger Aufwand für schulische Angelegenheiten benötigten. Obgleich die Werte der externalisierenden Probleme weniger Verringerung aufwiesen als die der internalisierenden, gab es einige erwähnenswerte Fortschritte. Sowohl das delinquente als auch das aggressive Verhalten reduzierten sich dank der Therapie. Die Überaktivität der Kinder verringerte sich, während die Geduld und die Höflichkeit anderen Schülern gegenüber anstiegen. Die Teilnehmer der Gruppentherapie hatten anschließend weniger Schwierigkeiten mit Unzufriedenheit, kamen besser mit den Gefühlen anderer Personen zurecht und zeigten weniger Interesse an Streit und der Zerstörung des Eigentums anderer. Die externalisierenden Probleme stiegen in der Kontrollgruppe von Prä- zu Posttest dagegen an.

Auch die Beobachtungsprotokolle präsentierten ein ähnliches Bild. Ein Großteil der Kinder der Interventionsgruppe veränderte seine Persönlichkeit weg von Ängstlichkeit und Rückzug hin zu Selbstvertrauen und Engagement. Interviews mit den Lehrern ergaben, dass die Schüler während der Stunden und auch in den Spiel- beziehungsweise Essenszeiten weniger ungeduldig und impulsiv waren. Weiters wurden neue Freundschaften aufgrund der gemeinsamen Gruppenspieltherapie geknüpft und insgesamt konnten die Beobachter einen Anstieg an Interaktion unter den Kindern erkennen.

2005 stellten Danger und Landreth ihre Studie zur personenzentrierten Gruppenspieltherapie mit Kindergartenkindern, die Sprachstörungen aufwiesen, vor. Die Altersrange der 21 Teilnehmer lag zwischen 3 Jahren und 11 Monaten und 6 Jahren und 10 Monaten. Mit Hilfe einer Zufallsverteilung wurden 10 Kinder der Kontroll- und 11 Kinder der Interventionsgruppe zugeteilt. In ersterer befanden sich 9 Buben und 1 Mädchen, während sich die andere Gruppe aus 2 weiblichen und ebenfalls 9 männlichen Klienten zusammensetzte. Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten folgende Kriterien erfüllt sein. Das Kind musste an einer Sprachtherapie partizipieren, durfte jedoch nicht in einer anderen Psychotherapie als der Gruppenspieltherapie mitwirken und in der Lage sein alle 25 Sitzungen der Spieltherapie wahrnehmen zu können. Die Ethnizität der Kinder war hauptsächlich kaukasisch, da 8 Teilnehmer der Kontrollgruppe und 9 der Interventionsgruppe dieser Herkunft angehörten. Die verbleibenden 4 Kinder wiesen lateinamerikanische Abstammung auf. Im Zuge der Untersuchung wurden jeweils zwei Teilnehmer, die ein ähnliches Alter aufwiesen, zu einer Gruppe formiert. Anschließend fanden 25 Spieltherapietreffen, eine pro Woche, zu je 30 Minuten statt. Jedes Kind, welches in die Studie einbezogen wurde, hatte eine diagnostizierte Sprachstörung, wie beispielsweise Artikulationsschwierigkeiten oder Ausdrucksfähigkeitsverzögerungen.

Um den eventuellen Fortschritt im sprachlichen sowie im emotionalen Bereich zu ermitteln fanden vier Erhebungsinstrumente vor und nach der Intervention Anwendung. In Bezug auf die Bestimmung der Artikulationsfähigkeiten wurde der Goldman Fristoe Test of Articulation (GFTA, Goldman und Fristoe 2000) eingesetzt. Der Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R, Dunn und Dunn 1997) erforschte das vorhandene Vokabular der Kinder, um im Zuge dessen eine Schätzung der verbalen Fähigkeiten und der schulischen Eignung bieten zu können. Hinsichtlich der Untersuchung der Kommunikation in der Klasse sowie der Lernschwierigkeiten bezüglich der englischen Sprache, in diesem Fall der Muttersprache der Kinder, wurde die Clinical Evaluation of Language Fundamentals Third Edition (CELF-3, Wilig, Secord und Semel 1992) verwendet. Sowohl Eltern als auch Lehrer können damit ihre Einschätzungen zu Hör-, Sprach-, Lese- und Schreibqualifikationen des Kindes abgeben. Burks' Behavior Rating Scale (BBRS, Burks 1977) stellt im Gegensatz zu den genannten Fragebögen ein Instrument dar, welches sich mit den Verhaltensproblemen von Kindergartenkindern beschäftigt und wird ebenfalls von den Eltern und Lehrern der Kinder bearbeitet.

Die Werte der Studie wurden in Bezug auf ein 0,5 Signifikanzlevel getestet und ergaben die folgenden Resultate.

Hinsichtlich des Goldman Fristoe Test of Articulation konnte kein Unterschied zwischen dem Fortschritt der Interventions- und der Kontrollgruppe bewiesen werden, obgleich eine Verbesserung der Artikulationsfähigkeiten in der Interventionsgruppe aufgefunden wurde. Diese war allerdings wissenschaftlich nicht signifikant.

Auch die Ergebnisse des Peabody Picture Vocabulary Test – Revised lagen über dem gesetzten Signifikanzniveau und zeigten trotz einer vorhandenen Verbesserung der sprachlichen Aufnahmefähigkeit der Interventionsgruppe keine genügend große Relevanz.

Ein relativ starker positiver Effekt in der Interventionsgruppe wies die Clinical Evaluation of Language Fundamentals Third Edition auf, jedoch lagen die Werte der beiden Gruppen zu nahe beieinander, um eine wissenschaftliche Signifikanz anzugeben.

Sowohl die Eltern als auch die Lehrer führten mit Hilfe der Burks' Behavior Rating Scale die Angstwerte der Kinder an. Da die Ergebnisse vor der Intervention schon bei nahezu allen Schülern der Studie den niedrigsten Wert an Angsterlebnis darstellten, konnte die Spieltherapie diese Werte nicht noch mehr senken.

Obwohl die drei erstgenannten Erhebungsinstrumente bei der Interventionsgruppe eine moderate Verbesserung der sprachlichen Möglichkeiten im Vergleich zur Kontrollgruppe ergaben, gelten die Resultate nicht als signifikant im wissenschaftlichen Sinne. Laut Danger und Landreth (2005) wäre es möglich, dass eine Studie mit größerem Stichprobenumfang andere Ergebnisse aufzeigen könnte.

Das anschließende, letzte Unterkapitel bezieht sich auf Gruppenspieltherapie mit Kindern, die keine spezifischen Störungsbilder aufweisen. In diesem Zusammenhang wird auf die Studie von Jenny et al. (2006) aufmerksam gemacht.

4.2.4 Gruppenspieltherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder

Eine erwähnenswerte Evaluationsstudie hinsichtlich der personenzentrierten Gruppenspieltherapie führten Jenny et al. im Jahre 2006 durch. Es wurden sieben Gruppentherapien realisiert, welche insgesamt 33 Buben einbezogen. Das Durchschnittsalter lag bei 9,6 Jahren, wobei eine Altersrange zwischen 7,9 und 12,4 Jahren existierte. Eher unüblich für das personenzentrierte Konzept wurden eingangs Diagnosen der Störungsbilder der Kinder nach ICD-10 eingeholt. Vornehmlich handelte es sich bei den Gruppenteilnehmern um Kinder mit externalisierenden Störungen im Sozialverhalten, obgleich 18% eine internalisierende Störung, wie beispielsweise soziale Ängstlichkeit, aufwies.

Um adäquate Daten zu erhalten entschieden sich Jenny et al. für insgesamt vier Messzeitpunkte, welche direkt vor und nach der Gruppenspieltherapie beziehungsweise als erster Katamnesezeitpunkt sechs Monate und als zweiter Katamnesezeitpunkt zwölf Monate nach Beendigung der Therapie stattfanden. Bei den verschiedenen Fragebögen, welche von Eltern, Kindern und Lehrern ausgefüllt wurden, handelte es sich um die folgenden. Eltern bekamen zu jedem der vier Untersuchungszeitpunkte die Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach (1991). Lehrer erhielten analog dazu die Teacher's Report Form (TRF, Achenbach 1991) mit ebenfalls 118 Items, welche die schulischen Leistungen, aber auch die emotionalen sowie Verhaltensauffälligkeiten beleuchten. Externalisierende Störungen wurden mit Hilfe des Fragebogens Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV (OPT) nach Lutz (1998) evaluiert. Für die Auffindung der internalisierenden Symptomatik wurde die Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R-D) von La Greca und Stone (1993) herangezogen. Ferner fanden die Fear-Survey-Schedule for Children (FSSC-R, Ollendick 1978 beziehungsweise die deutsche Version von Steinhausen 1996) sowie der Familien-Identifikations-Test (FIT) nach Remschmidt und Mattejat (1999) Einzug in die Evaluation.

Die personenzentrierte Gruppenspieltherapie, wie sie von Jenny et al. durchgeführt wurde, erwies sich in mehreren Faktoren als außerordentlich wirksam. Sowohl die Kinder und Eltern als auch die Lehrer gaben diesbezüglich positive Rückmeldungen. Die Autoren zeigten auf, dass „konsistent berichtet [wurde, Anm. des Verfassers], dass sich die Sozialkompetenz, das Selbstwertgefühl, empathisches Wahrnehmen und Denken, prosoziales Verhalten sowie das Akzeptieren von sozialen Regeln deutlich verbessert und sich die aggressive und/oder angstbezogene Symptomatik zugleich verringert habe.“ (Jenny et al. 2006, S. 104)

Begutachtet man die Ergebnisse genauer, zeigen sich positive Effekte in den folgenden Teilgebieten der Child Behavior Checklist. Aggressives Verhalten sank hoch signifikant (hierbei wird von $p \leq 0,001$ ausgegangen) von T0 (Prätest) nach T1 (Posttest). Ebenso entwickelte sich eine signifikante Reduktion ($p \leq 0,01$) der körperlichen Beschwerden und des dissozialen Verhaltens im oben genannten Zeitraum. Vom Posttest bis zum ersten Katamnesezeitpunkt nahmen die Werte der Symptome sozialer Rückzug sowie Angst/Depression hochsignifikant ab. Lagen psychische Störungen bei den Eltern vor, zeigten Kinder erhöhte Angstwerte und ein größeres Ausmaß an sozialen Problemen im Vergleich zu Kindern, deren Eltern keine Krankheiten aufwiesen. Im Laufe der Gruppentherapie nahmen diese Werte allerdings vor allem bei Kindern von belasteten Eltern auffällig ab, sodass am Ende der Therapie die Werte aller Kinder, ungeachtet der Störungen ihrer Eltern, nahezu auf demselben Niveau anzutreffen waren. Demnach zeigte sich, dass Kinder, welche möglicherweise von einer belastenden häuslichen Umwelt umgeben sind, von einer personenzentrierten Gruppenspieltherapie profitieren können.

In Bezug auf die Social Anxiety Scale for Children-Revised reduzierte sich das ängstliche Verhalten der Kinder laut Beurteilung der Eltern ebenfalls signifikant. Hierbei fanden die hauptsächlichen Entwicklungen zwischen Prätest und den Katamnesezeitpunkten statt, wobei zwar von T0 zu T2 eine Signifikanz mit $p \leq 0,01$, von T0 zu T3 (dem zweiten Katamnesezeitpunkt) allerdings sogar eine Signifikanz mit $p \leq 0,001$ vorlag. Unter den verschiedenen Skalen der SASC-R-D schätzten die Eltern vor allem die Angst vor Kritik und das Vermeidungsverhalten als sich in eine positive Richtung entwickelnd ein.

Auch die Schüler erlebten in diesen Gebieten signifikante Verbesserungen, doch während laut Elternaussage die Angst der Kinder vor Kritik in einem größeren Ausmaß abgenommen hatte, gaben die Buben eine stärker ausgeprägte Veränderung im Vermeidungsverhalten an.

Die Evaluationsstudie zeigt insgesamt einige positive Veränderungen der kindlichen Persönlichkeit auf, welche sich vornehmlich auf die Reduktion von Angst und aggressivem Verhalten beziehen. Jenny et al. unterstreichen mit dem nachfolgenden Zitat, dass die Gruppenspieltherapie auch auf weitere Bereiche positiven Einfluss ausüben kann:

„Es kann aufgrund der hier präsentierten Befunde festgehalten werden, dass sich die personenzentrierte Gruppentherapie [...] auch bei Störungen im Kindesalter, die mit Beeinträchtigungen der sozialen Kompetenzen einhergehen, als wirksam erwiesen hat. Dies bildet sich auch in den Gesprächen mit den Kindern, Eltern und der Schule nach Ende der Gruppentherapie und zu den beiden Katamnesezeitpunkten ab.“ (Jenny et al 2006, S. 104)

Die gewünschten Veränderungen traten sowohl bei Einzel- als auch bei Geschwisterkindern auf, jedoch muss diesbezüglich erwähnt werden, dass beispielsweise die Angstwerte der Einzelkinder nach Beendigung der Therapie wieder anstiegen, während jene der Geschwisterkinder weiterhin abfielen. Jenny et al. gehen davon aus, dass Einzelkinder folglich von einer Gruppentherapie profitieren können, der Effekt allerdings nicht gleichermaßen erhalten oder gar aufgebaut werden kann, wie es bei Geschwisterkindern der Fall ist. Ein Grund dafür könnte die Tatsache sein, dass Geschwisterkinder die Möglichkeit besitzen die neu erlernten Strategien in der Beziehung zu ihren Geschwistern zu üben und gleichzeitig zu festigen.

Abschließend veranschaulichen Tabelle 6 bis 9 des nachstehenden Kapitels die Art der Studie, die Anzahl, das Alter und das Geschlecht der Teilnehmer sowie die Frequenz und Dauer der Intervention, die Erhebungsmethoden und die wichtigsten Ergebnisse der erläuterten Studien zur personenzentrierter Gruppenspieltherapie. Die Tabellen sind, analog zu den Tabellen des vorhergegangenen Kapitels, in folgende Bereiche unterteilt: Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit traumatisierten Kindern, Gruppenspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen, Gruppenspieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern und Gruppenspieltherapie mit Kindern ohne spezifischen Störungsbilder.

4.2.5 Zusammenfassung

Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit traumatisierten Kindern

	Tyndall-Lind et al. (2001)	Shen (2002)
Art der Studie	Intensive personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit Kinder, die häusliche Gewalt erlebten	Personenzentrierte Kurzzeit-Gruppenspieltherapie mit chinesischen Erdbebenopfern
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 10 Kinder Vergleichsgruppe: 11 Kinder Kontrollgruppe: 11 Kinder Zwischen 4 und 10 Jahren	Interventionsgruppe: 15 Kinder Kontrollgruppe: 15 Kinder Zwischen 8 und 12 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 6 weiblich 4 männlich Vergleichs- und Kontrollgruppe : 6 weiblich 7 weibliche 5 männlich 4 männlich	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 7 weiblich 9 weiblich 8 männlich 6 männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Zwölf 45-minütige Gruppenspieltherapiesitzungen innerhalb von 12 Tagen	Zehn 40-minütige Gruppenspieltherapiesitzungen innerhalb von 4 Wochen
Erhebungsinstrumente	- Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) - Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979)	- Children's Mental Health Checklist (CMHC, Gordon et al. 1999) - Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974) - Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS, Reynolds und Richmond 1985) - Multiscore Depression Inventory for Children (MDI-C, Berndt&Kaiser 1996)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Minderung der Verhaltensprobleme sowie der externalisierenden Probleme - Reduktion des Rückzugsverhaltens - Abnahme des Angst- und Depressionserlebens - Verbesserung des Selbstwertgefühls	- Reduktion des Angstaussmaßes, der physiologischen Angst und der Übersensibilität - Minderung des Suizidrisikos
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Delinquentes Verhalten - Aufmerksamkeitsprobleme - körperliche Beschwerden	- Soziale Besorgnis - Lüge - Abnahme des Depressionsausmaßes

Tabelle 6

Gruppenspieltherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen

	Baggerly (2004)	Baggerly & Parker (2005)
Art der Studie	Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit obdachlosen Kindern	Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit afroamerikanischen Buben (qualitative Studie)
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Anfänglich 42 Abgeschlossen von 25 Kindern zwischen 5 und 11 Jahren keine Kontrollgruppe	22 Kinder keine Kontrollgruppe
Geschlecht der Teilnehmer	11 weiblich 31 männlich	Ausschließlich männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Neun bis zwölf 30-minütige Gruppenspieltherapiesitzungen ein- bis zweimal pro Woche	Neun bis elf Gruppenspieltherapiesitzungen ein- bis zweimal pro Woche
Erhebungsinstrumente	- Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979) - Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs 1992) - Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS, Reynolds und Richmond 1985) - Child Anxiety Scale (CAS, Gillis 1980)	Beobachtungen (Keine quantitativen Erhebungsinstrumente)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Zunahme des Selbstwertgefühls - Abnahme der negativen Stimmung - Verringerung der physiologischen Angst sowie des Ausmaßes an Angst im Allgemeinen	Verbesserung des Selbstvertrauens in den Aspekten sich selbst als fähig ansehen, Zugehörigkeitsgefühl, Optimismus hinsichtlich der Zukunft, Bewältigung von Fehlern und Vorbilder
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- allgemeine Zufriedenheit mit den Lebensumständen - Anhedonie - Übersensibilität - soziale Besorgnis	Keine Angaben

Tabelle 7

Gruppenspieltherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern

	Packman & Bratton (2003)	Danger & Landreth (2005)
Art der Studie	Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit lernschwachen, verhaltensauffälligen Kindern	Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit Kindern, die Sprachschwierigkeiten aufweisen
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 12 Kinder Kontrollgruppe: 12 Kinder zwischen 8 und 12 Jahren	Interventionsgruppe: 11 Kinder Kontrollgruppe: 10 Kinder Zwischen 3,9 und 6,8 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 2 weiblich 4 weiblich 10 männlich 8 männlich	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 2 weiblich 1 weiblich 9 männlich 9 männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Zwölf 60-minütige Gruppenspieltherapiesitzungen	Fünfundzwanzig 30-minütige Gruppenspieltherapiesitzungen
Erhebungsinstrumente	- Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) - Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Form (BASC-PRF, Reynolds und Kamphaus 1992)	- Goldman Fristoe Test of Articulation (GFTA, Goldman und Fristoe 2000) - Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R, Dunn und Dunn 1997) - Clinical Evaluation of Language Fundamentals Third Edition (CELF-3, Wilig, Secord und Semel 1992) - Burks' Behavior Rating Scale (BBRS, Burks 1977)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Minderung des Ausmaßes an Angst und Depression - Verbesserung der Aufmerksamkeitsprobleme - Verringerung des delinquenten und aggressiven Verhaltens - Reduktion der Überaktivität und Steigerung der Geduld und der Höflichkeit bezüglich Schüler - Rückgang der Gefühle von Unzufriedenheit, besserer Umgang mit den Gefühlen anderer Personen, weniger Interesse an Streit und der Zerstörung des Eigentums anderer	Keine wissenschaftlich signifikanten Veränderungen
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	Besserung der somatischen Erkrankungen, wie Kopf- und Bauchschmerzen sowie Übelkeit (lediglich moderater Effekt, aber nicht im Signifikanzbereich)	- Artikulation (nicht signifikant) - Aufnahme von Sprache (nicht signifikant) - Sprachlicher Ausdruck (nicht signifikant) - Angstempfinden

Tabelle 8

Gruppenspieltherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder

	Jenny et al. (2006)
Art der Studie	Personenzentrierte Gruppenspieltherapie mit Kindern
Anzahl und Alter Teilnehmer	33 Kinder zwischen 8 und 12 Jahren keine Kontrollgruppe
Geschlecht der Teilnehmer	Ausschließlich männlich
Frequenz und Dauer der Intervention	Achtzehn 75-minütige Gruppenspieltherapiesitzungen
Erhebungsinstrumente	- Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) - Teacher's Report Form (TRF, Achenbach 1991) - Fragebogen Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV (OPT, Lugt 1998) - Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R-D, La Greca und Stone 1993) - Fear-Suvey-Schedule for Children (FSSC-R, Ollendick 1978; Steinhausen 1996) - Familien-Identifikations-Test (FIT, Remschmidt und Mattejat 1999)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Reduktion des aggressiven Verhaltens - Minderung des sozialen Rückzugs - Verringerung des Erlebens von Angst und Depression - Abnahme der körperlichen Beschwerden - Reduktion des dissozialen Verhaltens
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	Keine Angaben

Tabelle 9

Im Verlauf der Prüfung der personenzentrierten Gruppenspieltherapie konnte mit Hilfe von sieben Effektivitätsstudien die Wirksamkeit dieser Therapieform bewiesen werden.

- Die Verringerung des Angst- und/oder Depressionsausmaß sowie der Übersensibilität der teilnehmenden Kinder konnte in fünf Untersuchungen dargelegt werden (Tyndall-Lind et al. 2001, Shen 2002, Baggerly 2004, Packman & Bratton 2003, Jenny et al. 2006).
- Externalisierende und/oder internalisierende Verhaltensprobleme der Kinder, wie zum Beispiel delinquentes und aggressives Verhalten, Überaktivität oder sozialer Rückzug, zeigten bei drei Studien eine Reduktion auf (Tyndall-Lind et al. 2001, Packman & Bratton 2003, Jenny et al. 2006).
- Ebenfalls drei Untersuchungen zeigten eine positive Entwicklung des Selbstwerts der Kinder (Tyndall-Lind et al. 2001, Baggerly 2004, Baggerly & Parker 2005).
- Ferner wirkte sich die Gruppenspieltherapie auf eine Minderung des Suizidrisikos im Hinblick auf kindliche Erdbebenopfer aus (Shen 2002).
- Eine weitere Studie bewies eine Zunahme des Zugehörigkeitsgefühls und des Optimismus hinsichtlich der Zukunft durch eine Gruppentherapieintervention mit afroamerikanischen Buben (Baggerly und Parker 2005).
- Aufmerksamkeitsprobleme und das Interesses an Streit und Zerstörung Eigentums anderer konnten bei einer Studie Reduktionen aufweisen (Packman & Bratton 2003). Überdies war in dieser Untersuchung ein Anstieg an Geduld und Höflichkeit und ein besserer Umgang mit den Gefühlen anderer zu erkennen. Somatische Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen wurden durch die Intervention lediglich moderat gebessert.
- Eine deutschsprachige Studie präsentierte eine signifikante Abnahme körperlicher Beschwerden der Kinder (Jenny et al. 2006).

Nach der Zusammenfassung des Kapitels Gruppenspieltherapie untersucht das folgende Kapitel die aktuellen Forschungsaktivitäten hinsichtlich des Konzepts der Filialtherapie sowie die Wirksamkeit dieser therapeutischen Methode.

5 Filialtherapie

5.1 Einführung in die Filialtherapie

Eine weitere Entwicklung im Bereich der personenzentrierten Spieltherapie ist die im Folgenden dargestellte Filialtherapie, welche in den sechziger Jahren vom Ehepaar Guerney (1966) entwickelt wurde. Der interessierte Leser kann unter anderem in Goetzes „Handbuch personenzentrierter Spieltherapie“ (2002) eine detaillierte Zusammenfassung dieses Konzepts nachlesen. Diese Form der Therapie bezieht auf der einen Seite die Eltern intensiv in eine Interaktion mit dem Kind ein und lässt dem Therapeuten auf der anderen Seite lediglich eine Randposition einnehmen, da im eigenen Haus der Familie wöchentlich eine so genannte Spielstunde ohne Anwesenheit des Therapeuten stattfindet. Der Therapeut betreut eine Gruppe von Eltern oder seltener auch Elternpaaren über eine gewisse Zeit hinweg, im Mittel um die 10 Wochen, und führt sie in die Grundprinzipien der personenzentrierten Therapie ein, um ihnen die Möglichkeit zu geben selbstständig mit ihren Kindern therapeutisch zu arbeiten. Die Gruppe besteht zumeist aus sechs bis acht Müttern oder Vätern, wobei zumeist der weibliche Elternteil eher geneigt ist an einer Filialtherapie teilzunehmen. Den Eltern wird erklärt, dass es notwendig ist regelmäßig anwesend zu sein und andere Verpflichtungen hinten anzureihen, da es um eine Verbesserung der familiären Atmosphäre und eventuell vorhandener kindlicher Probleme geht, die im Mittelpunkt des Interesses stehen sollten.

Hat sich eine Gruppe von sechs bis acht Personen gefunden kann der Therapeut zu einem ersten Treffen einladen, in welchem zunächst eine Vorstellungsrunde durchgeführt wird und danach die Kinder und ihre Schwierigkeiten von den Eltern charakterisiert werden. Der Zweck der Filialtherapie wird vom Therapeuten detaillierter erläutert und die Basisvariablen des Personenzentrierten Konzepts, Wertschätzung, Empathie und Kongruenz, werden den Müttern⁵ näher gebracht. Hilfreich ist häufig die Begutachtung einer Videoaufzeichnung einer Filialtherapie, um den Eltern nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch, Einblick in diese Art der Therapie zu gewähren.

⁵ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit der Begriff Mütter verwendet. Männliche Elternteile, die jedoch eher selten an einer Filialtherapie partizipieren, sollen hier ebenfalls gemeint sein.

Die zweite Sitzung beinhaltet eine Aufzählung der Spielzeuge, welche die Mütter in der wöchentlichen Spielstunde mit ihrem Kind zur Verfügung stellen sollten. Auf diese Sachen sollte das Kind außerhalb der Stunde keinen Zugriff haben. Spielmaterial, welches schon vorhanden ist, sollte nicht miteinbezogen werden, da das Kind bereits einen bestimmten Bezug dazu hat. Dennoch müssen die in der Spielstunde verwendeten Materialien nicht neu sein. Es kann sich um selbstgebastelte oder am Flohmarkt ersteigerte Sachen handeln.

Ungeachtet des Preises sollten jedoch alle Spielzeuge folgende Merkmale aufweisen.

Das Kind hat die Möglichkeit seine Emotionen mit Hilfe des Materials auszudrücken und muss sich nicht an vorgegebene Regeln halten, wie es beispielsweise bei Brettspielen der Fall ist. Gefühle wie Wut und Aggression sollten ebenfalls auslebbbar sein, ohne, dass das Spielzeug sofort zu Bruch geht. Durch Babypuppen oder Fläschchen hat das Kind die Möglichkeit zu regredieren und in eine frühere Entwicklungsstufe einzutreten, um diese wenn nötig zu verarbeiten. Eine häufig auftretende Spielsituation ist das Nachstellen von Familienthemen, die durch Puppenfamilien am besten ausagiert werden können. Bausteine und andere Konstruktionsspiele sollten dem Kind ebenfalls in der Spielstunde geboten werden, um der Kreativität freien Lauf lassen und Misserfolge verarbeiten zu können. Weiters wäre es sinnvoll Verkleidungs- und Malmöglichkeiten sowie Handpuppen und Küchenutensilien für die Filialtherapie zu besorgen.

Im Hinblick auf die Räumlichkeiten ist von Seiten der Eltern darauf zu achten, dass sie einen Ort wählen, der dem Kind genügend Freiraum bietet und der eventuell auch beschmutzt werden kann, beispielsweise mit Sand oder Wasser. Das Kinderzimmer bietet sich nicht an, da die Mutter unter Umständen in den Augen des Kindes nur die Rolle des Gasts einnehmen würde und nicht die des Spielpartners. Es genügt eine Ecke eines Wohnraumes für die dreißig-minütige Spieleinheit in eine Spielecke umzuwandeln, dabei kann es sich um das Schlaf- oder Wohnzimmer sowie auch um die Küche handeln. Diese sollte nach der Stunde abgebaut werden, damit das Kind das Spielzeug wie erwähnt danach nicht mehr benutzen kann.

Die Zeiteinteilung ist von den Eltern in Absprache mit dem Kind zu klären, jedoch sollte darauf geachtet werden, dass es sich bei der Spieleinheit jeweils um eine halbe Stunde pro Woche handelt. Die Schwierigkeit Grenzen zu setzen, wenn das Kind weiterhin spielen möchte, wird mit den Eltern in den Gruppensitzungen besprochen und geübt, wie im Unterkapitel 4.2.4 nachzulesen ist. In dieser Zeit ist es notwendig, dass Störfaktoren wie Telefon und Türklingel ausgeschaltet werden, um das Kind nicht abzulenken.

Wurden diese einleitenden Erklärungen an die Eltern weitergegeben und auch angenommen, kann mit der eigentlichen Therapie begonnen werden. Die Basisskills werden in den folgenden Gruppensitzungen detailliert erläutert und eingeübt, um den Eltern die Voraussetzungen für eine gelungene Spieltherapie zuteil werden zu lassen. Diese werden im nachstehenden Kapitel dargestellt.

Während der zehn Wochen, in welchen die Gruppensitzungen stattfinden, werden die Eltern immer besser in den Basisskills aktiv zuhören, mitspielen und Grenzen setzen vom Therapeuten trainiert. Es werden Rollenspiele durchgeführt mit anschließendem Feedback der restlichen Teilnehmer. Der Therapeut hat die Aufgabe darauf zu achten, dass das Feedback positiv abgegeben wird, um zu vermeiden, dass die Eltern in Bezug auf Rückmeldung Ängste aufbauen. Ein weiterer Punkt der Treffen ist die Besprechung der stattgefundenen Spielstunden. Jeder Elternteil gibt ein kurzes Statement zu der eigenen Spieleinheit ab. Danach wird auf ein oder zwei Stunden näher eingegangen. Mit Hilfe eines Protokolls, welches die Eltern nach jeder Spielzeit zu bearbeiten haben, können folgende Fragen erinnert werden.

- „- Welche Aspekte sind mir gut gelungen?
- Welche Aspekte der Spielsitzungen müssten verbessert werden?
- Was waren die primären Spielthemen des Kindes?
- Welche neuen Fragen sind bei mir aufgetaucht? (Die Antworten auf diese Fragen werden systematisch durchgegangen und an einzelnen Stellen in den Supervisionssitzungen vertieft.)“ (Goetze 2002, S. 487)

Es wird versucht die Spielthemen des Kindes gemeinsam zu bearbeiten und Metaphern zu entschlüsseln. Die Gefahr, dass eventuell zu viel in das kindliche Spiel interpretiert wird, sollte vom Therapeuten abgeschwächt werden. Es wird hierbei hauptsächlich auf den Spielverlauf, die verwendeten Spielmaterialien, die von den Eltern beobachteten Gefühle und spezielle Äußerungen des Kindes geachtet.

Die folgenden Gruppentreffen gestalten sich ähnlich. Zu Beginn geben die Eltern einen kurzen Bericht über die letzte Spielstunde ab, anschließend werden aufgetretene Probleme diskutiert. Danach schlagen Eltern und Therapeut Lösungsalternativen vor. Mit Hilfe von Rollenspielen können schwierige Vorkommnisse in Spielsitzungen bearbeitet werden. Haben Eltern die Möglichkeit dazu, könnten sie die Einheiten aufzeichnen und in der Gruppe ansehen, um sie später zu besprechen.

Merken die Eltern und der Therapeut, dass die gesteckten Ziele, nämlich die Lösung eines Problems des Kindes, allmählich erreicht wurden, steht die Abschlussphase bevor. Der Therapeut könnte die Familie während einer Spielstunde besuchen, um zu überprüfen, ob die Ziele wirklich erreicht wurden und die Filialtherapie abgeschlossen werden kann. Er schlägt ihnen vor auch ohne wöchentliche Supervisionstreffen die Spielzeit mit ihren Kindern weiterzuführen und die erlernten Fähigkeiten auszubauen. Unter Umständen könnten die Gruppentreffen langsam reduziert werden, sodass sie nur zweimal pro Monat, danach monatlich und schließlich nur mehr halbjährlich stattfinden.

Im Folgenden soll auf die oben genannten Basisfähigkeiten der Eltern genauer eingegangen werden.

5.2 Basisskills der Eltern

Die folgenden von Virginia Axline 1972 postulierten Basisvariablen sollen dem Elternteil beziehungsweise –paar in der Gruppe gelehrt werden:

- 1.) Annahme: Das Kind wird so angenommen wie es ist.
- 2.) Gewähren lassen: Das Kind hat die Möglichkeit seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen.
- 3.) Achtung: Die Fähigkeiten des Kindes werden geachtet.
- 4.) Wegweisung durch das Kind: Die Handlungen während der Spielstunden werden vom Kind bestimmt. Die Eltern folgen dem Weg ohne ihn zu beeinflussen.
- 5.) Beschleunigung: Das Kind gibt das Tempo an. Die Eltern versuchen weder die Handlungen in der Spieltherapie noch die Veränderungen im Kind zu beschleunigen.
- 6.) Beziehungsgestaltung: Das Kind erfährt eine warme und freundliche Beziehung in der Spielstunde.
- 7.) Erkennen und Reflektieren von Gefühlen: Die Eltern versuchen die Gefühle des Kindes wahrzunehmen und an das Kind zurückzugeben.
- 8.) Grenzen: Verhält sich das Kind während der Spielstunde unangemessen, indem es Sachen zerstört oder einem Elternteil Schmerzen zufügt, sollen die Eltern Grenzen setzen, um dem Kind zu zeigen, dass es ebenfalls eine Verantwortung in dieser Beziehung übernehmen muss.

Die spezifischen Basisskills Orientieren, aktiv Zuhören, Mitspielen und Grenzen setzen sind die Hauptthemen in den Gruppensitzungen und sollen in den nachstehenden Unterkapiteln näher beleuchtet werden.

5.2.1 Orientieren

Die Basisvariable „Orientieren“ gibt den an einer Filialtherapie teilnehmenden Müttern eine erste Hilfestellung zur Strukturierung der Spielstunde. Sie lernen die Einheit von anderen Aktivitäten mit dem Kind abzugrenzen, der Therapeut erläutert, wie diese Zeit vorbereitet werden soll und wie das Kind über die Spielstunde aufgeklärt werden kann. Mutter und Therapeut besprechen miteinander, welche Örtlichkeit in der Wohnung zu bevorzugen wäre und wann jeweils die Stunde stattfinden sollte. Nahezu unerlässlich ist dabei die Kontinuität der Einheit, welche jede Woche an einem bestimmten Tag zu jeweils derselben Zeit stattfindet. Die Dauer, die Örtlichkeit und die Gründe der Spielstunde werden von den Eltern mit dem Kind ebenfalls abgesprochen. Außerdem erfährt das Kind, dass die in der Stunde zugänglichen Spielsachen außerhalb der Einheit nicht zur Verfügung stehen.

Eine angemessene Vorbereitung des Elternteils auf die Spielstunde, wie beispielsweise das Ausschalten von Störquellen, das Aufbauen der Spielecke oder die eigene psychische Vorbereitung, ist ratsam. Zu Beginn der Einheit kann von der Mutter eine einleitende Erklärung für das Kind gegeben werden wie beispielsweise „Das ist unser Spielraum. Hier kannst du mit allen vorhandenen Sachen spielen. Dafür haben wir eine halbe Stunde Zeit.“ Auch auf das Ende sollte der Elternteil angemessen vorbereiten, indem er fünf Minuten vor Schluss dem Kind die verbleibende Zeit angibt. Abschließend könnte die Mutter sagen: „Unsere Spielzeit ist jetzt vorbei, wir machen nun Schluss.“

Das Thema Aufräumen wird von verschiedenen personenzentrierten Therapeuten unterschiedlich betrachtet. Einerseits wird es als negativ angesehen, das Kind bei der Tätigkeit mit einzubeziehen, da die Spielstunde dadurch jeweils von einem langweiligen Abschluss überschattet wird. Auf der anderen Seite kann es für die Mutter anstrengend sein das gesamte Spielzeug alleine wegzuräumen. Aus diesem Grund, sowie auch aus finanziellen Motiven, sollte die Menge des Materials für die Spieleinheit in Grenzen gehalten werden.

Das folgende Unterkapitel beschäftigt sich mit der zweiten in der Gruppe zu bearbeitenden Variable, dem „aktiven Zuhören“.

5.2.2 Aktiv zuhören

Die zweite Aufgabe, welche den Eltern bevorsteht, ist zu lernen ihrem Kind aktiv und empathisch zuzuhören. Das beinhaltet eine Wahrnehmung der verbalen, aber auch non-verbalen Ausdrücke des Kindes, die von der Mutter in geeigneter Weise zurückgegeben werden sollen. Goetze beschreibt das Ziel des aktiven Zuhörens folgendermaßen:

„Das empathische Zuhören steigert die Sensibilität und das Verstehen der Mutter gegenüber den Gefühlen und Bedürfnissen ihres Kindes, es demonstriert darüber hinaus ihr lebhaftes Interesse an ihrem Kind. [...] Das oberste Ziel des empathischen Zuhörens ist es jedoch, dem Kind die Möglichkeit zu geben, sich seiner Gefühle bewusst zu werden. Dieses Bewusstsein kann ihm dazu verhelfen, sich selbst besser zu akzeptieren.“ (Goetze 2002, S. 476)

Um dem Kind die Emotionen bewusst zu machen, ist es notwendig den Eltern zunächst eine Liste von verschiedenen Gefühlsbegriffen anzubieten, damit die wahrgenommenen Affekte adäquat bezeichnet werden können. Diese Versprachlichung der Gefühle stellt für viele Eltern eine schwierige Aufgabe dar, die mit Hilfe des Therapeuten in der Gruppe über einen längeren Zeitraum trainiert wird. Begonnen wird mit einer Übung, in welcher die Mütter eine bestimmte Szene inhaltlich kommentieren. Goetze meint in diesem Fall, die Eltern könnten sich vorstellen Radioreporter zu sein, der ein Ereignis schildert. Ist diese Schwierigkeit gemeistert kommt die emotionale Ebene zum Ausdruck. Die Mütter dokumentieren nun nicht mehr nur die Aktionen des Kindes in Hinblick auf den Inhalt, sondern sie versuchen sich auf die damit verbundenen Gefühle ihres Kindes zu beziehen. Diese Übungen werden in der Gruppe durch Rollenspiele ausgeführt.

Die Basisvariable des „aktiven Zuhörens“ hat überdies folgende Merkmale: Die Eltern sollten versuchen zu vermeiden das Spielverhalten ihres Kindes zu kritisieren, das Kind zu loben oder ihm Fragen zu stellen, Belehrungen und Tadel auszusprechen, neue Aktivitäten zu beginnen, wenn das Kind gerade eine Aktion ausführt sowie Unterbrechungen in der Spielstunde zu dulden.

In Verbindung damit steht die dritte von den Eltern zu erlernende Fähigkeit, die sich darauf bezieht, wie in der Spielstunde angemessen mitgespielt wird.

5.2.3 Mitspielen

Hauptsächlich besteht das Spiel der Eltern aus teilnehmender Beobachtung und nur dann aus Aktion, wenn sie vom Kind aufgefordert werden. Wichtig ist hierbei, dass die Mutter versucht keine Anstöße zu bestimmten Spielen zu geben, sondern dem Weg des Kindes folgt. Es wäre kontraproduktiv dem Kind während der Spieleinheit Verbesserungs- oder Veränderungsvorschläge anzubieten, da das Kind selbst am besten weiß, welche Art von Spiel bzw. welches Thema für sie oder ihn zurzeit relevant ist.

Wie oben erwähnt besteht die Hauptaufgabe der Eltern darin die verbalen und nonverbalen Ausdrücke ihres Kindes wahrzunehmen und deren emotionalen Gehalt zurückzuspiegeln. Bittet das Kind die Mutter darum bei einem Konstruktionsspiel mitzubauen, beim Kasperltheater der Zuseher zu sein oder bei einem Rollenspiel in eine bestimmte Rolle zu schlüpfen, sollte dieser Aufforderung jedoch nachgekommen werden, selbst dann, wenn es für die Eltern schwierig oder unangenehm erscheint. Vor allem die Teilnahme an Rollenspielen kann für die Mutter befremdend wirken. Goetze (2002) bietet diesbezüglich folgenden Ratschlag:

„Zur Umsetzung eines Rollenparts hilft der Mutter vielleicht die Vorstellung, dass ein Film gedreht werden soll, bei dem das Kind sowohl Drehbuchautor ist, zusätzlich die Regie führt und darüber hinaus auch noch Mitspieler ist. Die zugewiesene Rolle für die Mutter wäre lediglich die eines anderen Schauspielers in einer Nebenrolle.“ (Goetze 2002, S. 478)

Goetze erwähnt in diesem Zusammenhang, dass die Eltern darauf achten müssen ihre Rolle nicht zu „überspielen“ (Goetze 2002, S.478) und nicht die Lenkung des Spieles zu übernehmen. Es handelt sich weiterhin um eine non-direktive Therapieform, in welcher das Kind den Weg vorgibt.

Läuft die Spielsituation jedoch aus dem Ruder, indem das Kind Spielmaterial zerstört oder jemanden verletzt, wird die Mutter dennoch dazu angehalten dem Kind Grenzen zu setzen. Das Erlernen dieses Skills wird im nachstehenden Kapitel erläutert.

5.2.4 Grenzen setzen

Die Aufgabe Grenzen zu setzen stellt sich möglicherweise als komplizierteste Basisvariable dar, denn die Eltern müssen eine Balance zwischen zu lockeren und zu engen Grenzen finden. Bekommt das Kind einerseits keine Grenzen gesteckt ist es häufig orientierungslos. Sind die Grenzen andererseits zu streng, hat das Kind keine Möglichkeit seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Goetze (2002) sieht „den Umgang mit dem Material, mit der körperlichen Unversehrtheit der Anwesenden und mit dem gesteckten Zeitrahmen“ (Goetze 2002, S.480) als die für die Grenzbestimmung relevanten Themen. Beispielsweise nennt er im Hinblick auf das Material, dass nichts aus Fenstern geworfen wird, keine Möbel oder Wände bemalt, Pistolen oder Pfeile nicht auf Personen gerichtet werden und allgemein nichts mutmaßlich zerstört wird. Die Unversehrtheit der Spielstundenteilnehmer ist eine klare Regel und bedeutet, dass das Kind weder der Mutter noch sich selbst absichtlich Schmerzen zufügen darf. Wird die Zeitstruktur vom Kind nicht eingehalten, ist es Aufgabe des Elternteils dem Kind Grenzen zu setzen. Kommt das Kind erst später in die Einheit wird die Zeit nicht angehängt und ebenso muss es das Zimmer beziehungsweise die Spielecke verlassen, wenn die Stunde vorüber ist. Verlässt das Kind mehr als einmal den Raum wird die Spielzeit abgebrochen und erst in der nächsten Woche neu begonnen.

Ein wichtiges Moment des Erlernens der Grenzsetzung ist die Methodik, wenn es wirklich dazu kommt Grenzen setzen zu müssen. Goetze (2002) meint dazu:

„Die Grenzen müssen konsistent und konsequent vorgetragen und durchgesetzt werden; die Eltern müssen den Eindruck machen, dass sie auch meinen, was sie sagen. [...] Die Grenzen sollen ruhig, neutral und in sachlichem Ton vorgetragen werden. Sie werden in den meisten Fällen erst dann bekannt gemacht, wenn sie verletzt werden oder verletzt zu werden drohen.“ (Goetze 2002, S.481)

Die Mütter sollten vier Schritte bei einer Grenzverletzung durcharbeiten. Zunächst wird das Kind drauf hingewiesen, dass es eine Grenze verletzt. Fährt das Kind fort, spricht die Mutter den Wunsch nach Grenzverletzung im Kind an. Kann das Kind dennoch nicht gebremst werden, verhindert der Elternteil die Grenzverletzung und setzt schließlich die genannten Konsequenzen, wie beispielsweise einen Abbruch der Spielstunde, durch.

Nach dieser Einführung soll nun auf die Wirksamkeit des Konzepts eingegangen werden.

5.3 Effektivität der Filialtherapie

Die vorliegende Arbeit wird im Folgenden einen Überblick über die Effektivitätsstudien des Zeitraumes 2000 bis 2009 im Hinblick auf die Filialtherapie bieten. Nichtsdestotrotz soll davor ein kurzer Abriss der Wirksamkeitsuntersuchungen, welche vor 2000 durchgeführt wurden, gegeben werden. Rennie und Landreth stellten diesbezüglich eine Übersichtsarbeit zusammen, die Studien von 1965-1999 einbezog, allerdings legten sie das Hauptaugenmerk auf Untersuchungen der 1990er Jahre, vermutlich deshalb, weil in den 90er Jahren die meisten Studien bezüglich Filialtherapie durchgeführt wurden. Insgesamt beleuchtete diese Arbeit die Effektivität der Filialtherapie hinsichtlich der Bereiche Empathiekompetenz, Akzeptanz, Stressempfinden und Selbstbewusstsein der Eltern, ebenso wie Veränderungen im Verhalten, Spiel und Selbstbewusstsein der Kinder. Die untersuchten Populationen der verschiedenen Studien umfassten:

„[...] two-parent families (Glass, 1986; Guerney, 1976), foster parents (Guerney & Gavigan, 1981), single parents (Bratton & Landreth 1995), incarcerated mothers (Harris & Landreth, 1997), incarcerated fathers (Landreth & Lobaugh, 1998), parents of different nationalities (Chau, 1997; Glover, 1996, Yuen, 1997), parents of mentally ill challenged children (Boll, 1972), parents of chronically ill children (Glazer-Waldman, 1991; Tew, 1997), parents of children demonstrating conduct problems (Clark, 1996), parents of children with learning difficulties (Kale & Landreth, 1999), and nonoffending parents of sexually abused children (Costas & Landreth, 1999).“ (Rennie & Landreth 2000, S. 20)

In nahezu all diesen Populationen sowie in Bezug auf den Großteil der oben genannten Kompetenzen konnten Rennie und Landreth (2000) Verbesserungen auffinden. Eltern wurden mit Hilfe der Filialtherapie zu therapeutischen Agenten für ihre Kinder, indem sie in den Basisskills des personenzentrierten Konzepts unterrichtet wurden.

Die Fähigkeit der Eltern ihren Kindern Empathie entgegenzubringen wurde in den meisten Studien mit dem Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guerney & O’Connell 1974) ermittelt. Dieses Erhebungsinstrument umfasst drei Subskalen, Kommunikation der Akzeptanz, Erlaubnis zur Selbstführung des Kindes und schließlich Beteiligung am kindlichen Spiel.

Je mehr die Eltern dazu in der Lage waren die Gefühle sowie das Verhalten ihrer Kinder zu akzeptieren und sie mit unbedingter Wertschätzung darauf reagieren konnten, desto höher waren die Werte des MAECI. Um zu Werten zu gelangen wurden stets vor und nach der Intervention 20- bis 30-minütige Spielsituationen zwischen einem Elternteil und seinem Kind gefilmt. Diese Daten wurden anschließend von objektiven Auswertern untersucht. Da die MEACI-Werte auf die Art ermittelt werden, sind sie äußerst erwähnenswert, denn die meisten anderen Erhebungsinstrumente werden von Eltern oder Kindern bearbeitet und haben somit immer auch subjektiven Charakter.

„Several studies (Guerney, Burton, Silverberg & Shapiro, 1965; Guerney, Stover & Demeritt, 1968; Guerney, Stover & Andronico, 1967; and Stover et al. 1971) used the MEACI to record trained professionals direct observation of empathic behavior in parents as they interacted with their children.“ (Rennie & Landreth 2000, S. 21)

Jede dieser genannten Studien zeigte signifikante Verbesserungen der elterlichen Empathiekompetenz. Sechs weitere Studien benutzten ein von Baggerly weiterentwickeltes Erhebungsinstrument, welches allerdings auf dem MEACI basiert. Wieder wiesen die Interventionsgruppen im Vergleich zu den Kontrollgruppen einen signifikanten Anstieg der Kommunikation der Akzeptanz, dem Einbezug im kindlichen Spiel und der Erlaubnis zur Selbstständigkeit der Kinder durch die Eltern auf. Die Kontrollgruppen konnten ihr Verhalten vom Prä- zum Posttestzeitpunkt nicht signifikant verbessern.

„These studies examined effectiveness of the Landreth (1991) 10-week filial therapy model with single parents (Bratton, 1993); with Chinese parents living in the United States (Chau & Landreth, 1997); with nonoffending parents of children who had been sexually abused (Costas & Landreth 1999); with Native American parents on the Flathead Reservation, in Montana (Glover, 1996); and with immigrant Chinese parents living in Canada (Yuen, 1997). One study examined the effectiveness of condensing the Landreth (1991) 10-week model into a 5-week intensive filial therapy model with incarcerated mothers (Harris & Landreth, 1997).“ (Rennie & Landreth 2000, S. 22)

Ein weiterer häufig untersuchter Aspekt der Wirksamkeitsstudien war die Akzeptanz der Eltern, welcher zumeist mit Hilfe der Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) ermittelt wurde. Dieser Fragebogen umfasst 40 Items und 4 Subskalen, "Respect for the Child's Feelings and the Child's Right to express them, Appreciation of the Child's Uniqueness, Recognition of the Child's Need for Autonomy and Independence and Parents' Experience of unconditional Love for a Child [...]" (Rennie & Landreth 2000, S. 23) Auf Deutsch übersetzt könnten die Skalen folgendermaßen betitelt werden, Respekt für die kindlichen Gefühle und dem kindlichen Recht diese auszudrücken, Wertschätzung der Einzigartigkeit des Kindes, Erkennung des Autonomie- und Unabhängigkeitsbedürfnisses des Kindes sowie die elterliche Erfahrung bedingungsloser Liebe für ihr Kind. Die PPAS wurde in unterschiedlichen Untersuchungen herangezogen. Rennie und Landreth geben folgende Studien an: „Bratton & Landreth, 1995; Chau & Landreth, 1997; Costas & Landreth, 1999; Glass, 1986; Glover, 1996; Harris & Landreth, 1997; Kale & Landreth, 1999; Landreth & Lobaugh, 1998; Tew, 1997; Yuen, 1997.“ (Rennie & Landreth 2000, S.23) Ausgenommen der beiden Erhebungen von Glass (1986) und Glover (1996), die zwar einen Anstieg der Akzeptanz der Eltern zeigten, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß, präsentierten alle Untersuchungen statistisch signifikante Verbesserungen des allgemeinen Akzeptanzverhaltens der Eltern der Interventionsgruppen.

Der Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) stellte die dritte nahezu in allen Effektivitätsstudien bezüglich Filialtherapie verwendete Erhebungsmethode dar. Er wird einerseits unterteilt in den Elternbereich, welcher das Stressausmaß der Eltern hinsichtlich ihrer Erziehungsfähigkeit misst, andererseits in den Kindbereich, der das elterliche Stresslevel in Bezug auf das Verhalten, die Launen und die Persönlichkeit ihres Kindes ermittelt.

„Bratton and Landreth (1995), Chau and Landreth (1997), Costas and Landreth (1999), Harris and Landreth (1997), Kale and Landreth (1999), Landreth and Lobaugh (1998), Tew (1997), and Yuen (1997) used the Parenting Stress Index (PSI) (Abidin, 1983) to measure parents' level of stress on two domains of the parent-child relationship.“ (Rennie & Landreth 2000, S. 24)

5 dieser 8 Untersuchungen zeigten eine signifikante Reduktion des Stressempfindens der Eltern nach der Durchführung der Filialtherapie. Glover (1996), Harris & Landreth (1997) und Kale & Landreth (1999) konnten die Wirksamkeit in diesem Bereich nicht bestätigen, allerdings wiesen 2 der 3 Studien moderate, wenn auch nicht signifikante, Verbesserungen auf.

Verhaltensprobleme der teilnehmenden Kinder wurden, obgleich auch einige andere Erhebungsinstrumente Anwendung fanden, hauptsächlich unter Einbezug der Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974) ermittelt. Sie ist ein Fragebogen mit 108 Items, welcher von den Eltern ausgefüllt wird. Neben Sywulak (1977) wurde die FPC auch von folgenden Autoren verwendet: „Sensue (1981), Bratton & Landreth (1995), Harris & Landreth (1997), Landreth & Lobaugh (1998), and Yuen (1997)“ (Rennie & Landreth 2000, S. 28) Jede einzelne der 6 Studien konnte signifikante Minderungen im problematischen Verhalten der Kinder beweisen.

Schließlich stellte die Entwicklung im kindlichen Selbstkonzept ein ermittelenswertes Merkmal der Persönlichkeit dar, welches in den meisten Fällen mit der Joseph Preschool and Primary Self-Concept Scale (JSCS, Joseph 1979) überprüft wurde. Die JSCS arbeitet mit Hilfe von Bildern, die zwei konträre Situationen zeigt und dem Kind die Entscheidung abverlangt mit welcher Situation es sich besser identifizieren kann. Glovers Studie (1996) mit amerikanischen Ureinwohnern wies auf ein verbessertes Selbstkonzept hin, lag allerdings unter der Signifikanzgrenze. Lobaugh (1998) und Yuen (1997) relativierten diese Resultate, da ihre Erhebungen eine signifikante Verbesserung des kindlichen Selbstkonzeptes darstellten.

Beachtet man die genannten Ergebnisse, lässt sich die Wirksamkeit der Filialtherapie eindeutig erkennen, ungeachtet der unterschiedlichen Populationen oder ermittelten Aspekte der kindlichen und elterlichen Persönlichkeit.

Die folgenden vier Unterkapitel beschäftigen sich detailliert mit den Effektivitätsstudien der Filialtherapie der Jahre 2000 bis 2008 in Bezug auf traumatisierte Kinder, Kinder aus sozialen Randgruppen sowie Kinder mit spezifischen Störungen und Kinder, bei welchen keine besonderen Störungsbilder angegeben wurden. In diesem Zusammenhang werden die Studien von Smith & Landreth (2003), Glover & Landreth (2000), Jang (2000), Yuen (2002), Lee & Landreth (2003), Tew et al. (2002), Smith et al. (2004) und Goetze (2008) einbezogen.

5.3.1 Filialtherapie mit traumatisierten Kindern

Um die Effektivität der Filialtherapie zu überprüfen wurde unter anderem eine Studie von Smith und Landreth im Jahre 2003 herausgegeben, welche sich auf Kinder bezog, die häusliche Gewalt erleben mussten. Diese Untersuchung verglich einerseits die Ergebnisse der Interventionsgruppen mit jenen der Studie von Kot et al. (1998) und andererseits mit jenen der im Kapitel 3.2.1 genannten Studie von Tyndall-Lind et al. (2001), welche beide ebenfalls das Hauptaugenmerk auf Kinder, die häusliche Gewalt erlebt hatten, legten. Des Weiteren wurde auch eine Kontrollgruppe mit einbezogen, deren Mitglieder keinerlei Intervention erhielten. Smiths und Landreths Studie wurde von insgesamt 11 der 14 teilnehmenden Mütter und ihren Kindern beendet. 2 Mütter zogen während der Therapie aus dem Heim aus, in welchem die Sitzungen stattfanden und konnten aus diesem Grund nicht mehr partizipieren. Eine weitere Mutter entschloss sich nach dem dritten Treffen die Therapie zu beenden. Die 11 Kinder setzten sich aus 7 männlichen und 4 weiblichen Teilnehmern zusammen. Die Altersrange reichte von 4 bis 10 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 6,1 Jahren. Die Mehrheit der Mütter und Kinder waren afroamerikanischer und kaukasischer Herkunft. Jeweils ein Kind hatte einen arabischen beziehungsweise lateinamerikanischen Ursprung. Die ebenfalls aus 11 Kindern bestehende Kontrollgruppe zeigte 7 Mädchen und 4 Buben im Altern von 4 bis 9 Jahren auf. Das durchschnittliche Alter lag bei 5,9 Jahren. Diese Gruppe bestand hauptsächlich aus afroamerikanischen Kindern, allerdings nahmen auch Kinder kaukasischer sowie lateinamerikanischer Herkunft teil. Die Gruppe der intensiven Einzeltherapie von Kot (1998) wies 6 weibliche und 5 männliche Teilnehmer auf, die durchschnittlich 6,9 Jahre alt waren und derselben Abstammung waren wie die Kinder der oben genannten Gruppe. Die Vergleichswerte der Gruppentherapie sind im Kapitel 3.2.1 nachzulesen.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente bei dieser Untersuchung waren sowohl die Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) als auch der Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979), welche beide im Kapitel 3.2.1 erläutert wurden und ebenfalls in den Studien von Tyndall-Lind et al. (2001) und Kot et al. (1999) Anwendung fanden. Des Weiteren zogen Smith und Landreth das Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions (MEACI, Stover, Guerney & O'Connell 1971) mit ein, da drei spezielle Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion gemessen werden sollten.

Diese drei Merkmale waren die Kommunikation von Akzeptanz, die Erlaubnis dem Kind gegenüber sich selbst zu führen und die Beteiligung am Spiel des Kindes. Mit Hilfe dieser drei Subskalen misst das MEACI das Ausmaß an Empathie der Eltern bezüglich ihres Kindes.

Die Frequenz der Filialtherapie dieser Untersuchung lag bei 12 eineinhalb Stunden Sitzungen, welche innerhalb von 2 bis 3 Wochen durchgeführt wurden. Die Einheiten teilten sich in das 20- bis 45-minütige Elternttraining sowie in die anschließende Eltern-Kind Spielzeit mit einer Länge von 30 bis 40 Minuten. Obgleich der Fokus einerseits auf der Förderung der klassischen Merkmale des personenzentrierten Konzepts wie Empathie oder Kongruenz lag, wurde zusätzlich darauf geachtet Hilfestellungen in den Themenbereichen familiäre Gewalt, sexueller Missbrauch und Selbstwertgefühl anzubieten. Vor und nach der Intervention hatten beide teilnehmenden Gruppen, die Interventions- und die Kontrollgruppe, die Aufgabe die drei oben genannten Fragebögen zu bearbeiten. Außerdem wurden zum Prä- und Posttestzeitpunkt Videoaufnahmen des Eltern-Kind Spielverhaltens angefertigt, die von Doktoranden bewertet wurden. Das Signifikanzniveau hinsichtlich der Erhebungsinstrumente und deren Resultate legten Smith und Landreth bei $p < 0,05$ fest.

Die Studie zeigte einige erwähnenswerte Verbesserungen in Bezug auf die Ergebnisse der CBCL und des JPPSST auf. Während es keine Unterschiede zwischen der Filialtherapiegruppe und der Einzel- beziehungsweise Gruppentherapie gab, erwiesen sich große Unterschiede zwischen der Filialtherapiegruppe und ihrer Kontrollgruppe. Das internalisierende Verhalten der Interventionsteilnehmer wie beispielsweise somatische Probleme, Rückzugsverhalten oder Angst konnte sich mit Hilfe der Filialtherapie verbessern. Ebenso sank das Ausmaß an externalisierendem Verhalten, wie Aggression, Feindseligkeit, Zerstörung von Eigentum oder Verletzung von Mitmenschen. Mütter der Interventionsgruppe erreichten vorteilhaftere Werte bei zwei der drei Subskalen des MEACI im Vergleich zu den Prätestergebnissen. Lediglich die Skala Beteiligung erwies keine wissenschaftlich signifikante Veränderung. Das Selbstkonzept der Kinder präsentierte sich in den Postmessungen signifikant gesteigert laut der Werte des JPPSST.

Insgesamt konnten die Untersuchungen von Kot et al. (1999) bezüglich intensive Einzelspieltherapie, von Tyndall-Lind et al. (2001) im Hinblick auf intensive Gruppentherapie sowie jene von Landreth und Smith (2003), welche sich auf die Filialtherapie bezog, aufzeigen, dass jegliche Art von personenzentrierter Therapie äußerst förderlich ist für viele Aspekte der Persönlichkeit von Kindern, die häusliche Gewalt erleben mussten.

5.3.2 Filialtherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen

Eine Effektivitätsstudie, welche den Fokus auf asiatische beziehungsweise speziell auf koreanische Familien richtete, wurde im Jahre 2000 von Jang durchgeführt. Hierbei wurde darauf geachtet, ob und in welchem Ausmaß die folgenden Aspekte gefördert werden können. Zunächst ermittelte Jang (2000) die Wirksamkeit der Filialtherapie im Hinblick auf das empathische Verhalten der Eltern bezüglich ihrer Kinder. Weiters wurde überprüft, inwieweit die Akzeptanz der Eltern angehoben und ihr Stressempfinden gemindert werden kann. Schließlich bezog Jang auch die Beziehungen zwischen dem an der Filialtherapie teilnehmenden Elternteil und anderen Familienmitgliedern in die Untersuchung mit ein. Insgesamt erklärten sich 32 Elternteile bereit an der Studie zu partizipieren, wobei jeweils 16 Elternteile in die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe eingeteilt wurden. Die Kontrollgruppe erhielt eine Zusage nach der Durchführung der Studie ebenfalls eine Filialtherapie zu erhalten. Nach dem zweiten Treffen verließen zwei Mütter die Untersuchung, wodurch in der Folge 14 Teilnehmer die Filialtherapie abschlossen. Die Eltern der Interventionsgruppe wiesen ein Durchschnittsalter von 33 Jahren auf während jene der Kontrollgruppe durchschnittlich 34 Jahre alt waren. Das Alter der Kinder lag in beiden Gruppen zwischen 4 und 9 Jahren, mit einem Mittelwert von 6 Jahren. Jang verglich im Gegensatz zu den meisten der hier erwähnten Studien den durchschnittlichen Intelligenzquotienten der Kinder in der Interventions- und Kontrollgruppe, allerdings konnte kein statistisch signifikanter Unterschied aufgefunden werden.

Sowohl vor als auch nach den 8 Sitzungen, welche innerhalb von 4 Wochen stattfanden und jeweils 2 Stunden dauerten, wurden einige Erhebungsinstrumente angewandt, um die oben genannten Aspekte zu ermitteln. Einerseits wurden die Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954), der Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) sowie die Filial Problem Checklist (FPC) von den Eltern bearbeitet. Andererseits arbeitete Jang auch qualitativ, indem er Interviews mit den Eltern führte und eine 20-minütige Spielphase zwischen Mutter beziehungsweise Vater und Kind filmte und diese anschließend auswerten ließ. Alle erhaltenen Daten wurden erst nach der Beendigung des Posttest bewertet, damit die auswertenden Personen weder wussten, ob es sich um die Interventions- oder die Kontrollgruppe handelte noch ob sie die Daten des Prä- oder Posttests beurteilten. Das Measurement of Empathy in Adult-Child Interactions (MEACI, Stover et al. 1971) wurde herangezogen, um die gefilmten Spielszenen objektiv beurteilen zu können.

Die entstandenen Ergebnisse zeigen in nahezu allen Skalen der Erhebungsinstrumente Verbesserungen auf, obgleich nicht jedes Resultat statistische Signifikanz erreichte, welche bei einem Niveau von $p > 0.05$ gegeben war.

In Bezug auf das MEACI, welches die Akzeptanz, die Erlaubnis der Eltern gegenüber ihren Kindern sich selbst zu leiten und das Ausmaß an Beteiligung der Eltern am kindlichen Spiel misst, wurden ausschließlich signifikante Ergebnisse aufgefunden. Die Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe im Posttest einen auffallenden Anstieg der Werte in den genannten Skalen, wodurch Jang (2000) zeigt, dass die Filialtherapie für die Eltern-Kind-Beziehung äußerst förderlich sein kann. Auch die Gesamtwerte der MEACI zeigten einen signifikanten Anstieg der Empathiefähigkeit der jeweiligen an der Therapie teilgenommenen Elternteile.

Die Auswertung der PPAS erzielte zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, jedoch präsentiert sich trotzdem eine Steigerung in allen vier Werten, Respekt gegenüber den Gefühlen des Kindes, Anerkennung der Einzigartigkeit des Kindes, Erkennung der Wünsche nach Autonomie sowie bedingungslose Liebe. Die Kontrollgruppe wies in den letzten beiden Subskalen hingegen eine Abnahme auf. Mit Hilfe der Interviews wurde zudem belegt, dass die Eltern selbst das Gefühl hatten ihr Kind im Vergleich zu der Zeit vor der Intervention zu einem stärkeren Ausmaß zu respektieren und anzuerkennen.

Der PSI ergab analog zur PPAS einen Unterschied zwischen den Werten des Prä- und Posttests, da die Interventionsgruppe sowohl im Eltern- als auch im Kinderbereich weniger Stressausmaß aufzeigte, die Kontrollgruppe indes vor allem im Hinblick auf das Stressempfinden der Kinder und im Gesamtwert gesteigerte Werte ergab. Ähnliche Ergebnisse offenbarten die Werte der FPC.

Hinsichtlich der qualitativen Befunde ragten im Besonderen drei Aspekte hervor, welche in einer großen Anzahl von Interviews von den Elternteilen angesprochen wurden. Erstens erwähnten die meisten Mütter, sie besäßen nun eine erhöhte Sensibilität in Bezug auf die Gefühle ihres Kindes. Zweitens wurde häufig die Tatsache genannt, dass die Kommunikation und somit die Beziehung zu dem Ehepartner durch die Partizipation an der Filialtherapie verbessert wurde und schließlich gaben die Teilnehmer an, die Therapie hätte nicht nur die Beziehung zu dem Kind mit jenem die Spielsitzungen stattgefunden hatten gefördert, sondern die komplette Familienatmosphäre und die Beziehungen aller Familienmitglieder untereinander sei angenehmer und geprägt von vermehrter Kommunikation.

Ebenfalls im Jahre 2000 führten Glover und Landreth eine Wirksamkeitsstudie durch, die ihr Hauptaugenmerk auf die Filialtherapie mit amerikanischen Ureinwohnern in einem Reservat legte. Die untersuchten Bereiche in Bezug auf die Persönlichkeit der Eltern waren das Stresserleben, das Empathieverhalten und das Akzeptanzausmaß gegenüber ihrer Kinder. Ferner wurde ermittelt inwiefern Filialtherapie eine Verbesserung von kindlichen Verhaltensproblemen bewirken kann. Die Teilnehmer der Studie waren Großteils Mitglieder indianischer Stämme, welche in Montana angesiedelt waren. Von den anfänglich 32 den Kriterien entsprechenden Eltern vollendeten 21 die Prä- und Postmessungen. Die 21 Eltern-Kind-Paare wurden in eine Interventionsgruppe mit 11 sowie in eine Kontrollgruppe mit 10 Teilnehmern aufgespalten. Im Unterschied zu den meisten Filialtherapiestudien, in welchen häufig ausschließlich Mütter partizipierten, traf man in der Untersuchung von Glover und Landreth neben 9 Müttern in der Interventionsgruppe auf eine Stief- sowie eine Großmutter. Die Altersrange lag zwischen 26 und 44 Jahren und wies ein Durchschnittsalter von 37 Jahren auf. Die Kontrollgruppe bestand ebenfalls aus 9 Müttern und einer Großmutter mit einem durchschnittlichen Alter von 32,7 Jahren in einer Range von 23 bis 46 Jahren. In Bezug auf die Kinder teilte sich die Interventionsgruppe in 6 männliche und 5 weibliche Mitglieder mit einem Durchschnittsalter von 5,5 Jahren und einer Altersrange von 3 bis 10 Jahren. Die Kontrollgruppe bestand aus 4 Buben und 6 Mädchen zwischen 3 und 9 Jahren, welche durchschnittlich 5,2 Jahre alt waren. Die Interventionsgruppe folgte dem 10-wöchigen Trainingsprogramm von Landreth (1991), welches 2 Stunden pro Woche für Elterntrainings vorsieht sowie wöchentlich eine 30-minütige Spielzeit zwischen Mutter und Kind. Zwar zeigten weder die Eltern noch die Kinder besondere psychische Auffälligkeiten, dennoch gab es einige negative Lebensumstände im Hinblick auf die Familien. Einerseits gab über ein Viertel der Mütter an in Armut zu leben, andererseits wiesen 50% der Teilnehmer familiäre Probleme mit Alkoholismus auf.

Das Instrumentarium der Studie umfasste die Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) zur Messung des Ausmaßes des elterlichen Respekts gegenüber der kindlichen Gefühlen, der Wertschätzung der kindlichen Einzigartigkeit, der Erkennung des Autonomiebedürfnisses des Kindes sowie bedingungsloser Liebe. Ferner verwendeten Glover und Landreth den Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) um das Niveau des Stressempfindens der Mütter in Bezug auf ihre Erziehung und ihr Kind aufzudecken.

Wie häufig in Wirksamkeitsstudien zur Filialtherapie kam das Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guerney & O'Connell 1971) zum Einsatz, allerdings in etwas abgeänderter Form durch Bratton (Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction Rating Form, MEACIRF, 1994). Dieses Erhebungsinstrument zeigt die Werte der Bereiche Akzeptanz, Erlaubnis zur Selbstleitung sowie Einbezogenheit in das Spiel des Kindes, indem Videoaufnahmen von Spielsituationen zwischen Müttern und ihren Kindern analysiert werden. Ein weiterer oftmals benutzter Fragebogen für Kinder ist der Joseph Preschool and Primary Self-Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979), welcher ebenfalls in die Untersuchung eingebunden wurde. Durch die Auswahl, die das Kind jeweils zwischen zwei Bildern macht, kann das Selbstkonzept des Kindes ermittelt werden. Schließlich ließen Glover und Landreth die Werte der Children's Play Behavior with Parent Rating Form (CPBWPRF, Bratton 1995) in die Studie einfließen, um das Spielverhalten der Kinder zu beleuchten. Dazu teilt sich die CPBWPRF in die Bereiche Aufrechterhaltung des Spiels, Selbstführung des Kindes und Eltern-Kind-Verbundenheit. Bezüglich Validität und Reliabilität dieses Testes können die Autoren im Unterschied zu den vorher genannten Instrumenten keine Angaben machen.

Die Ergebnisse der Erhebungen zeigten hinsichtlich der PPAS positive Veränderungen, vor allem in Bezug auf die Skala Respekt gegenüber der kindlichen Gefühle, jedoch bestand keine statistische Signifikanz.

Auch die Stressausmaßwerte des PSI wiesen auf eine Verbesserung im elterlichen Empfinden der Interventionsgruppe hin, allerdings konnte ebenfalls im Vergleich zur Kontrollgruppe kein Signifikanzniveau erreicht werden.

Das MEACI hingegen ließ erkennen, dass die Interventionsgruppeneltern nach der Therapie signifikant besser dazu in der Lage waren ihren Kindern Akzeptanz zu kommunizieren, dem Kind die Möglichkeit zu geben sich selbst zu leiten sowie im Spiel des Kindes involviert zu sein als noch zu Beginn der Therapie. Der Bereich Erlaubnis von kindlicher Selbstführung zeigte das größte Ausmaß an Verbesserung.

Des Weiteren konnte laut der Resultate der CBPWPRF das Spielverhalten der Kinder in eine positive Richtung gebracht werden, denn sie zeigten während der Posttestwerte analog zu den Ergebnissen des MEACI gesteigerte Selbstlenkung sowie eine erhöhte Verbundenheit zu ihren Eltern. Die beiden anderen oben erwähnten Skalen der CBPWPRF präsentierten, wenn auch nicht in einem signifikanten Ausmaß, ebenfalls erwünschte Veränderungen.

Die Posttestwerte des JPPSST blieben nahezu unverändert im Vergleich zu den Prätestwerten. Dieses Ergebnis führten Glover und Landreth darauf zurück, dass einige der Fragestellungen für Kinder indianischer Abstammung unverständlich beziehungsweise wenig sinnvoll waren. Für eine detaillierte Erläuterung und Angaben zu den Fragestellungen siehe Glover und Landreth (2000, S. 72)

Eine weitere sich auf Randgruppen spezialisierende Untersuchung fand 2002 unter der Leitung von Yuen, Landreth und Baggerly statt. Hierbei wurden chinesische Familien einbezogen, welche nach Kanada immigriert waren und seit 1 bis 8 Jahren dort lebten. 35 Eltern entschieden mit einem ihrer Kinder an der Studie teilzunehmen, 18 wurden der Interventions- und 17 der Kontrollgruppe zugeteilt. Das Alter der Eltern lag bei beiden Gruppen durchschnittlich bei 40 Jahren, wobei eine Altersrange von 36 bis 46 Jahren vorlag. Im Vergleich zur oben genannten Untersuchung, welche lediglich mit Müttern arbeitete, wies die Studie von Yuen et al. 4 Väter in der Interventions- und 6 Väter in der Kontrollgruppe auf. Die Interventionsgruppe bestand des weiteren aus 9 Buben und 9 Mädchen, die Kontrollgruppe hingegen zeigte 10 Buben und 7 Mädchen auf. Die Altersrange lag in den Gruppen zwischen 3 und 10 Jahren. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe war mit 5,9 Jahren fast ein Jahr unter dem Alter der Kontrollgruppe mit 6,8 Jahren. Alle Teilnehmer entschlossen sich bereit eine 10 wöchige Trainingsperiode einzuhalten, die sich aus einer 2-stündigen Trainingseinheit zusammensetzte. Ferner sollten die Eltern in jeder dieser 10 Wochen zusätzlich zu Hause eine 30 minütige Spielzeit mit ihrem Kind durchführen.

Ähnlich der zuvor erwähnten Studie von Jang (2000) wurden die folgenden Erhebungsinstrumente vor und nach der 10-wöchigen Intervention benutzt. Zunächst begannen Yuen et al. (2002) mit der Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954), um die Akzeptanz der Eltern ihrer Kinder gegenüber zu ermitteln. Die detaillierte Erläuterung des Fragebogens kann im obigen Unterkapitel nachgelesen werden. Anschließend wurde der Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) eingesetzt, der das Ausmaß an Stressempfinden der Eltern und Kinder misst. Mit Hilfe der Filial Problem Checklist (FPC) untersuchten die Autoren möglicherweise vorhandene Probleme in der kindlichen Persönlichkeit. Im Unterschied zu Jangs Studie (2002) fand schließlich noch das Self-Perception Profile for Children (SPPC, Harter 1982) Einbezug in die Untersuchung, womit sechs unterschiedliche Kompetenzen der Kinder näher beleuchtet werden sollten. Diese Arten von Fähigkeiten beziehen die schulische, soziale, athletische, körperliche und verhaltensbezogenen Kompetenzen mit ein sowie das Ausmaß an Selbstwertgefühl. Dieser Fragebogen wurde ausschließlich von Kindern bearbeitet. Zuletzt kam die Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (PSPCSAYC, Pike 1982) zum Einsatz, um die vier Aspekte kognitive und körperliche Kompetenz des Kindes, Gruppenakzeptanz und elterliche Akzeptanz zu ermitteln. Dieses Erhebungsinstrument wurde ebenfalls von den Kindern ausgefüllt. Qualitative Ermittlungen bezogen die Auswertung von Aufnahmen von Eltern-Kind-Spielsituationen vor und nach der Intervention ein.

Analog zu Jang (2000) wurden die Eltern-Kind-Spielszenen mit Hilfe des Measurements of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guernsey & O'Connell 1971) bewertet. Vergleichsweise zur Kontrollgruppe zeigte die Interventionsgruppe in allen Skalen des MEACI verbesserte Werte in den empathischen Interaktionen. Die Eltern konnten demnach den Ausdruck der Gefühle ihrer Kinder besser akzeptieren, dem Kind zu einem größeren Ausmaß die Möglichkeit geben sich teilweise selbst zu führen und waren stärker einbezogen in das Spiel ihrer Kinder.

Auch mit Hilfe der Porter Parental Acceptance Scale konnten Yuen et al. (2002) die Effektivität der Filialtherapie aufzeigen. Die Eltern erreichten in allen vier Skalen gesteigerte Werte und waren deshalb in der Lage die Gefühle ihrer Kinder zu respektieren, die Einzigartigkeit des Kindes zu schätzen, den Wunsch des Kindes nach Autonomie zu erkennen und zu einem stärkeren Ausmaß bedingungslos zu lieben.

Hinsichtlich des Parental Stress Index wiesen die Eltern der Interventionsgruppe signifikant niedrigere Stressempfindungswerte auf als jene der Kontrollgruppe. Ferner gaben sie an auch zu merken, dass ihre Kinder nach Beendigung der Therapie weniger Stress erlebten. Somit ergaben alle drei Skalen, Elternskala, Kindskala und insgesamt Wert, eine signifikante Reduktion des Stresslevels der Teilnehmer.

Eine große Anzahl an Problemen im Verhalten der Kinder konnte durch die Intervention laut der Posttestwerte der Filial Problem Checklist ebenfalls gemildert werden.

Schließlich wiesen auch die Werte der PSPCSAYC eine Verbesserung in den Bereichen soziale Akzeptanz, welche die Subskalen Gruppen- beziehungsweise elterliche Akzeptanz beinhaltet.

Insgesamt präsentierte die Untersuchung von Yuen et al. (2002), dass die Filialtherapie für chinesische Familien, die nach Kanada immigrierten, äußerst förderlich sein kann in einer weiten Palette an Aspekten. Die von den Autoren erwarteten Verbesserungen in den Bereichen elterliche Empathie und Akzeptanz gegenüber ihrer Kinder, Steigerung des Selbstkonzepts der Kinder, Stressminderung und Verhaltensproblemreduktion, traten alle nach der Intervention ein.

Die letzte in dieser Arbeit vorgestellte Studie, welche sich auf Randgruppen bezieht, beleuchtete die Effektivität der Filialtherapie bei koreanischen Familien, die in den USA leben. Lee und Landreth führten diese Untersuchung im Jahre 2003 durch und konnten, ähnlich wie die oben erläuterten Studien, eine starke Wirksamkeit der Filialtherapie bestätigen. Um koreanische Teilnehmer zu erreichen, wurden Ankündigungen für die Therapie in koreanischen Kirchen platziert und Flugzettel verteilt. Insgesamt meldeten sich 36 Elternteile, die zu gleichem Anteil auf die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe aufgeteilt wurden. Allerdings stiegen im Laufe der 10-wöchigen Intervention 3 Teilnehmer aus der Kontrollgruppe und einer aus der Interventionsgruppe auf Grund von familiären Problemen oder Schwierigkeiten mit den Terminen aus. Die Treffen fanden entweder in den koreanischen Kirchen oder im Haus eines Teilnehmers statt. Damit die Eltern ohne größere Anfahrtswege partizipieren konnten, wurde die Interventionsgruppe in 3 Untergruppen gespalten und so zusammengestellt, dass die Personen aus der jeweiligen Gruppe geographisch eng beieinander wohnten. Die Altersrange der Eltern lag zwischen 30 und 45 Jahren. Das Durchschnittsalter der Eltern der Interventionsgruppe lag bei 38 Jahren, jene der Kontrollgruppe bei 37. Mehr als die Hälfte der Familien lebten zum Zeitpunkt der Studie seit mehr als 8 Jahren in den Vereinigten Staaten. Das Geschlecht der teilnehmenden Kinder war in der Interventionsgruppe auf 9 männliche und 8 weibliche Teilnehmer aufgeteilt, die Kontrollgruppe setzte sich aus 8 Buben und 7 Mädchen zusammen. Durchschnittlich wiesen die Kinder ein Alter von 6 Jahren in der Kontrollgruppe und 7 Jahren in der Interventionsgruppe auf. Die Altersrange lag zwischen 2 und 10 Jahren.

Die vorliegende Studie ist gut vergleichbar mit den beiden anderen Untersuchungen dieses Unterkapitels, da sie dieselben Erhebungsinstrumente heranzog. Um das Empathieausmaß der Eltern in den Spielsituationen mit ihren Kindern zu ermitteln wurde das Measurement of Emaphy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guerney & O'Connell 1971) verwendet. Ebenso wie Jang (2000) und Yuen et al. (2002) fanden die Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) und der Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) Einzug in die Effektivitätsstudie. Zwei Wochen vor Interventionsbeginn bearbeiteten die Eltern die PPAS sowie den PSI. Außerdem wurden sie in einer 20-minütigen Spielsituation mit ihrem Kind gefilmt, um Daten für das MEACI zu erhalten, welches von objektiven Auswertern beurteilt wurde. Eine Woche nach der 10-wöchigen Intervention wurden diese Erhebungsinstrumente ein weiteres Mal bearbeitet. Zum Prä- und Posttestzeitpunkt wurden die PPAS und der PSI von der Interventions- als auch der Kontrollgruppe ausgefüllt.

Auch die Spielszenen wurden einerseits mit den Teilnehmern der Interventions- und andererseits mit den Teilnehmern der Kontrollgruppe gefilmt, um schließlich genügend vergleichbare Daten zu erhalten.

Die mit den genannten Messinstrumenten erhaltenen Resultate wiesen auf eine starke Effektivität der Filialtherapie hin, obgleich es im Unterschied zu der Studie von Yuen et al. (2002) auch einige Bereiche gab, die keine statistisch signifikanten Veränderungen zeigten.

Das Empathieausmaß der Eltern konnte durch die Intervention sehr gesteigert werden. Laut der Posttestwerte des MEACI wurde die Akzeptanz der Eltern für ihre Kinder gefördert, die Erlaubnis zur Selbstleitung der Kinder stieg an und die Eltern waren mehr in das Spielverhalten ihrer Kinder einbezogen als vor der Therapie. Lee & Landreth (2003) betonen hierzu: „These results are noteworthy because they are based on direct observation of specific skills by a trained professional rather than self-report measures.“ (Lee & Landreth 2003, S. 76) Obwohl die Ergebnisse des MEACI erwähnenswert sind, da sie durch objektive Bewerter ermittelt wurden, sind die folgenden Resultate, welche auf Elternaussagen basieren, ebenfalls relevant.

Die Merkmale bedingungslose Liebe, Respekt für die kindlichen Gefühle und Erkennung des Autonomiebestrebens des Kindes konnten verbessert werden. Lediglich ein Aspekt der PPAS, nämlich die Wertschätzung der Einzigartigkeit des Kindes, wies keine statistisch signifikante Verbesserung auf, wenn man die Werte der Interventions- und Kontrollgruppe gegenüberstellt.

Auch das Stressempfinden der Eltern konnte mit Hilfe der Filialtherapie gesenkt werden. Das kindliche Stresslevel zeigte keine signifikante Minderung, allerdings fiel der Wert auf dem PSI in der Interventionsgruppe, während der Wert in der Kontrollgruppe anstieg.

Sowohl Jang (2000) als auch Yuen et al. (2002) und Lee et al. (2003) wiesen in ihren Studien auf die Wirksamkeit der Filialtherapie bei asiatischen Familien hin. Sie verbesserte die Empathiefähigkeit der Eltern, verringerte das Stressempfinden und ist laut Lee et al. (2003) auch eine Präventionsintervention, da sich die Kompetenzen der Eltern noch stärker entwickeln können, wenn die Spielsitzungen von den Eltern weiterhin durchgeführt werden. Katamneseuntersuchungen wären hilfreich, um diese Hypothese zu beleuchten.

5.3.3 Filialtherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern

Tew, Landreth, Joiner und Solt untersuchten 2002 die Effektivität der Filialtherapie bei chronisch kranken Kindern. Sie gaben an: „The chronicity of these conditions place unique and immense physical and psychological demands on chronically ill children.“ (Tew et al. 2002, S. 80) Da diese Kinder enormen körperlichen und seelischen Schwierigkeiten ausgesetzt sind, findet mal laut Tew et al. (2002, S.80) einen dramatisch erhöhten Prozentsatz an psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich zu Kindern ohne chronische Krankheiten. „[...] chronically ill children have an increased risk for developing anxiety and depressive symptoms, as well as general behavioral and adjustment difficulties.“ (Tew et al. 2002, S 81) Mit diesen Symptomen sind weitere Probleme, wie beispielsweise Schwierigkeiten in der Schule, niedriges Selbstwertgefühl oder Depressionen verbunden. Aus diesem Grund ermittelten Tew et al. (2002) die Wirksamkeit der Filialtherapie in dieser Population. Im Detail wollten die Autoren feststellen, inwiefern die Therapieform in der Lage ist elterliche Akzeptanz für die Gefühle ihrer Kinder zu fördern, Stress bei Eltern und Kindern abzubauen sowie emotionale und Verhaltensprobleme zu verringern.

Die Teilnehmer wurden durch Flugzettel gesucht, welche in einem Kinderkrankenhaus verteilt wurden. Von den anfänglich 28 Eltern und Kindern beendeten 23 die Studie, wovon 12 der Interventions- und 11 der Kontrollgruppe angehörten. Die Interventionsgruppe bestand aus 9 Müttern und 3 Vätern, beziehungsweise 11 Personen kaukasischer und eine Person lateinamerikanischer Abstammung. Die Verteilung in der Kontrollgruppe umfasste 9 Mütter und 2 Väter sowie 9 Eltern und Kinder kaukasischer Herkunft und 2 lateinamerikanische Familien. Die Interventionsgruppe wurde in 3 Kleingruppen geteilt, um es allen Eltern zu ermöglichen einen ihres Tagesablaufes angemessenen Zeitpunkt für die 10 Treffen zu finden. Die Gruppen trafen sich wöchentlich für eine 2-stündige Sitzung mit dem Therapeuten und anschließend konnten die Eltern das in dem Treffen Erlernte zu Hause in 30-minütigen Spielphasen mit ihrem Kind ausprobieren beziehungsweise einüben.

Vor und nach der Intervention wurden die Eltern beider Gruppen gebeten drei Fragebögen auszufüllen. Die Batterie Erhebungsinstrumente bestand aus der Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954), dem Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) sowie der Child Behavior Checklist Parental Report Form (CBCL, Achenbach 1991). Alle Erläuterungen zu den jeweiligen Fragebögen befinden sich in den Kapiteln 4.3.1 und 4.3.2.

Die Ergebnisse der Studie wiesen auf eine hohe Wirksamkeit der Filialtherapie bei Kindern mit chronischen Krankheiten hin. In Bezug auf die PPAS konnten in 3 von 5 Skalen Verbesserungen der Empathiefähigkeit der Eltern erkannt werden. Eltern waren zu einem stärkeren Ausmaß in der Lage die Gefühle ihres Kindes zu respektieren und gaben ihnen häufiger die Möglichkeit diese auszudrücken. Außerdem bemerkten sie öfter den Wunsch ihres Kindes autonom und unabhängig zu sein. Sie sahen das Kind als Individuum und ließen ihm die Chance Selbstkontrolle zu entwickeln. Auch die Gesamtwerte zeigten eine positive Veränderung in der Interventionsgruppe. Die Werte der beiden Skalen Wertschätzung der Einzigartigkeit des Kindes und unbedingte Liebe waren nicht signifikant unterschiedlich zu jenen Werten der Kontrollgruppe, jedoch herrschte ein leichter Anstieg der Interventionsgruppenwerte im Gegensatz zur Kontrollgruppe.

Der PSI war für die Autoren deshalb von großer Bedeutung, da Familien mit chronisch kranken Kindern häufiger unter hohem Ausmaß an Stress leiden als Familien, die diese Problematik nicht aufweisen. Ferner haben die teilnehmenden Eltern vermutlich größere Verantwortung hinsichtlich ihrer Kinder und müssen mehr auf sie achten, da stets ein gesundheitliches Risiko vorhanden ist. Diese Tatsache führt möglicherweise zu einem erhöhten Stressniveau der Eltern, aber auch des Kindes. Mit Hilfe der Filialtherapie wurde das Stressausmaß im Allgemeinen gesenkt, vor allem aber das der Kinder. Eltern empfanden nach der 10-wöchigen Intervention weniger Stress bezüglich ihrer Kinder, allerdings zeigte die Skala des Elternbereichs keine statistisch signifikante Veränderung.

Das problematische Verhalten der Kinder der Interventionsgruppe, welches mit der CBCL ermittelt wurde, wies im Vergleich zu dem Verhalten der Kontrollgruppenkinder eine signifikante Reduktion auf. Die jungen Teilnehmer zeigten weniger Angst- und Depressionsempfinden als noch vor der Therapie. Sie hatten aus diesem Grund mehr Energie, mehr Selbstvertrauen, eine verbesserte Konzentration, einen gesteigerten Appetit und waren weniger irritierbar. Ferner erwähnten Tew et al.: „Children who are anxious and depressed have a tendency to do poorly in school and lack decision-making skills.“ (Tew et al. 2002, S. 93) Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die positive Veränderung des kindlichen Verhaltens auf mehrere Ebenen des alltäglichen Lebens des Kindes, wie zum Beispiel der Schule, und wahrscheinlich auch auf einige Bereiche des Familienlebens förderlichen Einfluss ausübte.

Eine zweite Studie, die sich auf Kinder mit besonderer Problematik spezialisierte und das 10-wöchige Trainingsmodel von Landreth (1991) verwendete, wurde von Smith und Landreth geleitet und fand im Jahre 2004 in den USA statt. Hierbei wurde die Wirksamkeit der Filialtherapie bei gehörlosen Kindergartenkindern ermittelt, allerdings umfasste die die Spielsitzungen durchführende Zielgruppe in diesem Fall nicht die Eltern, sondern die Lehrer der jeweiligen Schüler. Laut Smith und Landreth (2004) besteht bei Kindern, die seit der Geburt gehörlos sind beziehungsweise ihr Gehör in den ersten Lebensjahren verlieren, eine gesteigerte Schwierigkeit mit anderen Menschen zu kommunizieren und sich auszudrücken. „Difficulty acquiring the ability to communicate and express self can greatly impact a child’s cognitive, social and emotional development.“ (Smith & Landreth 2004, S. 14) Neben den Problemen in der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung entstehen häufig auch Schwierigkeiten hinsichtlich des Selbstwertgefühls, der Empathiefähigkeit und der schulischen Leistungen. Verhaltensstörungen wie Aggression, Isolation oder Depression treten laut Smith und Landreth zu einem größeren Ausmaß bei gehörlosen Kindern auf als es bei Kindern der Fall ist, die keine Behinderung aufweisen. In diesem Sinne basiert die vorliegende Untersuchung auf der Ermittlung der Wirksamkeit der Filialtherapie bei gehörlosen Schülern in Bezug auf eine Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten, die sich aus dem externalisierenden (Aggression) und dem internalisierenden (Angst, Depression, Rückzug) Bereich zusammensetzt. Ferner sollte die Studie untersuchen, ob die Filialtherapie eine adäquate Methode darstellt, um die Empathiefähigkeit der Lehrer zu fördern sowie ihre Akzeptanz der Kinder gegenüber zu steigern und ihre Bereitschaft zu stärken ihre Schüler selbstständig agieren zu lassen.

Die Teilnehmer wurden in einer Schule für gehörlose Kinder gefunden. Die Schüler der beiden Gruppen wiesen eine Altersrange von 2 bis 6 Jahren auf. Das Durchschnittsalter wurde von Smith und Landreth mit 4 Jahren angegeben. 24 Lehrer mit je einem Schüler als sogenanntem Fokuskind erklärten sich bereit an der Untersuchung teilzunehmen. Die 12 Personen der Interventionsgruppe bestanden aus 10 Frauen und 2 Männern. Die Herkunft der Frauen war bei 60% kaukasisch, bei 10% lateinamerikanisch und bei 30% afroamerikanisch. Jeweils ein Mann war lateinamerikanischen beziehungsweise afroamerikanischen Ursprungs. Die Kontrollgruppe setzte sich ebenfalls aus 10 Frauen mit 80% kaukasischer, 10% lateinamerikanischer und 10% afroamerikanischer Herkunft und 2 Männer kaukasischen Hintergrundes zusammen.

Die der Interventionsgruppe zugehörigen Kinder waren zu gleichem Maße weiblich und männlich und zeigten folgende Verteilung auf, 25% kaukasisch, 42% lateinamerikanisch und 33% afroamerikanisch. 7 Buben und 5 Mädchen umfasste die Kontrollgruppe, die desweiteren unterteilt werden konnte in 42% Kaukasier 42% Lateinamerikaner und 16% Afroamerikaner.

Erwähnenswert bezüglich dieser Untersuchung ist noch die Tatsache, dass es bei der Durchführung der Filialtherapie notwendig war den allgemeinen Sprachgebrauch, der zumeist in Therapien, welche dem personenzentrierten Konzept folgen, benutzt wird ein wenig an das Kommunikationsverhalten der gehörlosen Kinder anzupassen, da es nicht für jedes Wort ein passendes Wort in der Zeichensprache gibt. Außerdem können hypothetische Sätze mit Termini wie entscheiden oder wählen nur teilweise von gehörlosen Kindern verstanden werden. Smith und Landreth (2004) gaben hierfür ein Beispiel an, wie es in der Spielsituation eines Lehrers mit seinem Schüler vorkam:

„Instead of attempting to communicate the more complicated ‘You feel happy playing with that dinosaur’, or, as the teachers were inclined to ask the question ‘Are you happy playing with that dinosaur?’ they decided to respond ‘You look happy...the dinosaur is fun...you like playing with it.’“ (Smith & Landreth 2004, S. 23)

Zur Datenerhebung wurden drei Instrumente herangezogen. Um das Empathieausmaß der Lehrer gegenüber ihrer Schüler zu ermitteln brachten Smith und Landreth das Measurement of Empathy in Adult-Child Interventions (MEACI, Stover, Guernsey & O’Connell 1971) zum Einsatz, welches dazu dient aufgenommene Spielsituationen zwischen Erwachsenen und Kindern zu bewerten, wie in den obigen Kapiteln detaillierter erläutert wurde. Außerdem fand die Child behavior Checklist/Caregiver-Teachers Report Form (CBC/C-T, Achenbach & Edelbrock 2000) Anwendung in der Untersuchung. Dieser Fragebogen mit 120 Items besitzt nahezu denselben Zweck wie die schon in vorhergegangenen Kapiteln erwähnte Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991), nämlich die Ermittlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Schülern, wobei dieses Instrument anstatt von den Eltern von den Lehrern bearbeitet wird.

Ein weiterer, in dieser Arbeit noch nicht erwähnter, Fragebogen ist der sogenannte Meadow-Kendall Social-Emotional Assessment Inventory for Deaf and Hearing Impaired Students (SEAI, Meadow 1983), welcher für die Erkennung von sozialen und emotionalen Problemen der Schüler zuständig ist. Detaillierter erläutert bezieht sich das SEAI auf das dominierende und ängstliche Verhalten sowie auf die kindliche Entwicklung.

Die Ergebnisse fielen Großteils positiv aus und bewiesen eine viele Bereiche des Verhaltens der Lehrer und der Schüler betreffende Wirksamkeit. Nach der Intervention zeigten die Lehrer laut der MEACI-Werte eine Steigerung ihres Empathieempfindens. Die Fähigkeit ihre Akzeptanz gegenüber den Kindern zu kommunizieren wurde verbessert, ebenso die Erlaubnis die Kinder selbstständig sein zu lassen und ihnen die Möglichkeit zu geben sich selbst zu führen anstatt kontrolliert zu werden. Weiters waren die Lehrer laut Posttestwerte stärker in das Spiel ihrer Schüler involviert.

Die Skala aggressives Verhalten des SEAI wies keine signifikante Reduktion auf und bestätigte die Ergebnisse der CBC/C-T, welche ebenfalls keine Veränderung im externalisierenden Verhalten der gehörlosen Schüler erkennen konnte. Im Unterschied zu den CBC/C-T Resultaten zeigte das SEAI keine statistisch signifikante Verbesserung des Kommunikationsverhaltens.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe wies die Interventionsgruppe auf den Skalen der CBC/C-T positivere Ergebnisse auf. Sowohl die Skala der allgemeinen Werte als auch jene der internalisierenden Verhaltensschwierigkeiten präsentierten eine signifikante Verbesserung. Da internalisierende Verhaltensauffälligkeiten häufig zu Depressionen und Angstzuständen führen, ist diese positive Entwicklung in der Persönlichkeit der Schüler hervorzuheben. Die Skala der externalisierenden Verhaltensprobleme zeigte keine signifikante Veränderung, allerdings basierte dieses Resultat auf dem Vergleich der Prä- und Posttestmessungen, die beide äußerst niedrige Werte aufwiesen. Das bedeutet, dass schon vor der Intervention laut Lehreraussagen kaum externalisierendes Verhalten der Schüler vorhanden war. Die Rückzugsskala des CBC/C-T ließ erkennen, dass die Filialtherapie die Kinder dabei unterstützte weniger Rückzugsverhalten zu zeigen, sich selbst weniger physisch und emotional zu isolieren und zu einem stärkeren Ausmaß mit Schulkollegen und Lehrern zu kommunizieren.

5.3.4 Filialtherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder

Interessant ist die Effektivitätsstudie von Goetze und Grskovic (2008), da sie einerseits äußerst aktuell und andererseits eine Untersuchung ist, die zum Unterschied der meisten hier erwähnten Erhebungen in Europa durchgeführt wurde. Es handelt sich dabei um eine Kurzzeit-Filialtherapie mit 33 deutschen Müttern und jeweils einem ihrer Kinder. Die Teilnehmer wurden in einer sozialen Einrichtung für Eltern, die Stress ausgesetzt sind, aufgefunden. Die Mütter erhielten dort Unterstützung von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und Erziehern. In diesem Sinne muss eine Limitation der Studie angezeigt werden, da nicht genau ermittelt werden konnte inwieweit diese Interventionen Einfluss auf die Kinder und Eltern hatte. Die Filialtherapie zeigte eine Dauer von zwei Wochen auf und begann mit zwei 90-minütigen Trainingseinheiten, in welchen den Eltern das personenzentrierte Konzept sowie die Basisskills für die anschließenden Eltern-Kind Spielsituationen erläutert wurden. Anschließend fanden wöchentlich drei Treffen der Mütter mit dem personenzentrierten Psychotherapeuten statt. Außerdem wurden die Mütter gebeten eine Mindestanzahl von fünf Spielsitzungen mit ihrem Kind während der zwei Wochen einzuhalten. Vor der Durchführung des Programmes teilten die Autoren die Teilnehmer in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe, die aus 15 beziehungsweise 18 Müttern und ihren Kindern bestanden. Die Interventionsgruppe wies 6 Buben und 9 Mädchen auf, während sich die Kontrollgruppe aus 12 Buben und 6 Mädchen zusammensetzte. Die Altersrange der Kinder lag zwischen 4 und 12 Jahren. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe zeigte 5,8 Jahre, das der Kontrollgruppe lag hingegen bei 7,3 Jahren. In Bezug auf das Alter der Mütter wurden von Goetze und Grskovic keine Angaben gemacht.

Die Erhebungsmethoden dieser Studie umfassten die Child Behavior Checklist (CBCL, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) sowie das Hamburger Inventory for Measuring Mothers' Parental Styles (HAMEL, Baumgärtel 1979), welches den elterlichen Erziehungsstil erfasst. Dieser Fragebogen setzt sich aus den Skalen Strenge, Unterstützung und Zuwendung zusammen, wobei diese drei Aspekte mit Hilfe von 24 Items gemessen werden.

Ferner ließen Goetze und Grskovic strukturierte Interviews mit den Müttern in ihre Arbeit mit einfließen. Dabei wurden den Müttern acht Fragen in Bezug auf die Veränderung der Beziehung mit ihrem Kind vorgegeben. Schließlich entstanden während der Filialtherapie Videoaufnahmen der Kinder und ihrer Eltern, welche ebenfalls von Experten analysiert wurden und zwar mit Hilfe des Interact Computer Program (Mangold Software & Consulting, 1991). Die Bewerter achteten bei der Auswertung im Hinblick auf die Mütter vor allem auf die Merkmale Spiegelung der kindlichen Handlungen, Spiegelung der kindlichen Äußerungen und Spiegelung der kindlichen Gefühle sowie die von Rogers (1949) postulierten Bedingungen einer persönlichkeitsfördernden Beziehung: Kongruenz, Empathie und unbedingte Wertschätzung. Bezüglich der Kinder lag das Hauptaugenmerk der Experten auf den Bereichen Benutzung kreativer Medien, Entdeckung, Ausmaß an Fragen und Austestung von Grenzen.

Die Ergebnisse der CBCL-Auswertung präsentierten eine Reduktion der internalisierenden Verhaltensprobleme der Interventionsgruppenkinder genauso wie eine Minderung des negativen Verhaltens im Allgemeinen. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe konnten in keiner der drei Skalen der CBCL Verbesserungen erreichen.

Obwohl hinsichtlich des Erhebungsinstruments HAMEL in einer Skala signifikante Fortschritte auftraten, war dieser Fragebogen nur teilweise in der Lage die Effektivität der Filialtherapie zu bestätigen. Beide Gruppen zeigten in dieser Skala, welche sich auf die elterliche Strenge bezog, eine signifikante Reduktion. Allerdings zeigten die Eltern der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den Eltern der Kontrollgruppe einen signifikanten Anstieg im Bereich Zuwendung. Die Posttestwerte der Kontrollgruppenteilnehmer ließen sogar drauf schließen, dass die Eltern den Kindern weniger Zuwendung zukommen ließen als noch zu Beginn der Studie.

Um die Interviews adäquat in die Untersuchung einfließen lassen zu können, wurden sie von Goetze und Grskovic mit Hilfe einer quantitativen Methode analysiert. Diesbezüglich wurden die Interviews auf fünf Bereiche hin evaluiert, welche folgendermaßen betitelt wurden: Verstehen des Kindes, Empathie, erziehende Kompetenz, Akzeptanz und Qualität der Beziehung. Alle fünf Aspekte zeigten signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, da alle Werte der Interventionsgruppe höher ausfielen als jene der Kontrollgruppe.

Auch die Videoaufnahmen konnten die Wirksamkeit der Filialtherapie beweisen und wiesen in den analysierten Bereichen in Bezug auf die Mütter signifikante Verbesserungen auf.

Diese erste in Deutschland durchgeführte Effektivitätsstudie in Bezug auf die Filialtherapie ergab insgesamt, betrachtet man die eben erwähnten Resultate, eine hohe Wirksamkeit der Filialtherapie sowohl hinsichtlich der Persönlichkeit der Kinder als auch jener der Mütter und der Beziehung zwischen den beiden Teilnehmern.

Das folgende Kapitel veranschaulicht, analog zu den obigen Kapiteln Einzelspieltherapie und Gruppenspieltherapie, die wichtigsten Aspekte der genannten Studien, indem es mit Hilfe von Tabellen jedes Unterkapitel übersichtlich darstellt. Die Wirksamkeitsuntersuchungen werden in diesen Aufstellungen hinsichtlich der Merkmale Art der Studie, Anzahl und Alter sowie Geschlecht der Teilnehmer, Frequenz und Dauer der Intervention, Erhebungsinstrumente und schließlich bezüglich der signifikanten Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern genauso wie hinsichtlich der unveränderten beziehungsweise nicht-signifikant veränderten Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern zusammengefasst.

5.3.5 Zusammenfassung

Filialtherapie mit traumatisierten Kindern

	Landreth & Smith (2003)
Art der Studie	Intensive Filialtherapie mit Kindern, die häusliche Gewalt erlebten
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 11 Teilnehmer Kontrollgruppe: 11 Teilnehmer Alter der Kinder zwischen 4 und 10 Jahren Durchschnittsalter 6,1 Jahre Keine Angaben zum Alter der Eltern
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: weiblich 4 männlich 7 Kontrollgruppe: weiblich 7 männlich 4
Frequenz und Dauer der Intervention	Zwölf 90-minütige Filialtherapiesitzungen bestehend aus Elterntraining und Eltern-Kind-Spielzeit ein- bis zweimal pro Woche
Erhebungsinstrumente	- Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) - Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979) - Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guernsey & O'Connell 1971)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	- Reduktion der externalisierenden Probleme wie Aggression oder Feindseligkeit - Minderung der internalisierenden Verhaltensprobleme wie dem Rückzugsverhalten - Verringerung des Angst- und Depressionserlebens - Verbesserung des Selbstwertgefühls - Steigerung der Empathiefähigkeit der Mütter beziehungsweise Väter
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder	Keine signifikante Verbesserung der Werte der Skala Beteiligung der Mutter beziehungsweise des Vaters im Spiel des Kindes

Tabelle 10

Filialtherapie mit Kindern aus sozialen Randgruppen

	Jang (2000)	Glover & Landreth (2000)
Art der Studie	Filialtherapie mit koreanischen Familien	Filialtherapie mit amerikanischen Ureinwohnern im Flathead-Reservat
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 14 Teilnehmer Kontrollgruppe: 16 Teilnehmer IG: Eltern Ø 33 Jahre KG: Eltern Ø 34 Jahre Alter der Kinder zw. 4 und 9 Jahren Ø 6 Jahre	Interventionsgruppe: 11 Teilnehmer Kontrollgruppe: 10 Teilnehmer IG: Alter der Eltern zw. 26 und 44 Jahren Durchschnittsalter bei 37 Jahren KG: Alter der Eltern zw. 23 und 46 Jahren Durchschnittsalter bei 32 Jahren Alter der Kinder zwischen 3 und 10 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	Keine Angaben	Interventionsgruppe: 6 Buben 5 Mädchen Kontrollgruppe: 4 Buben 6 Mädchen
Frequenz und Dauer der Intervention	8 Filialtherapiesitzungen zu 2 Stunden sowie 8 30-minütige Spielzeiten zu Hause innerhalb von 4 Wochen	Zehn 2-stündige Filialtherapiesitzungen und zehn 30-minütige Eltern-Kind-Spielzeiten innerhalb von 10 Wochen
Erhebungsinstrumente	- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) - Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) - Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974) - Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guernsey & O'Connell 1971) - Interviews	- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) - Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) - Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction Report Form (MEACIRF, Bratton 1994) - Children's Play Behavior With Parent Rating Form (CPBWPRF, Bratton, 1995) - Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPSST, Joseph 1979)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Anstieg des Akzeptanzniveaus der Eltern gegenüber der Kinder, Steigerung der Erlaubnis zu mehr Selbstführung der Kinder, Stärkung der Einbezogenheit der Eltern im kindlichen Spiel - Anstieg der Sensibilität bezüglich der kindlichen Gefühle - Verbesserung der familiären Atmosphäre und Kommunikation	- Verbesserung des Akzeptanzausmaßes der Eltern gegenüber der Kinder, Steigerung der Erlaubnis zu mehr Selbstführung der Kinder, Stärkung der Involviertheit der Eltern im kindlichen Spiel - Verbesserung des kindlichen Spielverhaltens mit gestärkter Selbstleitung und höherer Verbundenheit zu dem Elternteil
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Keine signifikanten Veränderungen des Stressempfindens der Eltern - Keine signifikante Verbesserung der Verhaltensschwierigkeiten der Kinder	- Keine signifikanten Veränderungen der Akzeptanz der Eltern gegenüber ihrer Kinder - Keine signifikanten (jedoch vorhandene) Verbesserungen des elterlichen Stressempfindens - Keine Veränderungen des Selbstkonzeptes des Kindes

Tabelle 11

	Yuen et al. (2002)	Lee & Landreth (2003)
Art der Studie	Filialtherapie mit nach Kanada immigrierten chinesischen Familien	Filialtherapie mit in die USA immigrierten koreanischen Familien
Anzahl und Alter der Teilnehmer	35 Elternteile mit je einem Kind Interventionsgruppe: 18 Elternteile zwischen 36 und 46 Jahren, Ø 40 J. Kontrollgruppe: 17 Elternteile zwischen 37 und 45 Jahren Ø 40 Jahre Kinder zwischen 3 und 10 Jahren Interventionsgruppe: Ø 5,9 Jahre Kontrollgruppe: Ø 6,8 Jahre	32 Elternteile mit je einem Kind Interventionsgruppe: 17 Elternteile zwischen 30 und 45 Jahren, Ø 38 J. Kontrollgruppe: 15 Elternteile zwischen 30 und 45 Jahren Ø 37 J. Kinder zwischen 2 und 10 Jahren Interventionsgruppe: Ø 7 Jahre Kontrollgruppe: Ø 6 Jahre
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgr.: Kontrollgr.: 14 Mütter 4 Väter 11 Mütter 6 Väter 9 Buben 9 Mädchen 10 Buben 7 Mädchen	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 9 Buben 9 Buben 8 Mädchen 7 Mädchen
Frequenz und Dauer der Intervention	2 Filialtherapiesitzungen mit dem Therapeuten und eine 30-minütige Spielzeit mit dem Kind pro Woche innerhalb von 10 Wochen	Zehn 2-stündige Filialtherapiesitzungen und zehn 30-minütige Eltern-Kind-Spielzeiten innerhalb von 10 Wochen
Erhebungsinstrumente	- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) - Parental Stress Index (PSI, Abidin 1983) - Filial Problem Checklist (FPC, Horner 1974) - Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (PSPCSAYC, Pike 1984) - Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guerney & O'Connell 1971)	- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) - Parental Stress Index (PSI, Abidin 1983) - Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guerney & O'Connell 1971)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Anstieg des Akzeptanzniveaus der Eltern gegenüber der Kinder, Steigerung der Erlaubnis zu mehr Selbstführung der Kinder, Stärkung der Einbezogenheit im Spiel - Steigerung der kindlichen Wahrnehmung von sozialer Akzeptanz - Verbesserung der kindlichen Verhaltensprobleme - Minderung des elterlichen Stresslevels	- Steigerung der bedingungslosen Liebe, des Respekts der kindlichen Gefühle, der Anerkennung des Autonomiebestrebens des Kindes - Verminderung des Stressempfindens der Eltern - Anstieg des Akzeptanzniveaus der Eltern gegenüber der Kinder, Erlaubnis zu mehr Selbstführung des Kindes, Höhere Involviertheit im kindlichen Spiel
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	Keine unveränderten Aspekte	Keine Veränderung hinsichtlich Wertschätzung der Einzigartigkeit des Kindes durch die Eltern

Filialtherapie mit Kindern mit spezifischen Störungsbildern

	Tew et al. (2002)	Smith & Landreth (2004)
Art der Studie	Filialtherapie mit chronisch kranken Kindern	Filialtherapie mit gehörlosen Kindern, durchgeführt mit Hilfe von Lehrern
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 12 Teilnehmer Kontrollgruppe: 11 Teilnehmer	Interventionsgruppe: 12 Teilnehmer Kontrollgruppe: 12 Teilnehmer Zwischen 3,9 und 6,8 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 9 Mütter 3 Väter 9 Mütter 2 Väter Kinder: Keine Angaben zum Geschlecht	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe: 10 Frauen 2 Männer 10 Frauen 2 Männer 6 Buben 6 Mädchen 7 Buben 5 Mädchen
Frequenz und Dauer der Intervention	Zehn 2-stündige Filialtherapiesitzungen und zehn 30-minütige Eltern-Kind-Spielzeiten innerhalb von 10 Wochen	Insgesamt 25 Stunden Filialtherapietreffen mit dem Therapeuten und zehn 30-minütige Eltern-Kind-Spielzeiten innerhalb von 10 Wochen
Erhebungsinstrumente	- Porter Parental Acceptance Scale (PPAS, Porter 1954) - Parenting Stress Index (PSI, Abidin 1983) - Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991)	- Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction (MEACI, Stover, Guernsey & O'Connell 1971) - Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991) - Meadow-Kendall Social Emotional Assessment Inventory for Deaf and Hearing Impaired Students (SEAI, Meadow 1983)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Steigerung des Ausmaßes an Respekt der Eltern gegenüber der Gefühle ihres Kindes und Stärkung der Beachtung des kindlichen Autonomiewunsches - Verbesserung der elterlichen Erlaubnis zu mehr Selbstkontrolle des Kindes - Reduktion des Stressausmaßes der Eltern in Bezug auf die Erziehung - Verminderung des problematischen Verhaltens der Kinder - Senkung des Angst- und Depressionsempfinden, Steigerung der Energie, des Selbstvertrauens, der Konzentration, des Appetits	- Steigerung der Empathie der Lehrer gegenüber ihrer Schüler - Stärkung der Akzeptanz gegenüber der Kinder - Steigerung der Erlaubnis die Kinder sich selbst führen zu lassen - Verbesserung der Beteiligung der Lehrer in das Spiel ihrer Schüler - Positive Veränderung der internalisierenden Verhaltensschwierigkeiten der Kinder - Verminderung des Rückzugsverhaltens der Kinder - Laut CBCL-Werte Verbesserung des Kommunikationsverhaltens
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Keine signifikante Veränderung Wertschätzung der Einzigartigkeit des Kindes - Keine signifikante Verbesserung der unbedingten Liebe der Eltern gegenüber ihrer Kinder	- Keine signifikante Reduktion des aggressiven Verhaltens der Kinder - Laut SEAI-Werte keine statistisch signifikante Verbesserung des Kommunikationsverhaltens

Tabelle 12

Filialtherapie mit Kindern ohne spezifische Störungsbilder

	Goetze & Grskovic (2008)
Art der Studie	Kurzzeit-Filialtherapie mit deutschen Müttern
Anzahl und Alter der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 15 Teilnehmer Kontrollgruppe: 18 Teilnehmer Kinder zwischen 4 und 12 Jahren. Interventionsgruppe: Ø 5,8 Jahre Kontrollgruppe: Ø 7,3 Jahren. Keine Angaben bezüglich des Alters der Mütter
Geschlecht der Teilnehmer	Interventionsgruppe: 6 Buben 9 Mädchen Kontrollgruppe: 12 Buben 6 Mädchen Eltern: ausschließlich Mütter
Frequenz und Dauer der Intervention	Wöchentlich drei Treffen der Mütter mit dem personenzentrierten Psychotherapeuten sowie minimal fünf Spielsitzungen innerhalb von zwei Wochen
Erhebungsinstrumente	- Child Behavior Checklist (CBCL, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) - Hamburger Inventory for Measuring Mothers' Parental Styles (HAMEL, Baumgärtel 1979) - strukturierte Interviews - Interact Computer Program (Mangold Software & Consulting, 1991)
Signifikante Veränderungen im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	- Reduktion der internalisierenden Verhaltensprobleme der Kinder - Minderung des negativen Verhaltens im Allgemeinen. - Anstieg der elterlichen Zuwendung - Verbesserung der Bereiche Verstehen des Kindes, Empathie, erziehende Kompetenz, Akzeptanz und Qualität der Beziehung - Steigerung der Merkmale Spiegelung der kindlichen Handlungen, der kindlichen Äußerungen und der kindlichen Gefühle sowie der Kongruenz, der Empathie und der unbedingten Wertschätzung
Unveränderte Aspekte im Verhalten und in den Kompetenzen der Kinder und Eltern	Der Bereich elterliche Strenge zeigte eine signifikante Reduktion auf, allerdings sowohl in der IG als auch in der KG

Tabelle 13

Unter Einbezug von acht Effektivitätsstudien wurde im Kapitel 4.3 ein Überblick zur Wirksamkeit der Filialtherapie geboten. Zusammenfassend können folgende Ergebnisse herausgelesen werden:

- In fünf der neun Wirksamkeitsstudien zeigten externalisierende und/oder internalisierende Verhaltensprobleme der teilnehmenden Kinder Verminderungen auf (Yuen 2002, Tew et al. 2002, Landreth & Smith 2003, Smith & Landreth 2004, Goetze & Grskovic 2008).
- Das Stresserleben, welches sich bei den obigen Filialtherapieuntersuchungen zumeist auf die Eltern und nicht auf die Kinder bezog, minimierte sich in drei Fällen. (Tew et al. 2002, Yuen 2002, Lee & Landreth 2003)
- Angst- und/oder Depressionssymptome der Kinder konnte in zwei Untersuchungen reduziert werden (Tew et al. 2002, Landreth & Smith 2003)
- Ebenfalls zwei Untersuchungen zeigten eine positive Entwicklung des Selbstwerts der Kinder (Tew et al. 2002, Landreth & Smith 2003).
- Zusätzlich wirkte sich die Filialtherapie positiv auf die Empathie der Eltern aus (Landreth & Smith 2003, Goetze & Grskovic 2008).
- Eine positive Entwicklung des Akzeptanzniveaus der Eltern gegenüber ihrer Kinder, der Erlaubnis zu einer gesteigerten Selbstführung des Kindes und die Beteiligung im kindlichen Spiel konnte bei sechs Effektivitätsstudien bewiesen werden (Jang 2000, Glover & Landreth 2000, Yuen 2002, Tew et al. 2002, Lee & Landreth 2003, Smith & Landreth 2004).
- Chronisch kranke Kinder hatten nach der filialtherapeutischen Intervention mehr Selbstvertrauen, Energie und Appetit, eine verbesserte Konzentrationsfähigkeit und zeigten weniger problematisches Verhalten (Tew et al. 2002).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die filialtherapeutische Intervention eine hohe Effektivität bezüglich vieler Bereiche der kindlichen und elterlichen Persönlichkeit aufweist.

Um einen Einblick in Bezug auf personenzentrierte Förder- und Trainingsprogramme in Schulen zu erhalten, bezieht sich das nachstehende Kapitel auf das „Mich und Dich Verstehen – Programm“, ein von Bieg und Behr (2002) entwickeltes personenzentriertes Konzept.

6 Trainings- und Förderprogramm

6.1 Einführung in das „Mich und Dich Verstehen-Programm“

Das von Sonja Bieg und Michael Behr entwickelte, so genannte „Mich und Dich Verstehen-Programm“ ist ein Trainingsprogramm mit der Absicht emotionale und soziale Kompetenzen bei Kindern im Alter zwischen acht und zwölf Jahren zu fördern. Besondere Beachtung liegt dabei in der Förderung der Bereiche Erkennen und Wahrnehmen der eigenen Gefühle der Kinder, Einfühlungsvermögen sowie Angst – und Stressbewältigung. Das Programm gliedert sich in drei Epochen, welche jeweils drei aufeinanderfolgende Tage in Anspruch nehmen und entwicklungshierarchisch aufgebaut sind. Ungefähr vier Stunden sollten pro Tag für die Arbeitseinheiten einberechnet werden, um stressfrei vorgehen zu können, wobei diese durch häufige Pausen unterbrochen werden. Zwischen diesen Epochen liegen im optimalen Fall acht Wochen Pause, um den Kindern die Verarbeitung des Erlernten zu ermöglichen. Als Anwendungsfeld eignen sich Schulklassen oder sozialpädagogische Einrichtungen, wie beispielsweise Horte oder andere Kindergruppen. Es können auch lediglich Teilbereiche des Programms und, oder Modifikationen im jeweiligen Feld verwendet werden, falls der Pädagoge beziehungsweise der Erzieher das Vorgehen oder die Inhalte auf seine Gruppe individuell abstimmen möchte. Die Wirksamkeit wurde jedoch nur im Zuge der Evaluierung des kompletten Programms überprüft und bestätigt.

Das Training kann von den jeweiligen Klassenlehrern oder Horterziehern, sowie allen anderen Personen, welche mit Kindergruppen arbeiten durchgeführt werden. Die genaue Anleitung, die das Buch vorgibt, ermöglicht es auch Personen mit weniger Erfahrung das Programm problemlos durchzuführen. Dennoch nennen Bieg und Behr einige Grundbedingungen, die ein Pädagoge besitzen sollte, um die Kinder in ihren Kompetenz richtig fördern zu können. Unter anderem erwähnen sie beispielsweise, dass die das Programm durchführende Person „grundlegende Erfahrungen im Umgang mit Kindergruppen mitbringen [sollte]: Beziehungsaufbau, positives Gruppenklima herstellen, Mediation bei Konflikten, die Kinder zu gemeinsamen Aktivitäten bewegen können [...]“ (Bieg und Behr, 2005, S. 44)

Da das Programm darauf abzielt die Gefühlswahrnehmungen bei sich und anderen zu schulen, wäre es vorteilhaft, wenn der Erzieher problemlos über Emotionen sprechen und seine eigenen ausdrücken kann, um für die Kinder eine Vorbildwirkung zu erzeugen. Vorteilhaft wäre weiters, dass das Programm von einer Person von Anfang bis Ende vollzogen wird, im besten Fall von einer Person, der die Kinder vertrauen und bei welcher sie keine Hemmungen haben ihre Gefühle zu äußern.

Vor der Durchführung des Programms sind noch einige zusätzliche Aspekte zu berücksichtigen. Zunächst ist wichtig, dass alle Eltern der teilnehmenden Kinder über dieses Projekt aufgeklärt werden und die Chance haben eventuell auftauchende Frage zu stellen. Einige davon werden von Bieg und Behr in ihrem Buch erwähnt, wie beispielsweise die Frage nach dem Problem, den Stoff der Fächer durchzunehmen, wenn Fachstunden zu Gunsten des Programms entfallen. Auch ob eine Benotung des Bearbeiteten stattfindet oder wie zu Hause mit dem Thema umgegangen werden sollte, sind Fragen, die sich einige Eltern möglicherweise stellen könnten. Adäquate Antworten sind in Bieg und Behr (2005, S. 46f) nachzulesen. Im Zuge eines Elternabends kann das Programm detailliert vorgestellt werden, um die Eltern angemessen zu informieren. Wichtig dabei wäre die Eltern über das Thema des Programms, die Gründe, weshalb dieses Programm gewinnbringend für die Kinder sein kann, die Inhalte und zeitliche Aufteilung der drei Epochen aufzuklären, gegebenenfalls einige Beispiel der ein oder anderen Epoche darzustellen, sowie die Effektivitätsstudie, welche positive, nachhaltige Trainingseffekte aufzeigt, zu erwähnen.

Im Bezug auf die Räumlichkeiten und Gruppengröße ist zu erwähnen, dass der Raum ungefähr die zwei- bis dreifache Quadratmeteranzahl der Kinderanzahl aufzeigen sollte, um auch die sportlicheren Aktivitäten des Programms problemlos durchführen zu können. Tische und Sessel sollten für alle Kinder vorhanden sein, können aber auch entfernt werden für Entspannungsübungen, bei denen die Kinder auf Matten am Boden liegen. Eine Mindestanzahl von vier Kindern wird von Bieg und Behr vorgeschlagen, die obere Grenze kann von der durchführenden Person bestimmt werden, wobei jedoch darauf geachtet werden sollte, dass alle Kinder in die Aktivitäten einbezogen werden können. Nehmen zu viele Kinder an dem Programm teil, ist es möglich, dass einige Kinder nicht genügend integriert werden und die Effektivität der Intervention nicht in dem beschriebenen Ausmaß vorhanden sein wird.

Um nun das Programm in Schulen durchführen zu können, ohne etliche notwendige Unterrichtsstunden zu verlieren, besteht eine hohe Lehrplankonformität mit dem Bildungsplan der dritten und vierten Klassen der Volksschule. Unter anderem beziehen sich Bieg und Behr auf folgende Inhalte, die im Lehrplan angeführt werden.

„So gelingt es Kindern immer besser, sich in andere Personen hineinzusetzen und über sich selbst und andere zu sprechen.“ (Bildungsplan für die Grundschule, 1994, S. 111 in Bieg und Behr, 2005, S. 19)

Der Lehrplan für Heimat und Sachunterricht setzt das nachstehende Ziel für den Unterricht.

„Beziehungen zu anderen Menschen aufnehmen und gestalten.“ (Bildungsplan für die Grundschule, 1994, S. 111 in Bieg und Behr, 2005, S. 20)

Ein weiteres Beispiel zeigt der Lehrplan für Deutsch, in welchem folgende zwei Aspekte genannt werden.

„Miteinander sprechen: Erzählen und Zuhören, Szenisch gestalten – Weiterentwicklung der Spielfähigkeit, Personales Spiel – Rollenspiel, Miteinander umgehen, Gespräche führen.

Schreiben und Gestalten: Zum Schreiben anregen, Mit Schrift gestalten, Texte schreiben, Schreibabsichten, Nach Vorgaben schreiben.“ (Bildungsplan für die Grundschule, 1994, S. 111 in Bieg und Behr, 2005, S. 20)

Diese spezifischen Bereiche sind dem deutschen Lehrplan für Baden-Württemberg entnommen, da das Programm in Deutschland konzipiert und in diesem Bundesland das erste Mal durchgeführt wurde. Es ist wahrscheinlich, dass analoge Anforderungen für andere Bundesländer beziehungsweise Österreich gelten.

Theoretisch basiert das Programm auf Carl Rogers' personenzentriertem Konzept, da Bieg und Behr davon ausgehen, dass die möglicherweise vorhandene Inkongruenz bei Kindern durch diese von ihnen erstellte Interventionen verringert werden kann.

Die Widersprüche zwischen dem Selbsterleben und der tatsächlichen organismischen Wahrnehmung des Kindes sollen durch die Förderung der emotionalen Kompetenzen, wie sie im „Mich und Dich Verstehen“ – Programm definiert ist, reduziert werden, wodurch die Kongruenz der Schüler steigt.

Ferner besagt Rogers Theorie der Persönlichkeit (Rogers 1959), dass eine kongruente Person in der Lage ist ihre Erfahrungen zu symbolisieren und sie somit in ihr Selbstkonzept integrieren kann. Nachdem das Programm zunächst das Erkennen, Wahrnehmen und Benennen von Gefühlen bei Schülern fördert und anschließend spezifisch auf bestimmte Emotionen wie Angst oder Stress eingeht, bekommen die Kinder eine Möglichkeit ihre Erfahrungen auch im Zusammenhang mit intensiven Gefühlen in einer, im Vergleich zur Vergangenheit, ausgeprägteren Weise wahrzunehmen und somit unter Umständen in ihr Selbstbild aufzunehmen. Allgemein geht Rogers (1959) davon aus, dass Angst, Stress oder Spannung das Ergebnis von Erfahrungen sind, welche nicht oder in verzerrter Form im Selbstkonzept symbolisiert wurden. Nur durch das Erkennen und Annehmen aller, auch negativer Erfahrungen und Emotionen, kann die psychische Gesundheit eines Individuums gewährleistet sein. Genau deshalb versucht das Programm den Schülern Gelegenheiten zu bieten in verschiedenen Situationen unterschiedliche Gefühle wahrnehmen zu können und diese als einen annehmbaren Teil ihrer Persönlichkeit zu akzeptieren. Außerdem zeigt der Lehrer seinen Schülern mit Hilfe des Programmes, dass sie und ihre Gefühle empathisch verstanden und wertgeschätzt werden, wodurch die Aktualisierungstendenz der Kinder in Form von psychischem Wachstum und konstruktiver Lebensentfaltung begünstigt wird. Folglich kann es zu einer Annäherung an Rogers' theoretisches Konzept der „fully functioning person“ kommen, einer in jeder Weise kongruenten Person, welche jegliche Erfahrung exakt in ihr Selbstkonzept integrieren kann.

Nach der obigen Einführung in das Trainingsprogramm „Mich und Dich Verstehen“, folgt nun eine genauere Erläuterung des Aufbaues des Trainings, beziehungsweise der drei Epochen, in welche es sich gliedert. In weiterer Folge wird dann darauf eingegangen in wie weit die vom Programm postulierten Ziele durch die Intervention verwirklicht werden konnten.

6.2 Aufbau des „*Mich und Dich Verstehen-Programms*“

Wie bereits oben erwähnt, gliedert sich das „*Mich und Dich Verstehen-Programm*“ in drei Epochen, welche jeweils drei Tage in Anspruch nehmen. Mehrere Übungen werden pro Tag durchgenommen und werden zumeist durch Pausen getrennt, sodass die Kinder mit neuer Konzentration und Aufmerksamkeit in die nächste Übung starten können. Insgesamt ist ein Zeitraum von drei bis vier Stunden pro Tag vorgesehen, in welchem die Übungen unkompliziert untergebracht werden können.

Für die das Programm durchführende Person wird im Programmteil B des Buches (S. 51ff) die genaue Abfolge aufgezeigt. Zunächst erläutern Bieg und Behr die Lernziele des Tages und listen die im Durchschnitt acht bis zehn Übungen auf, die durchzuführen sind. Anschließend werden die Übungen detailliert erläutert, indem die Idee, die Dauer, die Materialvorbereitung, die Methode und der Verlauf beleuchtet werden. Bei einigen Übungen wird ein abschließender Erfahrungsaustausch empfohlen. Für diesen gibt es wiederum einige Tipps zu möglichen Einstiegsfragen, um die Kinder in eine Gesprächsrunde einzubeziehen. Die Pausen werden durch ein Symbol aufgezeigt, können von der Dauer jedoch vom Pädagogen bestimmt werden.

Da viele Übungen zusätzliches Material benötigen, wie beispielsweise Kärtchen, welche mit Gefühlsausdrücken beschriftet sind, Rollenspielangaben oder Fotos von Kindern, die eine bestimmte Emotion präsentieren, findet sich nach dem Programmteil der Materialteil C (S. 135ff). Daraus können alle benötigten Utensilien verwendet und gegebenenfalls für die Kinder kopiert werden.

Die Epochentage werden nun in den nachfolgenden Unterkapiteln in gekürzter Version zusammengefasst. Für eine ausführliche Übersicht der Epochen siehe Bieg und Behr (2005, S. 54ff).

6.2.1 Erste Epoche

Die erste Epoche setzt sich aus drei Tagen zusammen, welche als Ziele das Erkennen von Gefühlen, den Umgang mit Gefühlen und den Ausdruck von Gefühlen festsetzen. Bieg und Behr nennen folgende Lernziele für den ersten Tag:

- „ - Gefühle erkennen und benennen können
- Erkennen und ausdrücken eigener Gefühle
- Einschätzen der Gefühle anderer
- Gefühle unterscheiden und vergleichen können.“ (Bieg und Behr 2005, S. 54)

Einige der insgesamt acht Übungen dieses Tages, welche zur Erreichung der Ziele verwendet werden, werden im Folgenden kurz genannt. Mit einer Entspannungsgeschichte von Ulrike Petermann (2001), einer der sogenannten Kapitän Nemo Geschichten, und Folienbildern, welche mit Kindern bedruckt sind, die verschiedene Gefühle zeigen, soll die Aufmerksamkeit der Schüler für Gefühle geschärft werden. Außerdem versuchen die Kinder anschließend in Gruppen pantomimisch Emotionen auszudrücken beziehungsweise die gezeigten Gefühle zu erraten. Ferner sollen die Schüler mit Hilfe von Malutensilien, die gelernten Gefühlsbegriffe symbolisch darstellen.

Der darauffolgende Tag soll das bereits Erlernte festigen und bezieht sich außerdem auf die Förderung dieser Kompetenzen:

- „ - Situationen und Gefühle erkennen und verbinden können
- Gefühle darstellen können
- Den anderen einschätzen können
- Gefühle an der Sprache erkennen können.“ (Bieg und Behr 2005, S. 63)

Drei der zwölf Übungen des zweiten Tages sind beispielsweise ein Rollenspiel, eine zeichnerische Aufgabe, in welcher die Kinder die Aufgabe bekommen bestimmte emotional gefärbte Gesichtsausdrücke zu zeichnen oder eine auditive Übung, die den Schülern zeigt, dass ein und derselbe Satz in verschiedenen Stimmlagen gesprochen werden kann, je nachdem, wie sich die sprechende Person gerade fühlt. Die Kinder erlernen in dieser Übung, dass durch genaues Zuhören Gefühle anderer an deren Stimmlage erkannt werden können. Im Zuge des Rollenspiels werden den Kindern Situationen vorgelesen, in welchen man glücklich ist, da man ein Geschenk bekommt, wütend ist, weil ein Spielzeug kaputt gemacht wird oder enttäuscht ist, da jemand ein Versprechen bricht. Durch das Hineinschlüpfen in all die Rollen, erkennen die Kinder, welche Gefühle jeweils das Gegenüber haben kann und lernen somit andere Personen besser einzuschätzen.

Der epochenabschließende dritte Tag besitzt als Hauptthematik die Körpersprache, die in Verbindung gebracht wird mit unterschiedlichen Emotionen. Somit ergeben sich diese Lernziele:

- „ - an der Körperhaltung Gefühle erkennen können
- Mit dem Körper Gefühle ausdrücken können
- Vertiefung und Festigung der Inhalte aus den ersten zwei Tagen.,, (Bieg und Behr 2005, S. 73)

Zu Beginn wird den Kindern vorgeschlagen Bingo zu spielen, um locker in den Tag zu starten. Diese Art von Spielen ist zwischendurch angemessen, um die Kinder mit dem Thema Gefühle nicht zu überfordern beziehungsweise zu langweilen. Anschließend werden Bilder von Körperhaltungen gezeigt, sodass die Kinder sensibilisiert werden verschiedene Signale des Körpers mit den adäquaten Emotionen in Verbindung zu bringen. Eine der neun Übungen ist ein weiteres Mal eine Entspannungsgeschichte mit Kapitän Nemo (Petermann 2001) mit dem Titel „Die Schatzkarte“. Das Ende des letzten Epochentages bildet eine dem Spiel „Ich packe meinen Koffer und nehme ... mit“ ähnliche Übung. Der Unterschied liegt darin, dass die Schüler statt Gebrauchsgegenständen Gefühle mitnehmen, die sie in den letzten drei Tagen gelernt und erfahren haben. Somit wird das Erlernte noch einmal in spielerischer Weise wiederholt und gefestigt.

6.2.2 Zweite Epoche

Die zweite Epoche sollte ungefähr sechs bis acht Woche nach der ersten stattfinden, um zu gewährleisten, dass die Schüler das Erlernte in einem angemessenen Ausmaß internalisieren konnten und in der Lage sind neue Informationen und Erfahrungen in Bezug auf Emotionen aufzunehmen. Das Anliegen der zweiten Epoche bezieht sich hauptsächlich auf die Schulung der Empathie, wobei es am ersten Tag grundsätzlich um Einfühlung in andere Personen geht, am zweiten Tag um das Erkennen der Bedürfnisse anderer und am letzten Epochentag um die Umsetzung des Erlernten. Die Kinder lernen intensiver als in der ersten Epoche sich in andere Personen hineinzuversetzen, Gefühle anderer zu verstehen und zu akzeptieren, sowie Mitgefühl auszudrücken. Um diese Kompetenzen zu stärken, schlagen Bieg und Behr das Arbeiten mit Rollenspielen vor, damit eine bestimmte Situation von den Schülern aus verschiedenen Perspektiven betrachtet wird. Die Rollen werden hierfür stets getauscht, wodurch wirklich jedes Kind in jede Gefühlslage schlüpfen kann.

Die konkreten Lernziele des ersten Tages dieser Epoche lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- „ - genau beobachten können
- Den anderen wahrnehmen können
- Unterschiedliche Betrachtungsweisen einnehmen können,, (Bieg und Behr 2005, S. 80)

Eine der Übungen, die hilfreich für die Erreichung der Ziele sein kann, ist ein Erfahrungsaustauschgespräch zwischen jeweils zwei Schülern. Ihre Aufgabe besteht darin sich gegenseitig über Angst, Freude, Wut und Erstaunen auslösende Situationen auszutauschen, in Hinblick darauf was sie im Detail denken und fühlen, wenn sie sich in den genannten Lagen befinden.

Eine etwas länger andauernde Übung nennt sich „Zauberbrille“ (Bieg und Behr 2005, S.83). Hierbei sollen die Kinder vier verschiedene Brillen probieren, die in Gedanken jeweils eine andere Sicht des Lebens darstellen, wie beispielsweise jene Brille, die durch das Aufsetzen stark macht, beziehungsweise diese, die schwach macht. Während die Kinder die unterschiedlichen Brillen tragen, erzählen sie wie es ihnen damit geht zum Beispiel stark oder schwach zu sein. Sie lernen dabei in verschiedene Rollen zu schlüpfen und sich in andere Personen einzufühlen. Mit Hilfe eines Spiels, das auf Nachahmung beruht, werden die Kinder anschließend noch einmal sensibilisiert mit Genauigkeit auf ihre Partner zu achten. Sie sollen die Gestik und Mimik ihres Gegenübers zunächst so präzise wie möglich imitieren und gleich darauf exakt das Gegenteil der Bewegungen und Gesichtsausdrücke des Partners ausdrücken. All diese und weitere fünf Übungen des vierten Tages fördern die oben erwähnten Kompetenzen.

Der nächste Tag der zweiten Epoche bezieht sich auf die Förderung des Erkennens der Bedürfnisse anderer Personen und beinhaltet demnach diese Ziele:

- „ - die Verschiedenartigkeit der Menschen kennen lernen
- Einfühlungsvermögen lernen,, (Bieg und Behr 2005, S. 89)

An diesem Tag finden insgesamt acht Übungen statt, welche hauptsächlich mit einem Partner durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang haben die Schüler beispielsweise die Aufgabe ihren Partner zu verschiedenen Themengebieten einzuschätzen und ihn anschließend danach zu befragen. Damit erlernen die Kinder, dass es möglich ist mit den Ansichten eines Freundes übereinzustimmen, dass es jedoch auch unterschiedliche Meinungen zu bestimmten Themen geben kann. Nach einer entspannenden Fantasiereise beginnt ein Partnerrollenspiel. Hierbei stellt sich eines der beiden Kinder vor ein Igel zu sein, das andere Kind soll es schaffen den Igel anzulocken. Wenn der den Igel spielende Schüler das Verhalten des Gegenübers nicht angenehm findet, rollt er sich zusammen, ist die Handlung hingegen erwünscht, geht er auf den Schüler zu. Abschließend wird in der Runde darüber gesprochen was den jeweiligen Kindern half sich zu öffnen beziehungsweise welche Verhaltensweisen des anderen sie eher vertrieben haben. Der Lehrer versucht einerseits Ähnlichkeiten in den Bedürfnissen aufzufinden, andererseits Unterschiede, um den Kindern zu verdeutlichen, dass

Menschen mannigfaltige Gefühle in einer Situation aufweisen können. Am Ende dieses Schultages wird ein reaktions- und wahrnehmungsförderndes Bewegungsspiel durchgeführt.

Neun Übungen zur Umsetzung des Einfühlungsvermögens werden den Schülern am insgesamt sechsten Tag des Programmes vom Pädagogen angeboten. Es handelt sich zumeist um alltagsähnliche Situationen, um zu gewährleisten, dass die Kinder das Erlebte auch wirklich weitestgehend in ihr Leben einbeziehen können. Die Lernziele gestalten sich folgendermaßen:

- „ - sich einfühlen können
- auf andere Rücksicht nehmen lernen
- Streitgespräche führen können.,, (Bieg und Behr 2005, S. 97)

Im Zuge der ersten Gruppenarbeit wird die Klasse zweigeteilt. Der Lehrer liest eine Situation vor, die dadurch gekennzeichnet ist, dass jede dieser beiden Gruppen an einem Tischtennistisch spielen möchte, jedoch nur ein Tisch vorhanden ist. Die jeweiligen Gruppen beraten wie sie das Problem lösen und welche Argumente sie vorbringen könnten. Danach werden zwei Gruppenvertreter gewählt, die versuchen ein für beide Gruppen befriedigendes Ergebnis zu erzielen. Die Schüler lernen sich in einer möglicherweise von Ärger und Aggression gefärbten Situation auf sinnvolle Weise mit dem Gegenüber auseinanderzusetzen, wodurch beide Personen oder Gruppen vorteilhaft aus dem Problem aussteigen. Eine zeitlich kürzere Übung ist eine Vertrauensübung mit dem Namen „Blind geführt werden“ (Bieg und Behr 2005, S. 101). Ein Kind schließt dazu seine Augen und lässt sich vom Partner durch die Klasse führen. Das führende Kind hat zur Aufgabe sicher zu leiten ohne mit Gegenständen oder anderen Schülern zusammenzustoßen. Zu erleben, dass sie sich auf jemanden verlassen können, kann eine wichtige Erfahrung für die Kinder sein. Ein Abschlussgespräch über die drei Tage der zweiten Epoche sollte laut Bieg und Behr auf jeden Fall durchgeführt werden, um den Kindern noch einmal die Möglichkeit zu bieten Fragen zu stellen oder Gedanken und Gefühle zu äußern. Außerdem kann der Lehrer die Erlebnisse der letzten Tage zusammenfassen und den Schülern somit die Chance geben darüber zu reflektieren und das Erlernte zu festigen.

6.2.3 Dritte Epoche

Die letzte Epoche des „Mich und Dich Verstehen“ - Programms weist grundsätzlich das Ziel der Förderung der Angst- und Stressbewältigung auf. Nachdem die Schüler in den vorangegangenen Epochen gelernt haben positive und negative Emotionen bei sich und anderen zu erkennen, erfahren sie nun wie negative Gefühle akzeptiert werden und auf welche Art und Weise sie damit adäquat umgehen können. Der Lehrer bietet den Schülern im Laufe dieser dritten Epoche unterschiedliche Möglichkeiten zur Bewältigung negativer Emotionen an. Mit Hilfe von Rollenspielen haben die Kinder Gelegenheit die für sie passenden Strategien herauszufiltern, um diese schlussendlich in ihren Lebensalltag einzubeziehen.

Der erste Epochentag beginnt zunächst mit einer Wiederholung der Inhalte der ersten beiden Epochen, damit die Schüler anschließend erarbeiten können wie sie Angst und Stress definieren, wo sie diese Gefühle in ihren Körpern wahrnehmen und wie sie mit diesen umgehen können. Die Ziele des Tages lauten daher:

- „ - Angst im Körper lokalisieren können
- Strategien gegen Angst lernen
- Positive Selbstbekräftigung,, (Bieg und Behr 2005, S. 105)

Als Einstimmung in den Tag wird nach der Wiederholung der Epochen eine Fantasiereise durchgeführt. Auf diese Weise sind die Schüler für die nachstehenden Übungen ausgeruht und konzentriert. Um die Angst zu lokalisieren, bekommt jedes Kind ein Blatt Papier, auf welchem eine Person dargestellt ist. Darauf können die Schüler nun einzeichnen, wo sie etwas verspüren, wenn sie sich verängstigt oder gestresst fühlen, beispielsweise an den Händen, die in solchen Situationen möglicherweise verschwitzt sind oder an einem Gefühl im Magen. Ferner lernen die Kinder positive Selbstbekräftigung, indem sie in der Gruppe etwas nennen auf das sie bei sich persönlich stolz sind. Diese Äußerungen werden von den restlichen Schülern stets durch einen Applaus unterstrichen. Die Kinder lernen dadurch eventuell in angstausslösenden Situationen an etwas Positives zu denken beziehungsweise ihr Selbstvertrauen aufzubauen.

Mit Hilfe von neun Übungen werden am zweiten Tag der letzten Epoche weitestgehend Problembewältigungsstrategien erlernt. Außerdem erfahren die Kinder, welcher Sinn hinter negativen Gefühlen wie Angst steckt und warum es notwendig ist in manchen Situationen Angst zu empfinden. Positive Selbstbekräftigung wird an diesem Tag wiederholt, damit diese Strategie in stärkerem Ausmaß von den Schülern verinnerlicht werden kann. Folgende vier Lernziele werden von Bieg und Behr demnach für diesen Tag postuliert:

- „ - verschiedene Strategien zur Problembewältigung im Rollenspiel anwenden können
- die Macht der Gedanken kennen lernen
- Positive Selbstbekräftigung
- die guten Seiten der Angst kennen lernen,, (Bieg und Behr 2005, S. 115)

Ähnlich wie am vorangegangenen Tag beginnt dieser mit einer Fantasiereise, welche von einem Rollenspiel gefolgt wird. Der Lehrer liest dazu eine Geschichte über ein Mädchen vor, das in der Schule ausgeschlossen und verspottet wird. Zusammen erörtert die Klasse mögliche Strategien, welche für das Mädchen von Nutzen sein könnten. Anschließend wird die Geschichte von den Schülern weitergespielt, wobei sie versuchen die genannten Verhaltensweisen auszuprobieren. Die Schüler dürfen sich danach die für sie am hilfreichsten gewesenen Strategien aufschreiben. Eine weitere Übung stellt die Atementspannung dar, mit deren Hilfe die Kinder lernen in stressigen und angsterfüllten Momenten ruhig zu werden und sich zu entspannen. Wann Angst sinnvoll sein kann, erfahren die Schüler in der Übung „Ein guter Ratgeber – die Angst“. (Bieg und Behr 2005, S. 119) Die Kinder sammeln dafür gemeinsam mit dem Lehrer Beispiele für Situationen, die ohne das Gefühl der Angst gefährlich sein oder unglücklich enden könnten. Der Lehrer bietet außerdem einige Bilder an, welche den Schülern Impulse zum Reflektieren geben, falls sie Schwierigkeiten haben die genannten Momente zu finden. Der Abschluss des Tages ist durch ein auflockerndes Spiel gekennzeichnet.

Der insgesamt neunte und somit letzte Tag des Programmes besitzt die Bearbeitung der sogenannten Sozialangst als Hauptthematik, sowie die Wiederholung des bis zu diesem Zeitpunkt Erlernten und Erlebten. Die konkreten Lernziele sind wie folgt definiert:

- „ - wie bewältige ich meine Schüchternheit?
- Bewältigungsstrategien in Angstsituationen anwenden könne und ausführen
- entspannen können
- positives Denken,, (Bieg und Behr 2005, S. 124)

Aus zehn Übungen besteht dieser Abschlusstag, welcher mit einem Spiel eingeleitet wird. Sowohl Atementspannungsübungen als auch positive Selbstbekräftigung, indem die Kinder kundtun worauf sie in Hinblick auf sich selbst stolz sind, werden ein weiteres Mal wiederholt. Außerdem wird, wie in der zweiten Epoche, ein Vertrauensspiel durchgeführt, bei welchem die Kinder lernen sich auf die Gruppe verlassen zu können und eventuelle soziale Ängste abzubauen. Ein wichtiges Rollenspiel des Tages besitzt als Thematik den Umgang mit negativen Gefühlen, wenn man einmal Misserfolg in der Schule erleben muss. Der Lehrer liest die Geschichte eines Buben vor, welcher eine schlechte Note auf seine Mathematikschularbeit bekommt und nicht weiß, wie er es zu Hause erzählen soll. Die Schüler spielen das Abendessen zu Hause als Rollenspiel durch und probieren unterschiedliche Strategien aus, wie sich der Bub verhalten könnte. Danach werden die hilfreichsten Verhaltensweisen noch einmal besprochen. Nach der Übung zur positiven Selbstbekräftigung wird zur Auflockerung gemeinsam ein Lied gesungen. Konsequenterweise wird zum Abschluss des Programmes ein Gespräch zur Wiederholung der drei Epochen geführt. Die Schüler haben ein weiteres Mal die Möglichkeit über Erlebtes zu sprechen und Antworten zu offenen Fragen zu bekommen. Damit endet die dritte und letzte Epoche des „Mich und Dich Verstehen“ – Programmes.

6.2.4 Zusammenfassung

Das „Mich und Dich Verstehen“ – Programm wurde von Michael Behr und Sonja Bieg entwickelt, um den bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Pool an Interventions- und Förderprogramme durch möglicherweise relevante Schwerpunkte zu erweitern. Das Hauptaugenmerk soll hierbei nämlich auf die Schulung emotionaler Kompetenzen, wie dem Erkennen, Wahrnehmen und adäquaten Ausdruck der eigenen Gefühle gelegt werden, sowie auf empathisches Feststellen Emotionen anderer. Mit Hilfe dieser Basis wird den Kindern eine Möglichkeit gegeben angst- und stressauslösende Situationen bewältigen zu können. Vorangegangene Modelle, wie beispielsweise das Programm „FAUSTLOS“ (Cierpka 2001), „Bleib locker“ (Klein-Heßling, 1998) oder „GO – Gesundheit und Optimismus“ (Manz et al 2001), sind ebenfalls erfolgreiche Interventionsprogramme, setzten jedoch ihr Hauptgewicht lediglich auf ein Ziel. Es handelt sich hierbei entweder um die Verringerung von Aggressionen, Angstreduktion oder Bewältigung von Stress. Die basalen emotionalen Kompetenzen, welche im Sinne des „Mich und Dich Verstehen“ – Programmes als Voraussetzung für Angst- und Stressbewältigung gesehen werden, können in diesen Modellen nicht beziehungsweise nur in geringerem Ausmaß aufgefunden werden.

Die drei Schwerpunkte des „Mich und Dich Verstehen“ – Programmes können als jeweilige Hauptthemen der drei Epochen des Programmes verstanden werden. In der ersten dreitägigen Epoche steht das Erkennen, Wahrnehmen und Benennen eigener Gefühle im Mittelpunkt des Interesses. Nach sechs- bis achtwöchiger Pause findet der zweite Teil mit der Hauptthematik empathischen Erkennens Gefühle anderer Personen statt. Einer weiteren Pause folgt die abschließende dritte Epoche, welche durch die Förderung der Angst- und Stressbewältigung gekennzeichnet ist. All diese Kompetenzen werden den Kindern auf der Basis des personenzentrierten Konzepts näher gebracht.

Im folgenden Kapitel wird nun die Wirksamkeit des Programmes in Bezug auf die oben genannten emotionalen Kompetenzen der Kinder dargestellt. Detaillierte Ergebnisse der Effektivitätsüberprüfung lassen sich in Sonja Biegs Evaluation des Trainings nachlesen (Bieg, 2003).

6.3 Effektivität des „*Mich und Dich Verstehen*“ – Programmes

6.3.1 Aufbau der Effektivitätsstudie

Die Wirksamkeit des Programmes wurde in Deutschland im Schuljahr 2000/2001 mit Hilfe von 23 Schulklassen und insgesamt 470 Schülern und Schülerinnen, überprüft, wobei davon 17 Klassen als Interventions- und sechs Klassen als Kontrollgruppen fungierten. Rund 350 Schüler partizipierten in der Interventionsgruppe, ungefähr 120 bearbeiteten die Fragebögen ohne ein Training zu erhalten. Die Anzahl an Buben und Mädchen war nahezu ausgeglichen, obgleich der Prozentsatz der männlichen Teilnehmer bei 55% lag, im Vergleich zu 45% der weiblichen. Bei den Klassenstufen handelte es sich durchgehend um dritte und vierte Klassen der Grundschule, wodurch das durchschnittliche Alter bei circa neun Jahren lag.

Die Trainingseffekte wurden unter Einbezug von Prä- und Posttests ermittelt. Dabei setzten sich die Erhebungsinstrumente aus standardisierten sowie noch nicht publizierten Fragebögen zusammen. Die zweitgenannte Art von Fragebögen wurde aus dem Grund eingesetzt, da es für den Bereich der Wahrnehmung und Regulation von Emotionen bis zu diesem Zeitpunkt noch keine adäquaten Messinstrumente gab. Die insgesamt neun Fragebögen waren sowohl für die Kinder und Eltern als auch für die jeweiligen Klassenlehrer bestimmt.

Eltern bekamen vor und nach der Intervention, beziehungsweise bei den Kontrollgruppen zu parallelen Zeitpunkten, eine deutschsprachige Fassung der CBCL (Child Behavior Checklist) mit dem Namen „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen“ (Döpfner et al., 1998). Dieser Fragebogen wurde für die Einschätzung von Kindern und Jugendliche zwischen vier und 18 Jahren entwickelt und besteht aus 62 Items. Es werden unter anderem emotionale Auffälligkeiten, wie beispielsweise Ängstlichkeit, und körperliche Beschwerden erfasst, sowie verschiedene Verhaltensauffälligkeiten worunter Aggressivität oder soziale Probleme verstanden werden können. Die Skala ist dreistufig, beginnend bei 0 (nicht zutreffend) und endend bei 2 (häufig zutreffend). Um eine Teilnahme einer möglichst großen Anzahl an Müttern oder Vätern zu gewährleisten, wäre ein Elternabend anzuraten, an welchem zunächst das Programm und seine Vorteile beziehungsweise seine Wirksamkeit erläutert und auf die Relevanz der Mitarbeit der Eltern eingegangen wird. Ferner ist es sinnvoll den Eltern die Anonymität der Kinder zu versichern und zu erklären, dass das Hauptaugenmerk bei der Auswertung auf die Effektivität des Programmes im Bezug auf die ganze Klasse gelegt wird und nicht auf einzelne Schüler.

Die Teacher's Report Form ist die englische Version, nach welchem der Lehrerfragebogen von Döpfner und Melchers entwickelt wurde (Döpfner, Melchers 1993). Er ähnelt dem Elternfragebogen stark, da beide in gewisser Weise auf der Child Behavior Checklist basieren. Es werden ebenfalls Kompetenzen, auch in Hinblick auf schulische Leistungen, emotionale sowie Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen erfasst. Das Alter der Schüler kann zwischen fünf und 18 Jahren liegen. Der Lehrer bearbeitet die 66 Items ebenso wie die Eltern mit Hilfe einer dreistufigen Skala (s.o.). Die Items können in drei Gruppen zusammengefasst werden, welche sich auf die Ausprägung der internalisierenden, externalisierenden und gemischten Störungen beziehen.

Die Erhebungsinstrumente für das Erleben der Kinder sind zahlreicher. Unter den standardisierten Fragebögen gibt es beispielsweise den Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K), welcher in zwei Teile mit 63 beziehungsweise 66 Items gegliedert ist (Wagner, Baumgärtel 1978). Teil 1 umfasst die Merkmale emotional bedingte Leistungsstörungen, Aggression und Angst- und somatische Beschwerden. Der zweite Teil beinhaltet die Skalen Extraversion, Neurotizismus sowie Reaktionen auf Misserfolg. Die Antwortmöglichkeiten sind sechsstufig angeordnet und reichen von immer oder fast immer zu nie oder fast nie. Der HAPEF-K kann bei Kindern zwischen neun und 13 Jahren angewandt werden.

Ein weiterer Fragebogen, welcher im Zuge der Wirksamkeitsstudie des „Mich und Dich Verstehen“-Programmes eingesetzt wurde, ist der sogenannte, in drei Teilfragebögen angeordnete Kinder-Angst-Test II (KAT-II) (Turner, Tewes 2000). Die allgemeine Ängstlichkeit sowie die emotionalen Erlebniszustände bei akuten Angstepisoden können durch diesen Fragebogen bei Kindern im Alter zwischen neun und 15 Jahren erfasst werden. Das Antwortformat ist zweistufig, da lediglich mit Ja oder Nein geantwortet werden kann. Verglichen mit dem Hamburger Persönlichkeitsfragebogen ist der KAT-II weniger umfangreich mit insgesamt 44 Items.

Das Inventar zur Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (Mohiyeddini, Kohlmann 2000) ist ein 31 Items umfassender Fragebogen. Einerseits wird die hedonistische, andererseits die belastungssteigernde Regulation mit Hilfe dieses Messinstrumentes erfasst, indem jeweils eine Situation vorgegeben ist, welche entweder eine angenehme oder eine unangenehme Stimmung aufzeigt. Die Kinder haben die Aufgabe die anschließend genannten, möglichen Reaktionen mit Hilfe einer vierstufigen Antwortskala von „das tue ich nie“ bis „das tue ich immer“ bezüglich sich selbst einzuschätzen.

Zwei von Michael Behr selbst entwickelte Fragebögen sind zum Einen die Skalen zum Erleben von Emotionen für Kinder (SEEK) (Behr, Bieg & Rupprecht 2000) und zum Anderen der Empathietest für Kinder (ETK) (Behr 2000). Erstgenannter behandelt mit insgesamt 27 Items die von den Schülern wahrgenommene Kongruenz in Hinblick auf die Gefühlswahrnehmung, das Erleben überwältigender Emotionen und das Maskieren von Gefühlen. Die Kinder haben dabei die Möglichkeit zwischen vier Antworten, von „stimmt nicht“ bis „stimmt voll“ zu wählen. Der zweite Fragebogen (ETK) bezieht sich, wie der Name schon verdeutlicht, auf die Wahrnehmung und das Erkennen von Emotionen anderer Personen. Nachdem den Schülern sieben emotionsbeladene Situationen beschrieben wurden, sollen sie aus acht möglichen Antworten jene herausfinden, die ihrer Ansicht nach am besten zu dem beschriebenen Szenario passt. Diese Antworten zeigen das Einfühlungsvermögen der Kinder, indem jede Möglichkeit ein gewisses Ausmaß an Empathie aufzeigt.

Schließlich wurde der Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter (SSK) für die Effektivitätsstudie verwendet (Lohaus et al. 1996). Mit Hilfe von Selbsteinschätzungen erfasst dieses Instrument beispielsweise unterschiedliche Bewältigungsstrategien, das Ausmaß an aktuellem Stresserleben oder physische Stresssymptomatik. Die Antwortformate ändern sich während des Tests, sind jedoch entweder drei-, vier- oder fünfstufig angeordnet und mit sogenannten Smileys für die acht- bis dreizehnjährigen Schülern noch einfacher nachzuvollziehen.

Um auch zu belegen, dass die Schüler durch die Teilnahme an dem Programm und damit auftretendem Verlust einiger Unterrichtsstunden keine kognitiven Leistungsabfälle aufzeigen, wird vor und nach der Intervention ebenfalls ein Allgemeiner Schulleistungstest für zweite beziehungsweise dritte und vierte Klassen (AST 2, AST 3, AST 4) durchgeführt (Rieder 1991; Fippinger 1991; Fippinger 1992). Es werden dabei bezüglich der Fähigkeiten im Deutschunterricht die Leistungen im Wortschatz, in der Rechtschreibung und im Leseverständnis überprüft. Die mathematischen Kompetenzen werden in den Teilgebieten Zahlenrechnen und Textaufgaben analysiert. Da das Programm zu Beginn des Schuljahres startete, bearbeiteten Kinder der dritten Klasse den für ihre Kompetenzen angemessenen AST 2, Kinder der vierten Klasse daher den Schulleistungstest 3. Im Posttest, welcher am Ende des Schuljahres durchgeführt wurde, wurde demgemäß für die Kinder der dritten Klasse der AST 3, für die Schüler der vierten Klasse der AST 4 verwendet.

Die Ergebnisse der oben erläuterten Wirksamkeitsstudien werden nun im nachstehenden Unterkapitel beleuchtet.

6.3.2 Ergebnisse der Effektivitätsstudie

Wie schon oben erwähnt begann das Programm am Anfang des Schuljahres 2000/2001. Da es zu dieser Zeit das Trainingsprogramm noch nicht in Buchform für Lehrer gab, wurden in den Sommerferien Lehrerworkshops durchgeführt, um ihnen den Ablauf und die verschiedenen Übungen zu erläutern. Außerdem fanden in allen teilnehmenden Klassen Elternabende statt. Mitte November, zwei Wochen bevor die erste Epoche des Projekts anfang, erfolgten die Prätests, für deren Bearbeitung die Eltern, Lehrer und Schüler bis zum ersten Interventionstag Anfang Dezember Zeit hatten. Die zweite Epoche wurde acht Wochen nach der ersten, im Februar, durchgeführt. Weitere acht Wochen vergingen bis zur letzten Epoche Anfang April. Zur Bearbeitung der Fragebögen für die Posttests hatten alle Personen sechs Wochen Zeit. Danach konnte der Erhebungsteil der Studie abgeschlossen werden und der Auswertungsprozess beginnen.

Es sollen im Folgenden die wichtigsten Ergebnisse der Effektivitätsstudie aufgezeigt werden. Für Interessierte findet sich eine detailliertere Beleuchtung der Befunde in Bieg 2003 (S. 107ff).

Wenn man die einzelnen Skalen der Fragebögen heraushebt und die Auffassungen der Eltern, Lehrer und Schüler miteinander vergleicht, kommt man unter anderem zu den nachstehenden Resultaten:

- Externalisierende Störungen wie soziale Probleme und Aggression wurden von Eltern und Lehrern in Bezug auf die Schüler in annähernd gleichem Ausmaß beurteilt, wohingegen der Grad an Ängstlichkeit und körperlichen Beschwerden unterschiedlich aufgefasst wird.
- Im Hinblick auf die körperlichen Beschwerden zeigen Eltern- und Kinderurteile im Prätest eine hohe Korrelation, allerdings lässt sich diesbezüglich keine Ähnlichkeit mit den Lehreraussagen auffinden.
- Im Gegensatz dazu korrelieren die Einschätzungen der Eltern und Lehrer im Posttest was die physischen Beschwerden anbetrifft, in welchem sie eine vergleichbare Bewertung geben, die Schüler jedoch weder mit Eltern noch mit Lehrern übereinstimmen.
- Betrachtet man die Angaben bezüglich der Aggression und der sozialen Probleme, weisen Eltern und Lehrer stets eine hohe Korrelation auf. Ferner korrelieren die Einschätzungen der Schulleistungen ebenfalls mit den Ergebnissen des Allgemeinen Schulleistungstests.

Das maßgebliche Interesse liegt jedoch auf der Frage, ob und inwieweit das Trainingsprogramm bestimmte emotionale und soziale Kompetenzen der Kinder fördern konnte. Dazu stellt Bieg die folgenden zehn Hypothesen auf.

„Hypothese 1: Verbesserung der Fähigkeit zur differenzierten Wahrnehmung eigener Gefühle“ (Bieg 2003, S. 111) Danach können Schüler aus der Interventionsgruppe, nach Durchführung des Programms, ihre Gefühle besser und vielschichtiger wahrnehmen, als vorher. Im Prätest war die Ausprägung dieser Kompetenz bei der Interventions- und bei der Kontrollgruppe kongruent. Nach vollzogenem Programm zeigen beide Gruppen signifikante Änderungen auf – während in der Kontrollgruppe jedoch eine signifikante Minderung dieser Fähigkeit zu verzeichnen war, konnte in der Interventionsgruppe eine signifikante Steigerung festgestellt werden. Die Intervention hat demnach dazu beigetragen, dass die Kinder ihre eigenen Gefühle besser erkennen konnten.

„Hypothese 2: Verbesserung der Fähigkeit zur Wahrnehmung fremder Gefühle“ (Bieg 2003, S. 112) Diese zweite Hypothese benennt als Ziel die Förderung der Empathiefähigkeit. Auch diese Kompetenz kann durch die Intervention verbessert werden. Während in der Kontrollgruppe nahezu keine Veränderung stattfindet, steigt das Einfühlungsvermögen der Interventionsgruppекinder signifikant vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt. Auch diese Hypothese kann verifiziert werden. Das personenzentrierte Förderprogramm unterstützte die Empathiefähigkeit.

„Hypothese 3: Rückgang von zu intensiver Emotionalität“ (Bieg 2003, S. 113) Im Bezug auf die Vermutung, dass überwältigende Gefühle durch die Teilnahme am Projekt abgeschwächt werden können, liegen weniger signifikante Ergebnisse vor als in den vorhergehenden Annahmen. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe lassen sich kaum Veränderungen auffinden. Lediglich die männlichen Teilnehmer der Kontrollgruppe zeigen einen signifikanten Abfall an zu intensiver Emotionalität.

„Hypothese 4: Verbesserung der Fähigkeit zur effektiven Emotionsregulation“ (Bieg 2003, S. 114) Hierbei wurden die beiden Regulationsformen hedonistisch und belastungssteigernd getrennt betrachtet und ausgewertet. Die hedonistische Regulationsform lässt sich bei Personen auffinden, welche in belastenden Situationen eher positive Stimmungen aufsuchen. Die belastungssteigernde Regulation trifft auf Menschen zu, die eine durch schlechte Stimmung geprägte Situation verschlimmern, indem sie negative Gefühle ausleben. Bei beiden Gruppen ist ein Abfall dieser Emotionsregulation zwischen den Messzeitpunkten zu verzeichnen.

Vergleicht man allgemein die Mädchen und Buben, zeigt sich eine ausgeprägtere Form der hedonistischen Regulation bei den weiblichen Schülern. Belastungssteigernde Regulationen, wie sich in traurigen Situationen in ein Zimmer zurückzuziehen sinken bei Schülern und Schülerinnen. Ein signifikantes Ausmaß ist allerdings bei den Buben aufzufinden. Beide Gruppen regulieren zum Zeitpunkt des Posttest seltener belastungssteigernd.

„Hypothese 5: Geringeres Angsterleben“ (Bieg 2003, S. 116) Das Erleben von Angst, welches mit Hilfe des Kinder-Angst-Tests-II (KAT-II), sowie den Eltern- und Lehrerfragebögen, erfasst wurde, zeigt unterschiedliche Resultate. Während sich die Einschätzung der Kinder insignifikant vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt ändert, weist das Urteil der Eltern eine hohe Signifikanz auf. Laut ihrer Aussage nimmt die Angst der Interventionsgruppenschüler ab, die der Kontrollgruppe zu. Hierbei ist wichtig anzumerken, dass die Kontrollgruppe einen niedrigeren Ausgangswert im Angstempfinden aufwies. Nach der Intervention zeigt die Kontrollgruppe allerdings einen höheren Wert als die Interventionsgruppe. Vergleicht man die männlichen und weiblichen Schüler, ergeben sich größere Werte des Angsterlebens bei Mädchen nach Beurteilung der Eltern. Die Lehrereinschätzungen belegen das Elternurteil in diesem Gesichtspunkt nicht, da sie keine Unterschiede zwischen Schülern und Schülerinnen angeben und auch keine Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten erkennen können. Bieg meint dazu: „Eltern können am besten äußerliche Ängste wie Trennungsangst oder Sozialangst erfassen. Lehrerbefragungen erweisen sich in Bezug auf die Angstdiagnose als nicht relevant.“ (Bieg 2003, S. 134)

„Hypothese 6: Rückgang von Belastungssituationen“ (Bieg 2003, S. 118) Diese Annahme bezieht sich auf das aktuelle Stresserleben und die Wahrnehmung von belastenden Situationen der Schüler. Die Kontroll- und die Interventionsgruppe hatten nahezu gleiche Ausgangswerte, jedoch wiesen die Interventionsgruppenschüler nach der Intervention höhere Werte auf. Dieses mit der Hypothese im Widerspruch stehende Ergebnis interpretiert Bieg folgendermaßen:

„Es ist zu vermuten, dass die Kinder, die am Programm teilnahmen, durch die intensive Beschäftigung mit Gefühlen und Stress allgemein für den Sachverhalt, ob eine Situation eine Belastung darstellt, sensitiviert wurden. [...] Anscheinend führt die intensive Beschäftigung mit Gefühlen und der Stressbewältigung dazu, dass Kinder in vorgegebenen Situationen eher eine Belastung erkennen als die Kontrollgruppe.“ (Bieg 2003, S. 135).

Das bedeutet möglicherweise, dass die Schüler durch die Intervention Situationen richtig einschätzen konnten und somit einen Fortschritt in ihrer Entwicklung bezüglich Stresswahrnehmung machten, selbst wenn die Ergebnisse anders ausfielen, als zunächst angenommen wurde. Weiters wurden Geschlechtsunterschiede festgestellt, da eine Steigerung des Stresserlebens bei Mädchen erfolgte, keine signifikante Änderung hingegen bei den Buben stattfand.

„Hypothese 7: Weniger physische Belastungssymptome“ (Bieg 2003, S. 120) Bezüglich der Annahme, dass körperlichen Beschwerden der Kinder wie beispielsweise Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten, Übelkeit und Appetitlosigkeit durch die Intervention reduziert werden können, ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse. Einerseits gaben die Lehrer an, eine Steigerung der Beschwerden in der Interventionsgruppe zu erkennen, sowie keine Veränderungen in der Kontrollgruppe. Andererseits zeigten die Fehlzeiten der Schüler, welche dem Klassenbuch entnommenen wurden, ein gegensätzliches Bild. Die Fehlzeiten der Schüler der Kontrollgruppe nahmen zu, jene der Interventionsgruppen sanken.

„Hypothese 8: Vermehrter Einsatz effektiver Bewältigungsstrategien“ (Bieg 2003, S. 122) Unter Bewältigungsstrategien versteht Bieg die Suche nach sozialer Unterstützung, problemorientiertes Handeln und emotionsregulierende Aktivitäten. Obgleich das Ergebnis nicht signifikant ist, weisen Schüler der Interventionsgruppe im Posttest mehr Suche nach Unterstützung auf. Im Vergleich dazu findet sich bei der Kontrollgruppe eine signifikante Abnahme dieser Bewältigungsstrategie. Geschlechtsspezifisch lässt sich erkennen, dass Mädchen eher soziale Unterstützung aufsuchen als Buben. Im Bezug auf das problemorientierte Handeln liegt die Interventionsgruppe stets über dem Niveau der Kontrollgruppe. Sowohl in den dritten als auch in den vierten Klassen der Interventionsgruppe bleibt diese Kompetenz über den Zeitraum des Projekts annähernd gleich. In den Kontrollgruppen der dritten Klassen zeigt sich eine Abnahme dieser Strategie vom Prä- zum Posttest. Schülerinnen weisen einen höheren Wert bezüglich des problemorientierten Handels auf als die Schüler. Schließlich zeigt sich, dass die Strategie der emotionsregulierenden Aktivitäten keine Veränderungen in der Interventionsgruppe, allerdings eine Abnahme in der Kontrollgruppe aufweist. Geschlechtsunterschiede können hierbei nicht aufgefunden werden.

Dadurch lässt sich erkennen, dass zwar die Hypothese bezüglich vermehrtem Einsatz effektiver Bewältigungsstrategien nicht verifiziert werden kann, jedoch eine positive Entwicklung stattfand. Die Schüler der Kontrollgruppen wenden immer weniger häufig die Strategien an, während die Schüler der Interventionsgruppe in dieser Hinsicht keine Abnahme aufweisen.

„Hypothese 9: Weniger soziale Probleme“ (Bieg 2003, S. 126) Die Vermutung, dass soziale Schwierigkeiten mit Hilfe des Programmes vermindert werden können, konnte durch die Studie nicht belegt werden. Die Kontrollgruppe zeigt diesbezüglich sowohl im Prä- als auch im Posttest niedrigere Werte als die Interventionsgruppe. Buben weisen in beiden Gruppen ein höheres Niveau an sozialen Problemen auf als Mädchen. Diese Ergebnisse wurden aus den Lehrer- und Elternurteilen gewonnen. Das Programm scheint demnach auf die Verbesserung der sozialen Beziehungen eher einen geringen Einfluss zu haben, wodurch es möglicherweise sinnvoll wäre das Projekt um Übungen zu erweitern, die diese Kompetenz besser fördern können.

„Hypothese 10: Weniger Aggression“ (Bieg 2003, S. 127) Auch diese Hypothese wurde mittels Eltern- und Lehrerfragebogen ermittelt. Laut Elterneinschätzung veränderte sich das aggressive Verhalten weder bei der Kontrollgruppe noch bei der Interventionsgruppe signifikant. Aus Sicht der Lehrer ergeben sich jene Resultate, dass Schülerinnen im Vergleich zu Schülern weniger aggressiv sind ungeachtet dessen, ob es sich um Kinder der Interventions- oder Kontrollgruppe handelt.

Des Weiteren wurden die Schulleistungen sowie die Eigenschaften Extraversion und Neurotizismus der Kinder erfasst. Mit Hilfe des Allgemeinen Schulleistungstests konnte gezeigt werden, dass die Interventionsgruppe, trotz des Verlustes einiger Unterrichtsstunden zu Gunsten des Programmes, keine Verschlechterungen zeigt und den der Kontrollgruppe analoge Leistungen bringen. Dies gilt sowohl für das Fach Mathematik als auch für Deutsch. In Bezug auf das Merkmal Extraversion ergaben sich bei beiden Gruppen signifikante Anstiege vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt, allerdings wies die Interventionsgruppe einen höheren Wert beim Posttest auf. Die Neurotizismusaussprägungen verändern sich nach der Durchführung des Programmes in der Interventionsgruppe kaum, wogegen die Kontrollgruppe eine Abnahme dieser Charaktereigenschaft offenbart.

Abschließend folgt eine kurze Zusammenfassung der erläuterten Effektivitätsstudie und ihrer wichtigsten und signifikantesten Ergebnisse.

6.3.3 Zusammenfassung

Die Wirksamkeitsstudie in Bezug auf das „Mich und Dich Verstehen“ – Programm wurde im Jahr 2001 mit der Unterstützung von 470 Schülern durchgeführt. Mit Hilfe von Eltern-, Kinder- und Lehrerfragebögen konnten die Effekte des Projekts erfasst werden, indem zu einem Zeitpunkt vor sowie nach der Intervention bestimmte Kompetenzen der Kinder erfragt wurden. Bei den verschiedenen Fragebögen handelte es sich um die in der nachstehenden Tabelle aufgelisteten:

Kinder	(HAPEF-K) Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder Wagner, Baumgärtel 1978	(KAT II) Kinder-Angst-Test II Thurner, Tewes 2000	(SEEK) Skalen zum Erleben von Emotionen für Kinder Behr, Bieg & Rupprecht 2000	(SSK) Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter Lohaus et al. 1996	 Inventar zur Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen Mohiyeddini, Kohlmann 2000	(AST 2, AST 3, AST 4) Allgemeiner Schulleistungstest für zweite, dritte und vierte Klassen Rieder 1991; Fippinger 1991; Fippinger 1992
Eltern	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen Döpfner et al., 1998					
Lehrer	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen Döpfner, Melchers 1993					

Tabelle 14

Die mit diesen Messinstrumenten erhaltenen Ergebnisse sind mannigfaltig. Trotz der Tatsache, dass das Programm keinen Einfluss auf die Verminderung des Aggressionsausmaßes und die Reduktion der sozialen Probleme sowie der Förderung effektiver Emotionsregulationen aufweist, offenbaren sich einige signifikante Verbesserungen, welche durch das Training erreicht wurden. Zunächst kann die Interventionsgruppe nach dem Programm im Gegensatz zur Kontrollgruppe signifikant besser eigene Gefühle differenziert wahrnehmen sowie sich in andere Personen empathisch einfühlen. Diese beiden Fähigkeiten sind exakt die gewünschten Kompetenzen, welche durch die erste und zweite Phase des Programmes hätten gefördert werden sollen.

Neben diesen Hauptanliegen wurde aber auch das Ausmaß an Angsterleben ermittelt und dieses Resultat aufgedeckt. Laut Elternurteil zeigen die Kinder, die das Programm absolvierten, anschließend weniger Angst, dagegen ereignete sich eine erhöhte Angstwahrnehmung bei den Schülern der Kontrollgruppe. Im Hinblick auf physische Belastungssymptome nannten die Lehrer eine Steigerung bei den Kindern der Interventionsgruppe, obgleich die Fehltage in den Klassenbüchern eine Abnahme verzeichneten. Wegen dieser widersprüchlichen Angaben kann kein eindeutiges Ergebnis für eine Verbesserung oder Verschlechterung der körperlichen Symptome angegeben werden.

Schließlich kann das Programm auch als Präventionsprojekt angesehen werden und zwar in der Weise, dass effektive Bewältigungsstrategien in negativen Situationen von den Schülern der Kontrollgruppe im Laufe der Zeit immer weniger häufig angewendet wurden, allerdings bei der Interventionsgruppe keine Veränderungen aufgefunden wurden. Somit ist erkennbar, dass das Programm nicht in jeder Hinsicht höchste Wirksamkeit aufweist, jedoch bestimmte Kompetenzen in starkem Ausmaße fördert und andere Fähigkeiten stabil hält, während sie bei Gleichaltrigen, die nicht an der Intervention teilnahmen, stetig fielen.

Abschließend gibt das nachfolgende Kapitel eine Interpretation der erhaltenen Ergebnisse und bietet Schlussfolgerungen sowie Überlegungen zu offenen, unbeachteten Fragen.

7 Interpretation und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Diplomarbeit versucht eine Bestandsaufnahme der aktuellen personenzentrierten Effektivitätsstudien und eine damit einhergehende Literaturerweiterung zu erstellen. Sie beginnt mit der Darstellung verschiedener Meta-Analysen zu diesem Themenbereich, die sich hauptsächlich auf Studien der letzten 50 Jahre beziehen. Das Ziel war, auf deren Ergebnissen aufzubauen und sich die neuere Literatur (zwischen 2000 und 2009) zur Wirksamkeit der Einzel- und Gruppenspieltherapie sowie der Filialtherapie bei Kindern und Jugendlichen anzusehen und nach neuen Erkenntnissen zu durchsuchen.

Zunächst fiel auf, dass im englischsprachigen Raum zu diesem Thema viel mehr veröffentlicht wird, als im deutschsprachigen. Einige deutschsprachige Publikationen hinsichtlich der Wirksamkeit der klientenzentrierte Kinderspieltherapie sind in Meta-Analysen beziehungsweise narrativen Reviews aus Deutschland und Österreich zu finden (File et al. 2008, Beelmann & Schneider 2003). Zusätzliche Wirksamkeitsstudien sind kaum anzutreffen. Die Ergebnisse der aufgefundenen Untersuchungen lassen demnach keine Schlussfolgerungen zu, welche sich konkret auf die Effektivität der personenzentrierten Spieltherapie im deutschsprachigen Raum beziehen. Beelmann & Schneider (2003) erwähnen diese Problematik im Zuge ihrer Meta-Analyse mit folgenden Worten:

„International liegen zwar für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie umfassende Breitband-Meta-Analysen [...] sowie zahlreiche Überblicksarbeiten zu spezifischen Fragestellungen und Therapiemethoden vor [...], die darin aufscheinenden Ergebnisse spiegeln jedoch weitgehend den anglo-amerikanischen Forschungsstand wider. [...] sie können gleichwohl nicht mutatis mutandis übertragen werden: Weder Psychotherapie noch Psychotherapieforschung finden im kulturfreien Raum statt.“ (Beelmann & Schneider 2003, S. 130)

Der Mangel an deutschsprachigen Untersuchungen stellt eine Limitation in Bezug auf die Interpretation der erhaltenen Ergebnisse dar. Wie Beelmann und Schneider schreiben, bestehen möglicherweise Unterschiede bei Psychotherapiemethoden und ihrer Forschung in verschiedenen Kulturen. Somit sollte eine Übertragung der Resultate der englischsprachigen Studien auf den deutschsprachigen Raum mit Vorsicht betrachtet werden.

Diese Limitation sollte auch bezüglich des folgenden Überblicks der Ergebnisse dieser Diplomarbeit zur Wirksamkeit des personenzentrierten Konzepts berücksichtigt werden. Die Majorität der einbezogenen Studien ist auch in diesem Fall auf den anglo-amerikanischen Forschungsbereich fokussiert. Dadurch können die Effekte der Untersuchungen nur zu einem gewissen Grade in Beziehung mit dem deutschsprachigen Raum gesetzt werden. Unter dieser Prämisse wird nun ein kurzer Überblick in Bezug auf die Ergebnisse dieser Arbeit gegeben.

Die Forschungsergebnisse hinsichtlich der Einzel- und Gruppenspieltherapie sowie der Filialtherapie der Jahre 2000 bis 2009 zeigen insgesamt signifikante Verbesserung in weiten Bereichen der kindlichen Persönlichkeit.⁶ Es lassen sich diesbezüglich kaum Unterschiede zwischen den Resultaten der drei Konzepte finden.

Der am meisten Veränderung aufweisende Bereich bezieht sich auf die Verhaltensprobleme der Klienten. Sowohl externalisierendes Verhalten (zum Beispiel Aggression oder Delinquenz) als auch internalisierendes (beispielsweise sozialer Rückzug) konnten durch viele der personenzentrierten Interventionen reduziert werden. Die Ergebnisse in Bezug auf das Angst- und Depressionsniveau wiesen ebenfalls signifikante Verringerungen bei allen drei Therapiekonzepten auf. Auch das Selbstwertgefühl konnte im Zuge der Einzel-, Gruppen- und Filialtherapie insgesamt gesteigert werden. Einige Studien erfassten eine Minderung des Stresserlebens der Kinder. Auch das Stresserleben der einbezogenen Eltern beziehungsweise Lehrern verringerte sich vor allem in Filialtherapien. Diese Methode führte ferner zu einer Steigerung der Empathiefähigkeit der Eltern und Lehrer und zu einer Erhöhung der Akzeptanz der Gefühle ihrer Kinder. Veränderungen somatischer Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen wurden in wenigen Untersuchungen erforscht und zeigten im Unterschied zu den meisten anderen ermittelten Bereichen selten eine Verbesserung. Weitere Bereiche, welche zwar in wenigen Studien untersucht wurden, waren der konstruktive Umgang mit Mitschülern und anderen Personen, die Akzeptanz von Grenzen und das Kommunikationsverhalten in der Begegnung mit Freunden, Lehrern und der Familie. Auch in diesen Gebieten wurden durch die personenzentrierten Therapiemethoden Verbesserungen erreicht.

⁶ Für eine detaillierte Auflistung der unterschiedlichen Ergebnisse der Therapiemethoden, kann im jeweiligen Kapitel nachgelesen werden.

Da die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Einzel- und Gruppenspieltherapie sowie der Filialtherapie äußerst gering sind, bleibt die Frage nach differentieller Indikation unbeantwortet.

Als Vorteile der Gruppenspieltherapie für Kinder nennt Goetze beispielsweise den stärkeren Realitätsbezug des Spieles oder die Erfahrungen neuer Beziehungen mit Gleichaltrigen (Goetze 2002, S. 449). Somit könnte die Gruppentherapie für Kinder, welche Probleme im Kontakt zu anderen Kindern aufzeigen, angebracht sein. Die Filialtherapie hingegen kann durch die Eltern-Kind-Spielzeit unterstützend auf deren Beziehung wirken und wäre aus diesem Grund theoretisch bei familiären Schwierigkeiten zwischen den Eltern und ihrem Kind anzuraten. Nichtsdestotrotz weisen die Ergebnisse der meisten Effektivitätsstudien darauf hin, dass Verhaltensprobleme oder Angst- und Depressionsgefühle durch jede der drei personenzentrierten Interventionen verringert werden können. Möglicherweise reduzieren sich folglich auch die Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen oder den Eltern, ungeachtet der therapeutischen Methode. Diese Hypothese wäre allerdings zu überprüfen.

Insgesamt entsteht durch die Betrachtung der Ergebnisse, der in diese Diplomarbeit einbezogenen Studien, die Annahme, dass personenzentrierte Interventionen im Kindes- und Jugendalter bedeutend dazu beitragen können, die kindliche Persönlichkeit zu fördern und zu stärken. Wie das „Mich und Dich Verstehen – Programm“ (Bieg & Behr, 2005) zeigt, kann zusätzlich präventiv gegen psychische Probleme im Kindesalter vorgegangen werden, indem klientenzentrierte Programme in Kindergärten und Schulen eingesetzt werden. Gefühle könnten dadurch früh erkannt, benannt und verstanden werden, Empathie könnte aufgebaut und ein positives Selbstkonzept schon im ersten Lebensjahrzehnt entwickelt werden. Personenzentrierte Aspekte in schulische Curricula einzubeziehen kann zu einer Reduktion des Stress- und Angstempfindens der Kinder führen, wodurch wiederum eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit erzielt werden kann, was eventuell zu einem besseren Schulerfolg führen könnte. Ferner führen Präventivprogramme für Kinder möglicherweise im weiteren Lebensverlauf zu geringeren Persönlichkeitsproblemen. Um diese Hypothese zu überprüfen benötigt man ein umfangreiches Forschungsdesign, zum Beispiel in Form einer Langzeitstudie.

Im Zuge der Bearbeitung dieses Themenbereichs eröffneten sich weitere Fragen, welche im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht untersucht werden konnten und somit für die künftige Forschung bereit stehen:

- Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Effektivität der personenzentrierten Spieltherapiekonzepte zu anderen, möglicherweise nicht-humanistischen, Therapiemethoden, wie beispielsweise der psychoanalytischen Kinderanalyse oder einer Verhaltenstherapie? Kann dadurch auf eine differentielle Indikation bei Kindern mit bestimmten Störungen oder Verhaltensschwierigkeiten geschlossen werden?
- Können geschlechtsspezifische Differenzen zwischen Buben und Mädchen festgestellt werden, die sich in einer personenzentrierten Spieltherapie befinden? Spricht eine bestimmte Therapiemethode, wie die Gruppen- oder die Filialtherapie, ein Geschlecht zu einem größeren Ausmaß an als das andere?
- Tauchen Gegensätze in den Resultaten von Kindern unterschiedlicher Altersgruppen nach einer personenzentrierten Intervention auf? In welchem Alter scheint die Therapie am effektivsten zu sein?
- Kann aufgrund der sozialen oder familiären Hintergründe auf den Therapieausgang geschlossen werden? Welche Kriterien fördern und welche behindern den Ausgang der Therapie?

Zusätzlich wäre eine Replikationsstudie des „Mich und Dich Verstehen – Programms“ an österreichischen Schulen eine eventuelle Erweiterung der aktuellen Forschungsaktivitäten zu empfehlen, da dieses Programm bisher nur an deutschen Volksschulen durchgeführt wurde und der kulturelle Faktor nach Beelmann & Schneider nicht zu vernachlässigen ist (Beelmann & Schneider 2003, S. 130). Aufgrund der Ähnlichkeiten dieser beiden Länder, wäre es anzunehmen, dass die Ergebnisse nur gering voneinander abweichen würden. Würden allerdings beträchtliche Unterschiede festgestellt, entstünde ein spannender Forschungsbereich.

All dies sind nur einige der vielen Möglichkeiten, die sich durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Effektivität personenzentrierter Psychotherapiemethoden im Hinblick auf Kinder ergeben. Aus diesem Grund wird zum Schluss eine Vertiefung und Erweiterung der Forschungsaktivitäten empfohlen.

Literaturverzeichnis

- Axline, Virginia (1974/2002): *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. 10. Auflage. München, Basel: E. Reinhardt.
- Baggerly, Jennifer (2004): The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 13, S. 31-51.
- Baggerly, Jennifer; Jenkins, William (2009): The Effectiveness of Child-Centered Play Therapy on Developmental and Diagnostic Factors in Children Who Are Homeless. *International Journal of Play Therapy*, 18 (1), S. 45–55.
- Baggerly, Jennifer; Parker, Max (2005): Child-Centered Group Play Therapy with African American boys at elementary school level. *Journal of Counseling and Development*, 83, S. 387-396.
- Beelmann, Andreas; Schneider, Robert (2003): Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, S. 129-143.
- Behr, Michael (2002): Therapie als Erleben der Beziehung. Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, Claudia et al. (Hrsg.): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 1. Göttingen: Hogrefe. S. 95-122.
- Bieg, Sonja (2003): *Emotionale Sensitivität für Grundschüler. Entwicklung und Evaluation eines Trainings*. Marburg: Tectum.

- Bieg, Sonja; Behr Michael (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter. Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria; Eckert, Jochen; Schwartz, Hans-Joachim (2006): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 9. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boeck-Singelmann, Claudia et al. (Hrsg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen: Hogrefe.
- Bratton, Sue C.; Ray, Dee; Rhine, Tammy; Jones, Leslie (2005): The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice, 36, S. 376-390.
- Casey, Rita J.; Berman, Jeffrey S. (1985): The Outcome of Psychotherapy with children. Psychological Bulletin, 98, S. 388-400.
- Cohen, Jacob (1977): Statistical Power Analysis for the Behavioral Science. New York: Academic Press.
- Danger, Suzan; Landreth, Garry (2005): Child-Centered Group Play Therapy with children with speech difficulties. International Journal of Play Therapy, 14 (1), S. 81-102.
- File, Norbert; Hutterer, Robert; Keil, Wolfgang W.; Korunka, Christian; Macke-Bruck, Brigitte (2008): Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. Person, 2, S. 5-32.

- Freud, Anna (1928): Introduction to the Technique of Child Analysis. New York: Academic Press.
- Garza, Yvonne; Bratton, Sue C. (2005): School-Based Child-Centered Play Therapy with Hispanic Children: Outcomes and Cultural Considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14 (1), S. 51-79.
- Goetze, Herbert (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, Herbert (2002): Filialtherapie. In: H. Goetze (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. S. 456-508. Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, Herbert; Grskovic, Janice A. (2008): Short-Term Filial Therapy With German Mothers: Findings From a Controlled Study. *International Journal of Play Therapy*, 17 (1), S. 39–51.
- Guerney, Bernard; Guerney, Louise; Andronico, Michael (1966): Filial Therapy. *Yale Scientific Magazine*, 40, S. 6-14.
- Heekerens, Hans-Peter (2002): Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In Claudia Boeck-Singelmann, Beate Ehlers, Thomas Hensel, Franz Kemper und Christiane Monden-Engelhardt (Hrsg.): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe. S. 195-207.
- Jang, Mikyung (2000): Effectiveness of Filial Therapy for Korean Parents. *International Journal of Play Therapy*, (9) 2, S. 21-38.

Jenny, Bettina; Goetschel, Philippe; K  ppler, Christoph; Samson, Barbara; Steinhausen, Hans-Christoph (2006): Personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern. Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person*, 2, S. 93-107.

Kazdin, Alan; Ayers, Wayne; Bass, Debra; Rodgers, Antoinette (1990): Empirical und Clinical Focus of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), S. 729-740.

Klein, Melanie (1932): *The Psycho-Analysis of Children*. London: Hogarth Press.

Kot, Sarina; Landreth, Garry L.; Giordano, Maria (1998): Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7 (2), S. 17-36.

Landreth, Garry (1991): *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.

Landreth, Garry; Glover, Geri (2000): Filial Therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), S. 57-80.

Landreth, Garry; Jones, Elizabeth (2002): The Efficacy of Intensive Individual Play Therapy for Chronically Ill Children. *International Journal of Play Therapy*, 11 (1), S. 117-140.

Landreth, Garry; Smith, Nancy (2003): Intensive Filial Therapy with Child Witnesses of Domestic Violence. A comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 12 (1), S. 67-88.

- Landreth, Garry; Smith, David (2004): Filial Therapy with Teachers of Deaf and Hard of Hearing Preschool Children. *International Journal of Play Therapy*, 13 (1), S. 13-33.
- Lee, Mi-Kyong; Landreth, Garry (2003): Filial Therapy with Immigrant Korean Parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12 (2), S. 67-85.
- LeBlanc, Michael; Ritchie, Martin (2001): A Meta-Analysis of Play Therapy Outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14 (2), S. 149-163.
- Muro, Joel; Ray, Dee; Schottelkorb, April; Smith, Michael; Blanco, Pedro (2006): Quantitative Analysis of Long-Term Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 15 (2), S. 35-58.
- Packman, Jill; Bratton, Sue (2003): A school-based group play / activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy*, 12 (2), S. 7-29.
- Petermann, Ulrike (2001): *Die Kapitän-Nemo-Geschichten. Geschichten gegen Angst und Stress*. Freiburg: Herder.
- Petermann, Ulrike (2007): *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Taschenbuch.
- Ray, Dee; Schottelkorb, April; Tsai, Mei-Hsiang (2007): Play Therapy with Children Exhibiting Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16 (2), S. 95-111.

- Ray, Dee; Blanco, Pedro; Sullivan, Jeffrey; Holliman, Ryan (2009): An Exploratory Study of Child-Centered Play Therapy with Aggressive Children. *International Journal of Play Therapy*, 18 (3), S. 162–175.
- Rennie, Robyn; Landreth, Garry (2000): Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), S. 19-37.
- Reyes, Carla; Asbrand, James (2005): A Longitudinal Study assessing Trauma Symptoms in Sexually Abused Children Engaged in Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14 (2), S. 25-47.
- Rogers, Carl Ransom (1959/1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen – Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, Carl Ransom (1974): Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität. München: Kösel-Verlag.
- Rogers, Carl Ransom (2005): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 17. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH. (Originalarbeit erschienen 1951: Client-Centered Therapy)
- Scott, Terri A.; Burlingame, Gary; Starling, Marina; Porter Corinna; Lilly, John P. (2003): Effects of Individual Client-Centered Play Therapy on Sexually Abused Children's Mood, Self-Concept, and Social Competence. *International Journal of Play Therapy*, 12, S. 7-30.
- Shen, Yih-Jiun (2002): Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims. Effects on Anxiety, Depression and Adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11, S. 43-63.

Schmidtchen, Stefan (2002): Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In Claudia Boeck-Singelmann, Beate Ehlers, Thomas Hensel, Franz Kemper und Christiane Monden-Engelhardt (Hrsg.): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe. S. 153-194.

Tausch, Reinhard; Tausch, Annemarie (1998): *Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person*. 11. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Tew, Kristin; Landreth, Garry; Joiner, Kimberly; Solt, Misty (2002): Filial Therapy with Parents of Chronically Ill Children. *International Journal of Play Therapy*, 11 (1), S. 79-100.

Tyndall-Lind, Ashley; Landreth, Garry L.; Giordano, Maria A. (2001): Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10 (1), S. 53-83.

Weisz, John R.; Weiss, Bahr; Alicke, Mark D.; Klotz, Mary L. (1987): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, S. 542-549.

Weisz, John R.; Weiss, Bahr; Han, Susan S.; Granger, Douglas A.; Morton, Todd (1995): Effects of Psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, S. 450-488.

Yuen, Tommy; Landreth, Garry; Baggerly, Jennifer (2002): Filial Therapy with Immigrant Chinese Families. *International Journal of Play Therapy*, 11 (2), S. 63-90.

Erhebungsinstrumente

Abidin, Richard (1983/2004): Parenting Stress Index. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

Achenbach, Thomas M. (1991): Manual for Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, Thomas (1991): Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Baumgärtel, Frank (1979): Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter (HAMEL). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Behr, Micheal (2000): Empathietest für Kinder (ETK). Unveröffentlichtes Manuskript Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Behr, Michael; Bieg, Sonja; Rupprecht, Tanja (2000): Skalen zum Erleben von Emotionen für Kinder (SEEK). Unveröffentlichtes Manuskript Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Bennathan, Marion; Boxall, Marjorie (1998): The Boxall Profile: A guide to effective intervention in the education of pupils with emotional and behavioral difficulties. London: Association of Workers for Children with Emotional and Behavioral Difficulties.

Berndt, David J.; Kaiser, Charles F. (1996): Multiscore depression inventory for children. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Briere, John (1996): Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) professional manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Burks, Harold F. (1977): Burks' behavior rating scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Cierpka, Manfred (2001): FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbareitem Verhalten bei Kindern der Klasse 1-3. Göttingen: Hogrefe.
- Conners, C. Keith (2001): Conners' Rating Scales – Revised: Technical manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Döpfner, Manfred; Melchers, Peter (1993): Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln: KJFD.
- Döpfner, Manfred; Plück, Julia; Bölte, Sven; Lenz, Klaus; Melchers, Peter; Heim, Klaus (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage. Köln: KJFD.
- Dunn, Lloyd M.; Dunn, Douglas M. (1997): Peabody picture vocabulary test. Circle Pines. MN: American Guidance Services.
- Fippinger, Franz (1991): Allgemeiner Schulleistungstest für 3. Klassen (AST 3). Beltz: Weinheim.

Fippinger, Franz (1992): Allgemeiner Schulleistungstest für 4. Klassen (AST 4). Beltz: Weinheim.

Gillis, John S. (1980): Child Anxiety Scale. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Goldman, Ronald; Fristoe, Macalyne (2000): Goldman Fristoe test of articulation. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Harter, Susan (1982): The Perceived Competence Scale for Children. Child Development, 53, S. 87-97.

Harter, Susan (1985): Manual for the Self-Perception Profile for Children. Denver, CO: University of Denver.

Harter, Susan; Pike, Robin (1984): The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children. Child Development, 55, S. 1969-1982.

Jacobson, Neil S.; Follette, William; Revenstorf, Dirk (1984): Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior therapy, 15, S. 336-352.

Joseph, Jack (1979): Joseph Pre-School and Primary Self-Concept Screening Test. Chicago, Illinois: Stoelting Co.

Klein-Heßling, Johannes; Lohaus, Arnold (1998): Bleib locker. Ein Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter. Göttingen: Hogrefe.

- Kovac, Maria (1992): Children's Depression Inventory Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lohaus, Arnold; Fleer, B.; Freytag, P, Klein-Heßling, Johannes (1996): Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter (SSK). Göttingen: Hogrefe.
- Mangold Software & Consulting (1991): Interact. Potsdam. Germany.
- Meadow, Kathryn (1983): An instrument for assessment of social emotional adjustment in hearing impaired preschoolers. American Annals of the Deaf, 128, S. 826-834.
- Porter, Blaine (1954): Measurements of Parental Acceptance of Children. Journal of Home Economics, 46, S. 179-182.
- Remschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz (1999): Familien-Identifikations-Test (FIT): Manual. Göttingen. Hogrefe.
- Reynolds, Cecil R.; Kamphaus, Randy W. (1992): Behavior Assessment System for Children. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bent O. (1985): Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rieder, Oskar (1991): Allgemeiner Schulleistungstest für 2. Klassen (AST 2). Beltz: Weinheim.
- Schauder, Thomas (1996): Aussageliste zum Selbstwertgefühl (ALS): Manual. Göttingen: Beltz Test.

Steinhausen, Hans-Christoph; Winkler-Metzke, Christa; Kannenberg, R. (1996): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Handbuch – Die Züricher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Stover, Lillian; Guerney, Bernard; O’Connell, Mary (1971): Measurement of Acceptance, allowing Self-Direction, Involvement, and Empathy in Adult-Child Interactions. *Journal of Psychology*, 77, S. 261-269.

Thurner, Franz; Tewes, Uwe (2000): *Kinder-Angst-Test II (KAT-II)*. Göttingen: Hogrefe.

Wagner, Harald; Baumgärtel, Frank (1978): *Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K)*. Göttingen: Hogrefe.

Wilig, Elisabeth H.; Secord, Wayne; Semel, Eleanor (1992): *Clinical evaluation of language fundamental*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Anhang

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Katarina Leitner
Geburtsdatum	15. Juli 1984
Geburtsort	Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig

Ausbildung

Schulbildung

1990 – 1994	Volksschule Aspern
1994 – 2002	AHS Polgarstraße

Studium

Seit 2002	Studium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien Schwerpunkte: Personenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalytische Pädagogik, Heilpädagogik und Integrative Pädagogik
-----------	---

Praktika und beruflicher Werdegang

Juli 2005	Praktikum bei der Kinderuni Wien 2005
Seit 10/2005	Mitarbeiterin des Kinderbüros der Universität Wien als Kindergruppenbetreuerin und Teamleiterin der Kinderuni Wien 2006 – 2009
April 2007 – August 2008	Mitarbeiterin des Institutes für Bildungsbegleitung als Lernunterstützerin