



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Personenzentrierte Spieltherapie bei oppositionellen,
aggressiven Kindern. Ein Review.“

Verfasserin

Ingrid Schuster

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

“I mean I wouldn’t know how to do what . . . [they do] . . . [they don’t] . . . seem to do anything. Only all of a sudden I’m free. Inside me I’m free.”

(Axline, 1951, S. 242)

Mein ganzer Dank gilt eurem Vertrauen in meine Fähigkeiten, eurer unendlichen Geduld und Unterstützung.

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Oliver, Marlene

Mutti, Papa, Isabel

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und keine anderen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe als die angegebenen. Weiters versichere ich, dass ich diese Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein.

Wien, am 30.03.2012

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	8
Abstract	8
1 Einleitung	9
1.1 Hinführung zum Thema	9
1.2 Aktueller Forschungsstand	11
1.3 Forschungslücken	12
2 Grundzüge des personenzentrierten Ansatzes	16
2.1 Die Therapietheorie	16
2.1.1 Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen	17
2.1.2 Das Beziehungsangebot: Empathie – Akzeptanz – Kongruenz	18
2.2 Die Persönlichkeitstheorie und ihre Grundbegriffe	20
2.2.1 Der Mensch als soziales Wesen und sein Bedürfnis nach positiver Beachtung	22
2.3 Die Störungstheorie von Carl R. Rogers	23
2.3.1 Inkongruenz.....	23
2.3.2 Abwehr.....	24
2.4 Grenzsetzungen in der Personenzentrierten Psychotherapie	25
2.5 Zusammenfassung	27
3 Die Geschichte der Personenzentrierten Kindertherapie	28
3.1 Carl Rogers und die Wurzeln der Personenzentrierten Kindertherapie	32
3.2 Virginia Axline und die nicht-direktive Kinderspieltherapie	34
3.2.1 Die acht Prinzipien.....	34
3.3 Die Klientenzentrierte Kinderspieltherapie	36
3.4 Die Personenzentrierte Kinderspieltherapie	37
3.4 Zusammenfassung	40
4 Oppositionelles, aggressiv-dissoziales Verhalten bei Kindern	41

4.1 Beschreibung der Störung	41
4.1.1 Symptomatik	41
4.1.2 Klassifikation	44
4.2 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf.....	49
4.2.1 Epidemiologie.....	49
4.2.2 Komorbidität	49
4.2.3 Verlauf.....	50
4.3 Zur Entstehung oppositioneller, aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen	53
4.3.1 Entwicklungspsychopathologischer Ansatz zur Entstehung von Aggression	53
4.3.2 Zur Ätiologie von Aggression aus personenzentrierter Sicht.....	58
4.4 Konsequenzen für die therapeutisch-pädagogische Arbeit mit oppositionellen, aggressiven Kindern	59
4.5 Zusammenfassung.....	62
5 Methodik	63
5.1 Konkretisierung der methodischen Schritte	63
6 Individuumzentrierte Interventionskonzepte.....	67
6.1 Vor 1982.....	67
6.2 Just (1982).....	68
6.3 Kemper (1988)	70
6.4 Peterson Johnson & Chuck (2001) / Landreth (1991).....	72
6.5 Behr (1996/2002)	74
6.6 Goetze (2002).....	75
6.7 Weinberger (2001/2007)	76
6.8 Schmidtchen (2001a, b; 2003a, b).....	78
6.9 Crenshaw & Mordock (2005/2007a, b).....	79
6.10 Fröhlich-Gildhoff (1991; 1996/2002; 2006a,b,c; 2007; 2008; 2009)	81
6.11 Zusammenfassung.....	86

7	Wirksamkeitsstudien	91
7.1	Ray, Blanco, Sullivan & Holliman (2009)	93
7.2	Schumann (2005)	95
7.3	Kot, Landreth & Giordano (1998).....	96
7.4	Dogra & Veeraraghavan (1994).....	98
7.5	Kazdin, Bass, Siegel & Thomas (1989)	98
7.6	Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis (1987)	101
7.7	Seeman, Barry & Ellinwood (1964).....	104
7.8	Zusammenfassung	106
8	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	111
	Literaturverzeichnis	119
	Anhang	135

Zusammenfassung

Im Zuge eines Literaturüberblicks wird der Frage nachgegangen wie es um die Behandlung oppositioneller, aggressiver Kinder im Rahmen der Personenzentrierten Kindertherapie bestellt war und ist. Zum Einen werden mit Hilfe des narrativen Reviews die bisher existierenden Modelle von ihren Anfängen bis zur Gegenwart dargestellt und analysiert, zum Anderen werden die Ergebnisse der bisherigen Forschungsaktivitäten zur Wirksamkeit bei diesen Kindern zusammengefasst. In der allgemeinen Tendenz zeigt sich, dass gerade der Personenzentrierten Kindertherapie durch ihre Beziehungsarbeit erhöhte Bedeutung beigemessen wird, die klassische nicht-direktive Vorgehensweise jedoch zu Gunsten einer stärkeren Strukturierung und Lenkung durch die Therapeutenperson erweitert werden muss. Die Ergebnisse der wenigen bisher bestehenden kontrollierten Studien zu ihrer Wirksamkeit weisen mehrheitlich auf eine erfolgreiche Anwendung bei diesen Kindern hin.

Schlagwörter: Personenzentrierte Spieltherapie - Einzelspieltherapie - Aggression - Störung mit oppositionellem Trotzverhalten - Störung des Sozialverhaltens - Effektivität

Abstract

In providing an overview of the literature, the question as to how the treatment of oppositional, aggressive children with regard to person-centred child therapy, was administered in the past and how it is today. With the help of narrative reviews, the existing models will be illustrated and analyzed from their origins until the present day and the results of the existing research concerning the effectiveness of this approach for these children will be summarized. Although person-centred child therapy is attributed with great importance due to the attempt to build a stable relationship that is built up between the child and the therapist, the classic non-directed approach needs to be expanded in favour of a more stable structure and more guidance from the therapist. The results of the few existing controlled studies demonstrate a successful application of this approach with these children.

key words: child-centered play therapy - individual play therapy - aggression - oppositional defiant disorder - conduct disorder - effectiveness

1 Einleitung

Kinder, die fast ständig bis über beide Ohren in Schwierigkeiten stecken, - elende, unglückliche Kinder, denen nicht jenes Minimum an Liebe, Sicherheit und Glück zuteil wurde, auf das jedes Kind einen Anspruch hat. Sie kämpfen, um mit einer feindlichen Welt fertigzuwerden. Sie kämpfen um ihre Selbstachtung. Sie haben Mut, Ausdauer und Seelenstärke und doch sind sie „Problemkinder“. (Axline, 1947/2002, S. 59)

1.1 Hinführung zum Thema

In einer steigenden Anzahl von Fällen wird in den Medien und in der Öffentlichkeit von Kindern und Jugendlichen berichtet, die andere schikanieren, bedrohen und erpressen oder Eigentumsdelikte und Übergriffe aller Art begehen. Eine genaue Schätzung des Ausmaßes aggressiver Verhaltensweisen ist zwar schwierig, einen Anhaltspunkt bieten jedoch die Zahlen des österreichischen Innenministeriums nach denen die Kriminalitätsrate¹ bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren zwischen 2001 und 2006 dramatisch angestiegen sind (Österreichischer Rundfunk [ORF], 2007). Eine weitere zentrale Informationsquelle für die Einschätzung aggressiven Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen ist die Statistik des österreichischen Zentrums für psychologische Gewaltprävention im Schulbereich (ÖZGPS), wonach drei Viertel aller psychologischen Einzelberatungen von Schülern im Zeitraum April bis August 2011 Verhaltensschwierigkeiten betrafen. Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur aufgrund ihres häufigen Auftretens ein ernstzunehmendes Problem, sondern auch, weil aggressives Verhalten in Verbindung mit einer Vielzahl anderer Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität, depressiven Störungen, Angststörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und ähnlichem steht (Hupert & Dann, 2001; Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2006). Von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung der Betroffenen sind ebenso die Auswirkungen auf ihre Schul- und Berufslaufbahn, sowie auf persönliche Beziehungen und die Partnerwahl. Als Erwachsene werden sie laut Goetze (2002) „vermehrt delinquent, arbeitslos, drogenabhängig, depressiv; weiterhin treten später gehäufte Scheidungsraten und psychische Auffälligkeiten bis hin zur Suizidalität auf“ (S. 317). Auf breitere Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen extremen externalisierenden Verhaltensweisen und späteren sozialen und emotionalen Problemen, psychiatrischen Diagnosen, Kriminalität und Schulschwierigkeiten verweisen Cochran, Cochran, Nordling, McAdam und Miller (2010). Die Gefahr der Diversifikation und die hohen Kosten

¹ Auf die Probleme offizieller Kriminalstatistiken gehen Kleiber und Meixner (2000) genauer ein.

langfristiger Konsequenzen für die Gesellschaft unterstreichen mehr denn je die steigende Notwendigkeit früher effektiver Interventionsmaßnahmen.

Durch die gesellschaftlich hohe Relevanz des Themas Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen ist die Beschäftigung damit seit den letzten Jahrzehnten innerhalb der breiten Öffentlichkeit, sowie innerhalb der Fachöffentlichkeiten unterschiedlichster Professionen eine hoch aktuelle Problematik (Petermann, 2009). So sind nicht nur die Politik und die Wissenschaft angehalten sich dieser Angelegenheit anzunehmen, sondern insbesondere auch die psychologische, psychotherapeutische und pädagogische Praxis. Gerade jene Fachkräfte, die mit diesen Kindern im psychosozialen Bereich arbeiten, benötigen umfassendes Faktenwissen sowie pädagogisch-therapeutische Kenntnisse über unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten. Nach Weinberger (2001/2007) bewegt sich die Arbeit im psychosozialen Bereich stets in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Disziplinen und erfordert ein breitgefächertes Wissen. Je nach Fachgebiet des Professionellen, nach individuellen Entwicklungs- und Förderbedürfnissen des Kindes, der jeweiligen Umgebung und dem angestrebten Ziel, können beratende, pädagogische und spezifisch therapeutische Vorgehensweisen zur Anwendung kommen. Ein breites Wissen darüber ermöglicht nicht nur eine bessere Verständigung der verschiedenen Fachkräfte untereinander, sondern erleichtert auch die notwendige Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen. Nach Jenny, Goetschel, Käppler, Samson und Steinhausen (2006) enthält zum Beispiel psychotherapeutisches Arbeiten, das sich an einer wünschenswerten gesunden Entwicklung und an den Ressourcen der Kinder orientiert, „immer auch eine Prise Pädagogik“ (S. 96). „Es geht konkret zum Beispiel um das Durchsetzen von Abmachungen, die Wahrung der persönlichen Grenzen und die Gewährleistung des Schutzes jedes Kindes.“ (Jenny et al., 2006, S. 96)

Die angesprochene Häufung von Problemen mit gewalttätigen, dissozialen Kindern und Jugendlichen, sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich und die Ratlosigkeit darüber, wie diesem Verhalten begegnet werden kann, führte zur Veröffentlichung zahlreicher Interventionsvorschläge. Neben einfachen Erklärungsmodellen für die Entstehung aggressiven Verhaltens, existieren auch von wissenschaftlicher Seite mittlerweile eine ganze Reihe an Fachpublikationen zu diesem Thema. So haben, neben der Psychologie und der Pädagogik, auch die verschiedenen Therapieschulen die Notlage erkannt und sich dieser Thematik angenommen. Lediglich die Rolle der Personenzentrierten Kindertherapie ist diesbezüglich lange Zeit in der Fachdiskussion sehr vernachlässigt worden. In therapeutischen

Kreisen wurde die Ansicht vertreten, dass Kinder, die schwere Symptome aggressiven, antisozialen Verhaltens aufweisen, von einer Personenzentrierten Kindertherapie nicht erreicht werden können (Goetze, 2002), da diese Psychotherapieschule traditionellerweise auf die Behandlung von ängstlichen, überkontrollierten Verhaltensweisen in Form von internalisierenden psychischen Störungen ausgerichtet war (von Aster, Reitzle & Steinhausen, 1994). Man glaubte, dass es bei dieser Klientel² neben dem Aufbau einer wertschätzenden und empathischen Beziehung zusätzliche störungsspezifische Vorgehensweisen braucht, für die jedoch im Rahmen der orthodoxen nicht-direktiven Vorgehensweise kein Platz war. Allerdings erkannten mehr und mehr Personenzentrierte Psychotherapeuten³ mit der Zeit den besonderen Wert „ihrer“ Kindertherapie bei dieser Klientel und es setzte sich zunehmend - auch Dank erster Wirksamkeitsstudien- die Auffassung durch, dass gerade dieser Art der „Beziehungstherapie“ aufgrund der vorangegangenen sozialen Deprivation eines Großteils dieser Kinder besondere Bedeutung zukommt.

1.2 Aktueller Forschungsstand

Ausgearbeitete Konzepte Personenzentrierter Psychotherapie mit aggressiven Kindern finden sich in der Fachliteratur der letzten 60 Jahre nur sehr vereinzelt und verstreut wieder. Während die frühen Vertreter Personenzentrierter Kinderspieltherapie die Arbeit mit Kindern als selbstverständlich ansahen, mehrten sich skeptische Stimmen, die behaupteten, dass die Grundhaltungen der Personenzentrierten Kinderspieltherapie, nicht ausreichen würden, um diese Kinder erfolgreich behandeln zu können. Diese Mischung aus Selbstverständlichkeit und Skepsis führte folgerichtig zu fehlenden wissenschaftlichen Auseinandersetzungen bezüglich dieser Problematik. Ein Großteil der Ausführungen zur therapeutischen Arbeit mit diesen Problemkindern findet sich lediglich in Form von Einzelfallstudien wieder. Hildegard Just gab schließlich mit ihrem Artikel von 1982, in dem sie Vorschläge zu störungsspezifischem Vorgehen bei dieser Klientel machte, den Anstoß für weitere Schriften. Im Laufe der Jahre kam es nun vereinzelt immer wieder zur Veröffentlichungen – vor allem im Zusammenhang mit dem Grenzsetzungsverhalten – welche die Erweiterungen der

² Rogers hat die Auffassung vertreten, dass Hilfesuchende, stets Experten ihrer selbst sind und betonte so die Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit des Klienten. Angelehnt an diese Sichtweise werde ich in der vorliegenden Arbeit für leidende Personen stets den Begriff „Klient“ statt „Patient“ verwenden.

³ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit nur die männliche oder manchmal auch nur die weibliche Sprachform verwendet. Es sind aber immer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen, Klientinnen und Klienten, Frauen und Männer gemeint.

klassischen personenzentrierten Therapeutenvariablen thematisieren, die notwendig sind, damit die Behandlung dieser aggressiven Kinder gelingen kann. Bis auf einige wenige Ausnahmen wie Peterson Johnson und Chuck (2001), oder Crenshaw und Mordock (2005/2007a, b) fanden diese in erster Linie im deutschen Sprachraum statt. Neben Kemper (1988) widmen sich auch Goetze (2002) und Weinberger (2001/2007) dieser Thematik in eigenen, wenn auch kurzen, Kapiteln. Auch Behr (1996/2002) der sich zwar nicht dezidiert mit den Besonderheiten der therapeutischen Arbeit bei aggressiven Kindern beschäftigt, behandelt die Aggressionsthematik im Rahmen seines Konzeptes der Interaktionsresonanz. Die umfangreichsten Auseinandersetzungen finden sich bei Schmidtchen (2001a, b; 2003a, b) unter dem Stichwort "prozessleitende Hilfen", sowie bei Fröhlich-Gildhoff und Hanne (1996/2002) und Fröhlich-Gildhoff (1991, 2006a, 2006b, 2006c, 2007, 2008, 2009) und, welcher gegenwärtig gemeinsam mit Rose den Versuch der Erstellung störungsspezifischer Handlungsleitlinien wagt.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch hinsichtlich der Forschungsaktivitäten zur Wirksamkeit personenzentrierter Einzelspieltherapie mit oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern ab. Während ein Nachweis der Wirksamkeit auch hier oft in Einzelfallstudien stattfindet, kommen die wenigen kontrollierten Studien aus dem englischen Sprachraum (Kot, Landreth & Giordano, 1998; Ray, Blanco, Sullivan & Holliman, 2009; Schumann, 2005 etc.).

1.3 Forschungslücken

Die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes macht deutlich, dass trotz der anfänglich pessimistischen Einstellung gegenüber den Möglichkeiten dieser Therapie bei oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern mittlerweile einige Vorschläge zu personenzentrierten Herangehensweisen und Studien zu deren Wirksamkeit existieren. Die Problematik scheint sich aber nun verschoben zu haben: Zwar gibt es gegenwärtig sowohl im deutschen als auch im englischen Sprachraum personenzentrierte Konzepte für die therapeutisch-pädagogische Arbeit mit aggressiven Kindern, eine Umsetzung in die Praxis scheint jedoch vor allem unter jenen, die mit der personenzentrierten Methode nicht vertraut sind, eher die Ausnahme.

Auf der Suche nach einer Begründung für diesen Umstand wurde mir folgendes klar:

Erstens gestaltet es sich äußerst schwierig, sich über die nebeneinander existierenden, über die Jahre verstreuten und in unterschiedlichen Sprachen publizierten Entwürfe einen Überblick zu

verschaffen. Die bisherigen Konzepte lassen eine Zusammenschau vermissen und für den Praktiker - den Pädagogen, den Therapeuten – wird die Auswahl desjenigen Handlungskonzeptes, das zu den individuellen Entwicklungs- und Förderbedürfnissen des jeweiligen Kindes, seiner jeweiligen Umgebung und dem angestrebten Ziel passt, und das in der Praxis erprobt werden soll, zur zeit- und kräfteaubenden Aufgabe.

Zweitens verlangt die Anwendung einer bestimmten Therapiemethode in der Praxis den Nachweis ihrer Wirksamkeit und genau darüber scheint es in der Literatur widersprüchliche Aussagen zu geben. Möglicherweise hält die Annahme der fehlenden Wirksamkeit Fachleute davon ab, personenzentrierte Konzepte in der Praxis umzusetzen.

Diesen Zustand möchte ich nun durch eine längst überfällige Zusammenschau der gegenwärtigen Lage ändern.

Obige Überlegungen brachten mich zur Formulierung folgender Forschungsfrage: Welche Möglichkeiten personenzentrierter Interventionen gibt es bei oppositionellen, aggressiven Kindern und wie steht es um deren Wirksamkeit?

Im Zuge der Beantwortung dieser Frage werde ich alle Modelle personenzentrierten Arbeitens bei dieser Klientel gegenüberstellen und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausarbeiten. Die Notwendigkeit zur systematischen Evaluation psychotherapeutischer Interventionen erfordert außerdem auch den Einbezug und die Diskussion bisher veröffentlichter Studien zur Effektivität Personenzentrierter Kindertherapie bei aggressiven Kindern. Zudem führt mich die verbreitete Annahme, dass das klassische nicht-direktive Interventionskonzept zu Gunsten eines differenziellen Behandlungsangebotes zu erweitern ist, um aggressive, dissoziale Kinder erfolgreich behandeln zu können zu den nach Hutterer (2005) „wichtigsten Fragen, mit denen die Klientenzentrierte Psychotherapie konfrontiert ist“ (S. 3), nämlich den Fragen nach den differentiellen Vorgehensweisen. Wie diese von Vertretern dieser Richtung angenommen werden und welche Konsequenzen sie für die Praxis haben, werde ich ebenso bearbeiten.

Ziel der Bearbeitung dieser Frage im Rahmen meiner Diplomarbeit ist demnach nicht die Entwicklung eines personenzentrierten Handlungsmodells, sondern allen Angehörigen und Fachkräften (Lehrer, Sonder-Heilpädagogen, Sozialpädagogen etc.), die mit oppositionellen, aggressiven, antisozialen Kindern leben und arbeiten, diese längst überfällige und notwendige theoretische Zusammenschau bisheriger Modelle und deren Wirksamkeit zu geben. Ich

möchte die im Umgang mit gewalttätigen Kindern notwendigen Sicht- und Handlungsweisen aufzeigen, miteinander vergleichen und analysieren, den Leser an die „heilenden Kräfte im kindlichen Spiel“ (Zulliger, 1952/2007) heranführen, und Anregungen geben, wie man im privaten oder beruflichen Alltag – basierend auf einem humanistischen Menschenbild - arbeiten kann. Es soll verhindert werden, dass man sich aufgrund des fehlenden Überblicks für eine Arbeitsweise entscheidet, die nicht das Individuum, sondern die zugrunde liegende Störung in den Mittelpunkt stellt. Ich möchte für die Probleme dieser Kinder sensibilisieren in der Hoffnung, dass ihnen mit mehr Verständnis und Einsicht für ihre Erlebniswelt begegnet wird. Und ich möchte zeigen, wie sich der Mensch durch neue, positive Beziehungserfahrungen mit "aufgeklärten" Praktikern selbstverwirklichen kann.

Letzten Endes sollen meine Ausführungen zur Reflexion des eigenen erzieherisch-therapeutischen Handelns dienen und neugierig machen, sowie dazu motivieren, das hier erworbene Wissen in einschlägigen Fort- und Weiterbildungen zu vertiefen.

Aufgrund meiner geschilderten Problemstellung und Zielsetzung ergibt sich für meine Arbeit folgendes Vorgehen:

Für das Verständnis der unterschiedlichen theoretischen Handlungsmodelle ist es notwendig zunächst die theoretische Fundierung der Personenzentrierten Kindertherapie zu erläutern. So wird sich das erste Kapitel mit jenen Grundzügen des personenzentrierten Ansatzes beschäftigen, die notwendig sind, um die Praxiskonzepte später einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Im darauffolgenden Kapitel möchte ich die Entwicklung der Personenzentrierten Kindertherapie von ihren Anfängen an bis heute vorstellen. Mit dem Kapitel über die Beschreibung der Erscheinungsformen oppositionellen, aggressiv-dissozialen Verhaltens und dessen entwicklungspsychologischen Verlaufs, sowie über gängige Erklärungsansätze zu dessen Entstehung beende ich die Darstellung der problembezogenen Themen. Das daran anschließende fünfte Kapitel über meine methodische Vorgehensweise leitet den Forschungsteil meiner Arbeit ein. Es folgt eine Skizzierung existierender personenzentrierter Konzepte zur therapeutischen Arbeit mit aggressiven Kindern, sowie eine Gegenüberstellung der Ergebnisse bisheriger Wirksamkeitsstudien Personenzentrierter Spieltherapie bei aggressiven Kindern. Im finalen Kapitel werde ich die dargestellten Ergebnisse unter Berücksichtigung und Einbeziehung aktuellen theoretischen Hintergrundwissens und bestehender Kontroversen diskutieren und interpretieren.

In der vorliegenden Arbeit wird vorwiegend die Bezeichnung „Personenzentrierte Kinderspieltherapie“ (mitunter auch Person(en)zentrierte Kinder- oder Spieltherapie), welche erstmals von H. Goetze 1981 in die deutschsprachige Literatur eingeführt wurde, Anwendung finden. Diese Entscheidung begründet sich darin, dass diese Bezeichnung namensgebend für die jüngste Entwicklung in der Geschichte der von Carl R. Rogers entwickelten Psychotherapieschule ist. Wenn andere Bezeichnungen wie „nicht-direktive (Spiel-)therapie“ (non-directive (play) therapy, NDPT), „Klient(en)zentrierte Psychotherapie“ (client-centered psychotherapy) oder „Kind-zentrierte Psychotherapie (child-centered psychotherapy)“ Nennung finden, so geschieht dies entweder aufgrund der Zitierung anderer Autoren oder im Hinblick auf die mit der Bezeichnung zusammenhängende jeweilige Entwicklungsstufe des Theorieansatzes. Somit möchte ich vermeiden, dass diese Begriffe wegen ihrer unterschiedlichen Akzentuierungen, ihres Selbstverständnisses und ihrer Konnotationen synonym verwendet und verstanden werden. Zudem soll dadurch die Abgrenzung der personenzentrierten Therapieform von anderen direktiven (z.B. psychoanalytisch orientierten) Ansätzen betont werden, da vor allem in den USA auch von anderen Therapieschulen die Bezeichnung „child-centered“ also „Kind-zentriert“ verwendet wird.

2 Grundzüge des personenzentrierten Ansatzes

The word ‚therapy‘ has no verb in English, for which I am grateful; it cannot do anything to anybody, hence can better represent a process going on, observed perhaps, understood perhaps, assisted perhaps, but not applied. The Greek noun from which therapy is derived means ‚a servant‘, the verb means ‚to wait‘. (Taft, 1933, zitiert nach Barrett-Lennard, 1998, S. 1)

Im Anschluss soll eine kurze Fassung der Programmatik der Therapietheorie des Gründungsvaters des personenzentrierten Therapieansatzes Carl R. Rogers‘ (1902-1987) folgen. Durch den begrenzten Rahmen dieser Arbeit ist es mir nicht möglich das gesamte personenzentrierte Konzept detailliert auszuführen. Meinen Schwerpunkt lege ich deshalb auf jene theoretischen Annahmen und Sichtweisen, welche für das Verständnis der später in Kapitel 6 dargestellten praktischen Handlungsweisen im Umgang mit aggressiven, antisozialen Kindern notwendig sind. Dabei handelt es sich jedoch trotzdem bloß um einen groben Blick auf die theoretischen Hintergründe dieser Therapieschule, da sich das personenzentrierte Konzept mittlerweile durch eine weitgespannte und differenzierte Theorie und Praxis auszeichnet.

2.1 Die Therapietheorie

Als Geburtsstunde des personenzentrierten Ansatzes gilt (nachträglich) der Vortrag des jungen Professors für Psychologie, Carl Ransom Rogers (1902-1987), am 11. Dezember 1940 an der University of Minnesota⁴. Ausschlaggebend für die Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes war die von Rogers betonte Abgrenzung zu den damals gängigen Psychotherapieschulen - der Psychoanalyse und dem Behaviorismus - und deren Paradigmen. Rogers kritisierte die Arbeitsweise des Analytikers als „kalt“ und zu „detektivisch“ sowie das Fehlen einer emotional mitschwingenden Haltung des Therapeuten, welcher er besondere Bedeutung beimaß. Seit seiner nun bereits siebzig Jahre zurückliegenden Geburtsstunde hat der personenzentrierte Ansatz weitreichende Entwicklungen durchlaufen, welche sich unter anderem auch in den unterschiedlichen Namensgebungen⁵ widerspiegeln. Annahmen bzw. philosophische Überzeugungen, welche

⁴ Der Vortrag ist in leicht veränderter Form in seinem 1942a erschienen Buch „Counseling and Psychotherapy“ („Minnesota-chapter“) veröffentlicht.

⁵ Einen guten Überblick über die Entwicklungsphasen der Personenzentrierten Psychotherapie liefern Keil und Stumm (2002) sowie Goetze (2002).

über alle Entwicklungsstufen unverändert blieben, und in ihren Grundzügen bereits von Beginn an die Personenzentrierte Psychotherapie charakterisieren, sind folgende:

- Die Beziehungsgestaltung⁶ zwischen Therapeut und Klient wird als entscheidende Wirkvariable des therapeutischen Prozesses angenommen.
- Das Individuum besitzt in jeder Entwicklungsstufe die Fähigkeit über sich selbst zu bestimmen. Es ist ein zu freier Entscheidung fähiges, autonomes Wesen und besitzt die Fähigkeit sich selbst zu erhalten und weiterzuentwickeln.
- Der Mensch ist ein soziales Wesen und strebt nach der Erfüllung seines Bedürfnisses nach wertschätzender, positiver Beachtung.
- Im Zentrum des therapeutischen Kontaktes steht das Individuum, nicht sein Problem.

Das Kernstück der Therapietheorie Rogers` bilden sechs „notwendige und hinreichende“ Bedingungen die erfüllt sein müssen, damit es überhaupt zu einem Kontakt und im Weiteren zu einer Veränderung, einem Wachstum im Klienten kommen kann. Diese Bedingungen für eine erfolgreiche Beziehung werde ich im Folgenden kurz darstellen.

2.1.1 Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen

Der Therapieprozess besteht laut Rogers in dem konsequenten Bemühen, die folgenden sechs Bedingungen zu erfüllen, wobei ein kontinuierliches Erfüllen das Ende einer Personenzentrierten Psychotherapie markiert.

1. Zwei Personen haben wirklichen psychologischen Kontakt miteinander.
2. Eine Person (Klient) ist im Zustand der Inkongruenz, d.h. mit einem Erleben beschäftigt, das nicht zu seinem Selbstbild passt, und daher generell in Spannung oder in Angst.
3. Die andere Person (Therapeut) ist mit sich selbst kongruent (d.h. mindestens im Bereich der Beziehung zum Klienten offen für das eigene Erleben).
4. Der Therapeut erlebt unbedingte Wertschätzung für das gesamte Erleben des Klienten.
5. Der Therapeut kann den Klienten von dessen innerem Bezugsrahmen her empathisch verstehen.
6. Der Klient kann wenigstens ansatzweise wahr- und annehmen, dass der Therapeut ihn ohne Bedingungen wertschätzt und empathisch versteht.

⁶ Rogers wurde dahingehend von Otto Rank beeinflusst, der in den USA einer der ersten war, der den Beziehungsaspekt in der psychotherapeutischen Arbeit hervorhob.

Neben dem Vorhandensein dieser notwendigen und hinreichenden Bedingungen bedarf es seitens des Therapeuten einer speziellen Grundhaltung, damit es zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung des Klienten kommt. Diese Grundhaltung weist laut Rogers folgende Charakteristik auf: „empathy“ oder „accurate empathic understanding“, „positive regard“ und „congruence“. Mit einer kurzen Darstellung dieser, im deutschen Sprachraum mit „Empathie“ oder „einführendes Verstehen“, „positiver“ oder „unbedingter Wertschätzung“ und „Echtheit“ oder „Kongruenz“ übersetzten Bedingungen (Biermann Ratjen, Eckert & Schwartz, 1979/1995/2002; Finke, 1994; Weinberger, 2001/2007) beschäftigt sich das nun anschließende Unterkapitel.

2.1.2 Das Beziehungsangebot: Empathie – Akzeptanz – Kongruenz

Das im personenzentrierten Ansatz zentrale Element jeder Beratung und Therapie, die Beziehung, lässt sich durch folgende Merkmale definieren (Hensel, 2008):

- *Empathie (Einführendes Verstehen)*

Beim einführenden Verstehen handelt es sich um das Bemühen des Therapeuten, die „innere Welt“ des Klienten zu erfassen, indem er die Gefühle, die Kognitionen und Bewertungen aufgreift, dem Klienten mitteilt und somit dabei hilft bisher unerkannt gebliebene Gefühle und Verhaltensweisen zum Ausdruck zu bringen und sie dadurch einer Bearbeitung zugänglich zu machen⁷. In Rogers Worten bedeutet einführendes Verstehen „den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘ - Position aufzugeben“ (Rogers 1959a/1987, S. 37).

- *Akzeptanz (positive Beachtung oder unbedingte Wertschätzung)*

Weinberger (2001/2007) beschreibt bedingungsloses Akzeptieren damit, dass „das Kind mit all seinen Gefühlen, Gedanken und Handlungen grundsätzlich erst einmal angenommen“ (S. 96) wird, wobei der Therapeut mit diesem Beziehungsangebot nach Rogers „die Rolle des ‚guten Elternteils‘ übernimmt“ (Weinberger, 2001/2007, S. 96). Es wird jedoch stets darauf hingewiesen, dass zwischen dem Wertschätzen der Person und ihren Verhaltensweisen zu unterscheiden ist. Akzeptanz bedeutet nicht, dass der Therapeut alle Gefühle, Gedanken und

⁷ Höger (1990) hat die Begriffe „mütterliche Feinfühligkeit“ (Ainsworth, 1974/2003) und „Empathie“ gegenübergestellt und festgestellt, dass sich beide Konstrukte ähneln.

Handlungen der Klienten gut finden muss, sondern, dass sie (die Klienten) in ihrem „Da-Sein“ zu akzeptieren sind „ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat“ (Rogers, 1959a/1987, S. 35). Dorfman (1951/2005) schreibt dazu „Die akzeptierende Einstellung des Therapeuten gegenüber dem Recht des Kindes, so zu fühlen, wie es fühlt, schließt in keiner Weise Zustimmung für irgendeine besondere Einstellung mit ein. Die Reflexion und Klärung seiner Gefühle helfen dem Kind, tiefer verborgene Gefühle aus sich herauszuholen, damit auch sie betrachtet werden können“ (S. 235). Durch die damit vermittelte Erfahrung „Ich bin in Ordnung und wertvoll, ganz allein deshalb, weil ich bin!“ (Juul, 1997, S. 96) gelingt es den Klienten mehr und mehr Erfahrungen in ihr Selbstbild zu integrieren und ein innerer Veränderungsprozess wird in Gang gesetzt „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ (Rogers, 1961/2006, S. 33).

- *Kongruenz (Echtheit oder Authentizität und Transparenz des Psychotherapeuten)*

Die von Rogers als wichtigste Haltung in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient berichtete „Kongruenz“ hat er im Jahr 1956/1957 erstmals beschrieben. Sie stellt einen Zustand dar in dem sich der Therapeut dessen, was er erlebt oder empfindet deutlich gewahr ist, und besteht aus den beiden Komponenten Authentizität und Transparenz. Rogers meint, dass die Authentizität der Innenseite des Therapeuten entspricht, die Transparenz der Außenseite, also das Ausmaß in dem das innere Erleben des Therapeuten in den Kontakt mit dem Klienten eingebracht wird. Während jedoch die Kongruenz des Therapeuten nicht groß genug sein kann, sollte sich seine Transparenz an der spezifischen Situation des Klienten, am therapeutischen Prozess orientieren. Ruth Cohn spricht deshalb von einer „selektiven Authentizität“ (Keil & Stumm, 2002, S.27). Diese explizite Kommunikation des Erlebens des Therapeuten ermöglicht es ihm, seine eigene Person und Perspektive „ins Spiel“ zu bringen (vgl. das Konzept der Interaktionsresonanz von Behr [1996/2002]) und der Versuchung zu widerstehen, jemand sein zu wollen der man nicht ist (Rogers, 1961/2006, S. 32).

Es hilft nicht, ruhig und freundlich zu tun, wenn ich eigentlich ärgerlich bin und Bedenken habe. Es ist nicht hilfreich, so zu tun, als wüßte ich die Antworten, wenn ich sei nicht weiß. Es hilft nicht, den liebevollen Menschen zu spielen, wenn ich im Augenblick eigentlich feindlich gestimmt bin. Es hilft mir nicht, so zu tun, als wäre ich voller Sicherheit, wenn ich eigentlich beängstigt und unsicher bin. (Rogers, 1961/2006, S. 32)

Die konkrete Umsetzung dieser Beziehungsvariablen kann nach Finke (1994) zwei Formen annehmen. Zum einen kann Begegnung auf einer Metaebene, die sich auf die innere Haltung des Therapeuten bezieht, stattfinden, zum anderen im Gespräch oder im Spiel. Weinberger (2001/2007) gibt in ihrer Publikation Beispiele für die verbale oder averbale Umsetzung dieser Grundhaltung in der Kindertherapie.

Da therapeutische Vorgehensweisen stets von den Modellvorstellungen über Gesundheit und Krankheit der jeweiligen Schule abhängig sind, möchte ich nun die Persönlichkeitstheorie von Rogers sowie seine Auffassung zur Krankheitsentstehung darstellen. In diesem Zusammenhang werde ich auch die zentralen Begriffe, Konstrukte und Annahmen wie Organismus, Erfahrung, Symbolisierung, Selbst, Aktualisierungstendenz, Selbstaktualisierungstendenz/Selbsterhaltungstendenz, welche für das Verständnis der Persönlichkeitstheorie grundlegend sind, erklären.

2.2 Die Persönlichkeitstheorie und ihre Grundbegriffe

Rogers hat in seinem 1951 erschienenen Buch „Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ seine „Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens“ in 19 Thesen verpackt, von denen er in These 4 die Annahme der grundlegenden Tendenz des Menschen, sich „zu aktualisieren, zu erhalten und zu erhöhen“ (Rogers, 1951/2005, S. 422) anspricht. Diese für das Menschenbild des personenzentrierten Ansatzes grundlegende Annahme eines jedem Menschen innewohnenden Strebens des Organismus⁸ sich selbst zu *erhalten* und sich in die Richtung von Wachstum, Differenzierung, Autonomie und sozial-konstruktiver Werthaltung zu *entfalten*, hat ihren Ursprung in der „organismischen Theorie der Selbstverwirklichung“ von Goldstein. Rogers bezeichnet die *Aktualisierungstendenz* als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, daß sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1959/1991 S. 21)“. Ein erster Hinweis darauf findet sich bereits in Rogers Publikation von 1939: „Wahrscheinlich liegt der wesentliche Wert . . . in der neuen Sichtweise der Verlässlichkeit auf die eigene individuelle Tendenz, die dem Wachstum entgegen strebt“ (Rogers, 1939, zitiert nach Reisel, 2001, S. 57).

⁸ Organismus beschreibt nach Rogers die psychische und physische Ganzheit des Menschen.

Es hat den Anschein, als wären in jedem Individuum mächtige Kräfte am Werk, die unerbitterlich nach Selbstverwirklichung drängen. Man kann diese Kräfte als einen dauernden Trieb zur Reifung, zur Unabhängigkeit und Selbstbestimmung charakterisieren. Unbeirrbar strebt er nach Verwirklichung, aber es bedarf eines „fruchtbaren Bodens“, damit eine gut ausgewogene Persönlichkeitsstruktur entsteht. (Axline, 1947/2002, S. 15)

Dieser „richtungsgebenden Kraft“ (Weinberger, 2001/2007) liegt der nach Selbsterhaltung und –verwirklichung strebende *Organismus* zu Grunde, welcher in der Interaktion mit seiner Umwelt Erfahrungen macht. Mit fortschreitender Anzahl wahrgenommener *Erfahrungen* (*Symbolisierung*) kommt es zur Entwicklung des Selbst und damit auch zur Tendenz zur Selbstaktualisierung im Menschen. Diese, speziell auf das Selbst gerichtete, allgemeine Aktualisierungstendenz sorgt für die Erhaltung und Entfaltung des *Selbstkonzeptes*. Im Rahmen des organismischen Bewertungsprozesses bewertet die *Selbsterhaltungstendenz* die Erfahrungen als für den Organismus förderlich oder hinderlich, d.h. hinsichtlich ihrer Übereinstimmung, ihrer Kongruenz, mit dem Selbstkonzept. Dieser Bewertungsprozess ist jedoch von den Werthaltungen des Individuums abhängig, welche sich in Interaktion mit wichtigen Anderen bilden. Erfährt das Kind eine positive Bewertung hinsichtlich einer Werthaltung, so wird diese ins *Selbst* übernommen. Ein Selbstkonzept welches auf bestimmten Werthaltungen basiert wird erworben. Angetrieben durch das Bedürfnis nach Selbstbeachtung sorgt die Selbstaktualisierungstendenz dafür, dass nur jene Erfahrungen wahrgenommen werden, die den jeweiligen gebildeten Bewertungsbedingungen des Individuums entsprechen, also kongruent sind.

Es gibt nun zwei Möglichkeiten:

- a) „Erfahrungen, die in Übereinstimmung mit den Bewertungsbedingungen sind, werden korrekt im Gewahrsein symbolisiert“ (Pelinka, 2000, S. 45) und ins Selbstkonzept integriert. Dies entspricht dem nach Rogers (1959a/1987, S. 59) hypothetischen, utopischen Idealbild einer sozialen, konstruktiven, kreativen und selbstaktualisierten Persönlichkeit, einer „fully functioning person“⁹ (voll entwickelten Persönlichkeit).
- b) Je mehr fremde Werte ein Individuum jedoch von Außen übernommen hat und seine Selbstbewertung danach ausrichtet, umso weniger richtet es sich nach den eigenen organismischen Erfahrungen (Gefühle, Bedürfnisse, Motivationen). Es kommt zur

⁹ Keil und Stumm (2002) scheint es in diesem Zusammenhang angemessener von einer „sich voll entwickelnden Persönlichkeit“ zu sprechen, da der Entwicklungsprozess als nie abschließbar gilt.

Inkongruenz und Abwehrprozesse setzen ein (siehe Kapitel 2.3): „Erfahrungen die den Bewertungsbedingungen widersprechen, werden selektiv wahrgenommen und verzerrt symbolisiert oder teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert“ (Pelinka, 2000, S. 45).

2.2.1 Der Mensch als soziales Wesen und sein Bedürfnis nach positiver Beachtung

Genauso wie die Pflanze Sonne, Regen und guten Humus benötigt, um zu optimalem Wachstum zu gelangen, braucht das Individuum die Freiheit, es selbst zu sein und das Gefühl des Angenommenseins von sich selbst und von anderen. (Axline, 1947/2002, S. 15)

Erste Erwähnung eines menschlichen Grundbedürfnisses nach positiver Wertschätzung findet sich nach Barrett-Lennard (1998) in der unveröffentlichten Dissertation von S. Standal (1954), eines Studenten von Rogers. Das innewohnende „allgegenwärtige“ Verlangen jedes Individuums nach wertschätzender Anerkennung, nach einer „felt attitude of respect and caring . . . with no ‚strings‘ attached“ (Barrett-Lennard, 1998, S. 65) wurde von Rogers übernommen und damit zur Kernkomponente seiner Theorie. Dieses nach Biermann-Ratjen et al. (1979/1995/2002, 82ff) „einzige übergeordnete verhaltensbestimmende Bedürfnis“ des personenzentrierten Konzepts entscheidet maßgeblich mit, welche Erfahrungen ins Selbstkonzept integriert oder nicht-integriert, also abgewehrt werden. Als „Wesenszug des Menschen“ (Pelinka, 2000) bestimmt es die Persönlichkeit und sein Verhalten (Keil & Stumm, 2002) mit und bildet neben der Aktualisierungstendenz laut Biermann-Ratjen et al. (1979/1995/2002) das zweite Axiom der personenzentrierten Therapietheorie.

Ausgehend von Rogers' Theorie zur Entwicklung der Persönlichkeit leiteten sich seine Modellvorstellungen zur Entstehung von Krankheit ab. Zentraler Aspekt ist dabei die Theorie der Genese der Inkongruenz, sowie deren Folgen, welche ich nun im Anschluss vorstelle.

2.3 Die Störungstheorie von Carl R. Rogers

Rogers hat der systematischen Krankheitslehre stets einen geringen Stellenwert im personenzentrierten Ansatz beigemessen. Krankheit wird als „Stagnation oder Verhinderung der Selbstaktualisierung“ (Keil & Stumm, 2002, S. 17) verstanden, welche den Gegenpol der „sich voll entwickelnden Person“ darstellt. Rogers vertritt dabei eine Sichtweise von Krankheit als Chance zur Entwicklung und nicht als Defizit. Als Ursache für die meisten psychischen Störungen (wie auch der Aggression) wird die bereits angesprochene Inkongruenz zwischen dem Selbstkonzept einerseits und dem organismischen Erleben andererseits gesehen, wobei die Symptome „als Ausdruck einer dysfunktionalen Bewältigung und als Versuch des Abbaus von Inkongruenz verstanden“ (Fröhlich-Gildhoff, 2005, S. 18) werden.

2.3.1 Inkongruenz¹⁰

Mit dem Begriff der „Inkongruenz“ benennt Rogers ursprünglich die Unvereinbarkeit des organismischen Erlebens mit dem Selbstkonzept (heute bezieht sie sich auf verschiedenste Konstrukte zwischen denen Diskrepanzen entstehen können). Die bewusste oder unbewusste Wahrnehmung von Erfahrungen, die nicht mit dem Selbstbild übereinstimmen, erzeugt Ängste bzw. Gefühle der Bedrohung. Diese äußern sich zum Beispiel nach Keil und Stumm (2002) in Gedanken, die nicht zur Ruhe kommen, in Leeregefühl, Selbstzweifel, Minderwertigkeits- oder Schuldgefühlen, in Depressionen oder gegebenenfalls in Desorganisation. Derartige und andere Symptome können ein Hinweis auf unvollständige Symbolisierungsprozesse und daher fehlende Assimilation in das Selbstbild sein. Jedoch weist bereits Rogers (1977/1978, S. 272) darauf hin, dass Inkongruenzen nicht zwangsweise pathologisch sein müssen. Hensel (2008) beschreibt, wie die Entstehung psychischer Störungen begünstigt wird, wenn die Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver Beachtung durch wichtige Andere an das Erfüllen bestimmter Bedingungen geknüpft wird. In diesem Fall wird sich die Person in erster Linie an den Erwartungen der anderen orientieren und die hierbei gemachten Erfahrungen, welche der Selbstbeachtung schlimmstenfalls widersprechen, werden nicht mehr als Selbsterfahrungen gewahrt. Beim Versuch dabei, sich vor diesen spürbaren, als bedrohlich wahrgenommenen Inkongruenzen zu schützen, werden Abwehrprozesse aktiviert.

¹⁰ G. W. Speierer (1994) macht grundlegende Veränderungen im Verständnis des Begriffes der Inkongruenz und unterscheidet verschiedene Formen.

Nach Rogers ist der wesentliche Faktor, der über das Ausmaß der Inkongruenz entscheidet, das Beziehungsverhalten der Eltern (Bezugspersonen). Verwirklichen sie ein hohes Maß an Echtheit, bedingungsfreier Akzeptanz und Einfühlungsvermögen, so fühlt sich das Kind in seinen Bedürfnissen und Gefühlen verstanden und akzeptiert, und die Inkongruenz ist gering. Sind die Eltern wenig akzeptierend, fassadenhaft, angespannt und unempathisch, wird das Kind nur wenig Unterstützung und Anerkennung für *seine* Bedürfnisse erfahren und sich stark an die Erwartungen und Äußerungen der Eltern anpassen (große Inkongruenz). Das Selbstbild von Kindern mit großer Inkongruenz ist starr und fixiert, da jede *neue* Erfahrung, die nicht mit dem eigenen Selbstbild übereinstimmt, als Bedrohung erlebt wird und abgewehrt werden muss. (Hensel, 2008, S. 30)

2.3.2 Abwehr

Stellt sich dem Menschen ein Hindernis in den Weg, das ihm seine Selbstverwirklichung erschwert, so führt das zu Widerständen, Reibungen und Spannungen. Das Streben nach Selbstverwirklichung bleibt, und das Verhalten des Individuums zeigt, daß es sich dieses triebhafte innere Streben dadurch zu befriedigen sucht, daß es sozusagen „außen kämpft“. (Axline, 1947/2002, S. 18)

Als Auswirkungen großer Inkongruenz, welche zu einer Stagnation der gesunden Entwicklung der betroffenen Personen führt, nennt Weinberger (2001/2007, S. 30) Ablehnung und Abwehr, eine negative, misserfolgsorientierte Selbstbewertung, eine misstrauische und feindselige Einstellung gegenüber den anderen und eine unrealistische Wahrnehmung von Problemen aller Art. Rogers nennt in diesem Kontext Abwehrmechanismen (Leugnung, Verzerrung), Abwehrverhalten (Rationalisieren, Intensionalität, Phobien, Zwänge, Projizieren), sowie desorganisiertes Verhalten.

Die Abwehr oder Verzerrung wahrgenommener Erfahrungen die nicht dem Selbstbild entsprechen, ist ein „Notaggregat der Person“ (Panagiotopoulos, 1993, S. 51). Sie ist eine „symbolisierungshemmende Schutzfunktion“ (Panagiotopoulos, 1993, S. 51) des Organismus gegen die Bedrohungen des Selbstkonzeptes (Keil & Stumm, 2002). Die Tatsache, dass diese Auswirkungen vor allem im interpersonalen Kontakt bewusst oder unbewusst wahrnehmbar sind, macht sich die Psychotherapie zu Nutze, indem sie hier mit ihren Interventionen ansetzt.

Ein weiteres Thema, welches besonders im Zusammenhang mit der Therapie oppositioneller, aggressiver Kinder von großer Bedeutung ist, ist der Umgang mit Grenzsetzungen. Wie diese Problematik bisher in der personenzentrierten Literatur bearbeitet wurde werde ich im nun anschließenden Abschnitt darstellen.

2.4 Grenzsetzungen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Die Problematik von Grenzsetzungen in der Personenzentrierten Psychotherapie wurde und wird vor allem im Zusammenhang mit der Therapie von Kindern und Jugendlichen aufgegriffen und diskutiert. Erste Auseinandersetzungen darüber findet man bereits bei Frederic Allen (1942/2001), Virginia Axline (1947/2002), sowie in Alaine Dorfman's Beitrag in Rogers Buch von 1951. In der Literatur herrscht Konsens darüber, dass einerseits Kinder eine klar definierte und gut strukturierte Situation benötigen (Bixler, 1949, S.4), andererseits klare Grenzen für den Therapeuten hilfreich sind, um die therapeutische Grundhaltung zu wahren.

Grenzen haben einen positiven Wert, denn sie verleihen der therapeutischen Situation eine gewisse Struktur und reduzieren dadurch ihre latente Kraft, Angst zu verursachen. Wenn sie fortlaufend durchgesetzt werden und gleichzeitig der Wunsch des Kindes sie zu durchbrechen, akzeptiert wird, tragen sie dazu bei, die Vorhersagbarkeit der Situation und damit die Sicherheit von Klient und Therapeut zu vergrößern. (Dorfman, 1951/2005, S. 241)

Nach Axline (1947/2002) dienen sie dazu, „die Therapiestunden mit der Wirklichkeit zu koppeln und sie [die Kinder] vor möglichen Missverständnissen, Unklarheiten, Schuldgefühlen und Unsicherheiten zu schützen (S. 128).“ Durch Grenzsetzungen könne das Kind lernen, „daß Zuneigung wie Ablehnung Teile einer Beziehung sein können und daß die Beziehung selbst mit ihren Begrenzungen eine befriedigende Beziehung sein kann“ (Rogers, 1942a, S. 101). Mit dem Aufgreifen dieser Thematik setzte auch die Kritik anderer Therapierichtungen ein, welche in den Grenzsetzungen eine Verletzung der therapeutischen Grundhaltung, der bedingungsfreien Akzeptanz, sahen. Diese Kritik fußt nach Reisel und Fehring (2002) darauf, „dass der ‚nondirektive‘ Ansatz noch immer oft dahingehend missverstanden wird, dass der Therapeut jegliches Verhalten des Kindes wertfrei zu akzeptieren habe (S. 340).“ Die Vertreter der Personenzentrierten Psychotherapie, unter anderem Clark Moustakas (1959/1970), reagierten auf diese Kritik, indem sie die Wahrung der kongruenten Haltung durch die Grenzsetzungen hervorstrichen:

When I set a limit in psychotherapy it is an aspect of my being, an expression of who I am at a particular moment in time. It is my limit, a boundary for me. When the child accepts the limit, a bond is formed between us. The limit is . . . held in a relationship, not an isolated expression of the individual personalities of therapist or child. The child confirms me and together we accept a structure through which our relationship can develop. (Moustakas, 1959/1970 zitiert nach Barrett-Lennard, 1998, S. 129).

In der Diskussion um Grenzsetzungen in der Psychotherapie wurde und wird jedoch stets betont, dass „nur wenige, aber wichtige Begrenzungen“ zu setzen wären und diese „sich hauptsächlich auf materielle Dinge beschränken [sollten], wie z.B. die mutwillige Zerstörung von Spielmaterial, das Ruinieren des Spielraums und tätliches Angreifen des Therapeuten, außerdem Begrenzungen, die der gesunde Menschenverstand zum Schutz des Kindes gebietet (Axline, 1947/2002, S. 124).“ Denn, so schreibt Axline (1947/2002) „werden die Begrenzungen auf ein Minimum reduziert und wird nur in Notfällen von ihnen Gebrauch gemacht, vollzieht sich der Ablauf der Therapie reibungsloser“ (S. 128). Während, so Dorfman (1951/2005), „dem verbalen Ausdruck von Gefühlen von seiten des Kindes keinerlei Grenzen“ (S. 238) gesetzt sein sollten, sollte das Verlassen der „Als-ob-Ebene“ in Form von „destruktiven Impulsen gegenüber dem Therapeuten“ (Dorfman, 1951/2005, S. 238) begrenzt werden. So ist es „nicht erlaubt, den Therapeuten physisch anzugreifen“ (Dorfman, 1951/2005, S. 238). „Jeder persönliche Angriff auf den Therapeuten sollte sofort gestoppt werden“ (Axline, 1947/2002, S. 127). Reisel (2002) setzt dem hinzu, dass „notwendige Versagungen . . . immer nur die Befriedigung des Wunsches, der eben nicht zu erfüllen ist, aber niemals den Wunsch selbst und das damit verbundene Gefühl betreffen“ (S. 417) sollten. Wenngleich von vielen Autoren die Notwendigkeit von Grenzsetzungen thematisiert wird, findet man in der Literatur nur wenige Beiträge darüber wie die Umsetzung dieser zu erfolgen hat. Vorschläge für ein dreistufiges Vorgehen liefern zum Beispiel Bixler (1949) oder Landreth (1991/2002). Beide bauen auf Axlines (1947/2002) Forderung auf, nicht ablehnend sondern durch ein Reflektieren der Gefühle zu reagieren, z.B. „Sicher war es sehr wichtig für dich, mit dem Klotz unter allen Umständen zu werfen.“ „Wolltest du mir zeigen, dass du ihn auf jeden Fall werfen würdest?“ (S. 126). Bixler rät ferner zu möglichst eindeutigen und anschaulichen Grenzen, welche erst gesetzt werden sollten, wenn es das Verhalten des Kindes notwendig macht.

For example, there is a clear distinction between hitting the therapist and not hitting him, but the vague transition point between hitting so as to do no harm and hitting to do harm places both therapist and child in tenuous positions. (Bixler, 1949, S. 3)

Ansätze liefert auch Weinberger (2001/2007), welche schreibt, dass die Grenzsetzung sowohl mit der Stimme, als auch mit der Körperhaltung kommuniziert werden sollte, da das Kind diese mit möglichst vielen Sinnen erfahren sollte.

Bixler (1949) weist sogar darauf hin, dass das Grenzsetzungsverhalten ein genauso wichtiger Teil der Therapie zu sein scheint wie die unbedingte Annahme der Gefühle des Kindes durch den Therapeuten (so aggressiv sie auch sein mögen).

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Grenzsetzen“ findet man bei Goetze (2002). In einem umfangreichen Kapitel widmet er sich der Begründung und Umsetzung des Begrenzungsprinzips in der Spieltherapie sowie den für die Praxis ebenso wertvollen Vorgehensweisen bei Grenzverletzungen.

Diese Annahmen und Haltungen des personenzentrierten Ansatzes, die ursprünglich auf die therapeutische Arbeit zugeschnitten wurden, werden heute in den verschiedensten Bereichen wie z.B. der Beratungsarbeit, der Erziehung oder der Organisationsentwicklung angewendet.

2.5 Zusammenfassung

Die bisherigen Ausführungen über den personenzentrierten Ansatz stellen grundlegende von C. R. Rogers postulierte Aspekte dar. In meinen Ausführungen habe ich zum Einen die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für diese Art der Therapie und ihre Wirksamkeitsfaktoren, insbesondere die drei Therapeutenvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz, beleuchtet; Zum Anderen habe ich Rogers wesentliche Begriffe und Vorstellungen seines Persönlichkeits- und Störungskonzeptes herausgearbeitet. Diese Grundzüge des personenzentrierten Ansatzes bilden auch den Ausgangspunkt für die nachfolgend vorzustellende Personenzentrierte Kinderspieltherapie.

Darin werde ich zunächst die historische Entwicklung der Verwendung des Spiels in der allgemeinen Psychotherapie von Kindern (und Jugendlichen) darstellen, welche der kurzen Einführung und Standortbestimmung des Themas dienen soll. Ferner werde ich kurz auf die Bedeutung des Spiels in der Therapie eingehen und einen groben Überblick über all jene Personen und deren Beiträge geben, die die Geschichte der Personenzentrierten Kindertherapie aus Amerika und Europa maßgeblich beeinflusst haben. Im Anschluss daran werde ich die Meilensteine in die Entwicklungsgeschichte der Personenzentrierten Kinder(spiel)therapie ausgehend von Virginia M. Axlines' non-direktiver Spieltherapie über die klientenzentrierte Spieltherapie von Stefan Schmidtchen bis hin zur jüngsten Entwicklung von Michael Behr, der interaktionellen Spieltherapie, im Detail darstellen. Im späteren Verlauf der Arbeit stehen alle expliziten Aspekte hinsichtlich Personenzentrierter Kindertherapie bei oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern im Mittelpunkt.

3 Die Geschichte der Personenzentrierten Kindertherapie

The aim to be achieved is the comfort of the child or the child's happiness or the child's inner growth rather than any social goal. (Rogers, 1939, zitiert nach Reisel, 2002, S. 410)

Die Entwicklung der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen setzte zwar erst nach der Erwachsenenpsychotherapie ein, verlief aber parallel zu den klassischen Therapieschulen. Wie in der Geschichte der Psychotherapie für Erwachsene kam es auch bei der Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Herausbildung schulenspezifischer Konzepte. Seit Hug-Hellmuth (1921) zu Beginn des 20. Jahrhunderts erstmals die Möglichkeiten des Spiels im Rahmen der (psychoanalytischen) Therapie benennt, findet das Spiel als therapeutisches Medium in der Therapie mit Kindern breite Anwendung. Fast 30 Jahre später beschrieb Virginia Axline (1947) – angelehnt an Rogers Überlegungen zur Anwendung des personenzentrierten Ansatzes bei Kindern - die Merkmale und Vorgehensweisen der nicht-direktiven Spieltherapie. Diese, so Axline, fördert durch das Angebot einer speziellen therapeutischen Beziehung die Aktualisierungstendenz des Kindes, wodurch es zu tiefgreifenden Veränderungen im Selbstkonzept kommt. Im Vergleich zu anderen spieltherapeutischen Konzepten steht hier nicht der Abbau bestimmter Symptome im Vordergrund der Behandlung, sondern die ganzheitliche Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes (Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006). Nach der Entwicklung dieser ersten tiefenpsychologischen und personenzentrierten Konzepte gab es kaum mehr Auseinandersetzungen mit Kinder- und Jugendpsychotherapie. Erst ab den späten 1980er Jahren entwickelten auch andere Therapieschulen Konzepte zur Verwendung des Spiels in der Therapie, wie etwa die Gestalt-Spieltherapie (Oaklander, 1981), die entwicklungsorientierte Spieltherapie (Jernberg, 1987), oder die ökosystemische Spieltherapie (O'Connor, 2001). In den letzten Jahren kamen Bestrebungen auf, sich auf die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Schulen zu konzentrieren, und diese unter Konzepten einer "Allgemeinen Psychotherapie" zusammenzuführen. Obwohl sich diese unterschiedlichen Ansätze und Herangehensweisen methodisch, theoretisch und technisch mehr oder weniger stark voneinander unterscheiden (zum Beispiel durch unterschiedliche Vorstellungen über die Art der Verhaltensänderung, die Therapeutenrolle, das Ausmaß der Umfeldarbeit und der Direktivität), erkennen sie doch alle den therapeutischen Nutzen des Spiels an.

Das Spiel als „natürliches Mittel zur Selbstdarstellung“ übernimmt für das Kind die Funktion der Sprache und bietet ihm die „Gelegenheit, seine Gefühle und Konflikte ‚auszuspielen‘ (Axline, 1947/2002, S. 14)“, wodurch auf den kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstand der Kinder Rücksicht genommen wird. Bei Kindern unter elf Jahren erfolgt die Kommunikation und Verarbeitung von Gedanken, Erfahrungen und Gefühlen noch über das Medium des Spiels und erst mit voranschreitender Entwicklung über die Sprache (Hobi, 1998). Kinder, so Schmidtchen (1996/2002) „reflektieren nicht über das Leben, sondern sie inszenieren es“ (S. 135). „Das Besondere am Spiel als Aktualisierung“, so schreibt Beate Ehlers - aus personenzentrierter Sicht - in einer persönlichen Mitteilung an Weinberger (2001/2007) „ist nach meiner Ansicht, dass die Symbole oder Inhalte in ihrer organismischen Bedeutung meist nicht vom rationalen Bewusstsein und dem Selbstkonzept umfassend verstanden bzw. entschlüsselt werden. Sie werden vom Selbst nicht als Teile des Organismus entdeckt, denn das würde die Weiterbeschäftigung mit dem Thema oft unmöglich machen. Das Spiel umfasst einen natürlichen Schutz vor der rationalen Bewusstmachung. Das Kind kann sich im Spiel eine lange Zeit mit der emotionalen Bedeutung seiner organismischen Erfahrungen auseinandersetzen, ohne dass die Gefahr besteht, dass es wegen starker Abwehrtendenzen wie Angst, Scham, Entsetzen usw. das Spiel und damit den Verarbeitungsprozess aufgibt.“ (S. 84). In diesem „Schonraum“ (Hobi, 1998, S. 93), den die Verwendung des Spiels in der Therapie herstellt, kann das Kind gefahrlos seine Wirklichkeit konstruieren sowie neue Verhaltensweisen und den Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen erproben. Durch das Darstellen und Verändern der Wirklichkeit im Spiel erfährt das Kind schließlich neue Wege der Problembewältigung, es kommt zur Kompetenz- und Selbstwertsteigerung (Weinberger, 2001/2007).

Inspiziert durch Freuds Schüler Otto Rank entwickelte Rogers (1939) aus seinen frühen therapeutischen Erfahrungen mit verhaltensauffälligen Kindern erste theoretische Überlegungen zu der Arbeit mit Kindern. Ihm folgten ab den 40er Jahren Virginia Axline, Elaine Dorfman, Clark Moustakas und Charlotte Ellinwood in den USA (Auf die Errungenschaften von Rogers Studentin Virginia Axline, welche durch ihr 1947 erschienenes Buch „Play therapy: The inner dynamics of childhood“ die Geburtsstunde der nicht-direktiven Kinderspieltherapie einleitet, werde ich in einem gesonderten Kapitel näher eingehen). Auf die Veröffentlichung des ersten Buchs über die nicht-direktive Spieltherapie von Virginia Axline folgte Elaine Dorfman's Darstellung des Konzepts der Spieltherapie in Rogers 1951

erschienenem Buch „Client-centered therapy“. Darin entwickelte sie die Theorie der Spieltherapie weiter, beschäftigte sich mit Erweiterungen für die Praxis, und erwähnt erstmals die Notwendigkeit systematischer Untersuchungen der Kinderspieltherapie (Mehr zu den ersten Wirksamkeitsstudien zur Personenzentrierten Kinderspieltherapie findet sich in der Einleitung des siebenten Kapitels dieser Arbeit). Clark Moustakas stützt sich in seinen Arbeiten (1953; 1959) auf die vorangehenden Arbeiten von Taft und Allen und ergänzt Axline's und Dorfman's Veröffentlichungen zur Personenzentrierten Kinderspieltherapie (in erster Linie in Form von Fallberichten). Während Axline in ihrer Veröffentlichung von 1947 zwar den Einfluss der Eltern bei der kindlichen Störungsentstehung anerkennt, es aber nicht für notwendig erachtet, diese in die Therapie miteinzubeziehen, greift Charlotte Ellinwood (1959; 1989) die besondere Bedeutung der begleitenden Elternarbeit auf und betont, dass der Erfolg der therapeutischen Arbeit mit Kindern ohne Einbezug der Eltern gefährdet sei. Diese Publikationen, sowie Axline's zweites Werk „Dibs“ (1964), sind zusammen die wichtigsten Beiträge in der Entwicklung dieser Therapiemethode. Zeitgleich mit der Publikation von „Dibs“ fand durch Bernard Guerney's 1964 erschienenen Artikel über „Filial-Therapie“ der damals neue Ansatz der Einbeziehung von Eltern in den therapeutischen Prozess seine endgültige Verbreitung¹¹. In Amerika verschwand die klassische Methode der nicht-direktiven Kinderspieltherapie durch die neue Idee eines Elterntrainings für empathische Fähigkeiten anhand lerntheoretischer Methoden – mit Ausnahme einzelner Publikationen von Kate Wilson, Paula Kendrick und Virginia Ryan (1992), Janet West (1996), Carol und Byron Norton (1997), Clark Moustakas (1997) und Garry Landreth (1991; 2001) - zunehmend aus dem Licht der öffentlichen Publikationen. Letztgenannter Autor gilt in der anglo-amerikanischen Spieltherapieszene als ein Vertreter der „reinen“ nicht-direktiven Lehre von Axline.

Die Übernahme der Prinzipien von Virginia Axline ins Deutsche durch Reinhard und Anne-Marie Tausch (1956) leitete Weiterentwicklungen der Personenzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen im europäischen Raum ein. In den 80er Jahren entwickelte sich dieses nicht-direktive Ausgangsmodell in zwei Richtungen weiter: Die eng an Rogers angelehnte Personenzentrierte Spieltherapie von Herbert Goetze und Wolfgang Jaede (1974), und die klientenzentrierte Kinderspieltherapie von Stefan Schmidtchen (1974) und Frank Baumgärtel (1976), wobei sich Letztgenannte hauptsächlich den experimentell-empirischen

¹¹ Einige Jahre zuvor publizierte bereits Carl Rogers Tochter Natalie einen Artikel über von ihr zu Hause durchgeführte Spieltherapiestunden mit ihrer eigenen Tochter (Barrett-Lennard, 1998) welcher auch von Moustakas (1959/1970) aufgegriffen wurden.

Grundlagen mit dem Ziel des Nachweises der Wirksamkeit der Therapie widmeten und demnach auch eine eher behaviorale Orientierung zeigten. In den letzten fünfzehn Jahren fanden umfassende Entwicklungen (vor allem im deutschsprachigen Europa) der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie statt. Einen herausragenden Beitrag leisteten auch Claudia Böck-Singelmann, Beate Ehlers, Stephan Jürgens-Jahnert, Thomas Hensel, Franz Kemper und Christiane Monden-Engelhardt mit der Herausgabe dreier Sammelbände (1996/2002, 1996/2002, 2003) über sämtliche Weiterentwicklungen der letzten Jahrzehnte.

Der Vollständigkeit wegen möchte ich im Folgenden einen kurzen Überblick über die neuen Ansätze in der Personenzentrierten Kindertherapie geben, welche sich im Wesentlichen auf die *Beziehungsebene*, die *Ebene der Methoden und Techniken* sowie die *Ebene der Theorie* beschränken.

Auf letztgenannter Ebene betreffen die Neuerungen seit den 90er Jahren die Einbeziehung der Ergebnisse der Bindungs- und Säuglingsforschung sowie der Allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1994, 1998) in die Theorie der Personenzentrierten Psychotherapie. Diesen Entwicklungen widmen sich Autoren wie Fröhlich-Gildhoff, Hufnagel und Jürgens-Jahnert, 2004; Hufnagel und Fröhlich-Gildhoff, 2002; Schmidtchen, 2001a; Weinberger, 2001/2007; Behr 2003. Dem Einbezug theoretischer Überlegungen zur Entwicklungspsychologie und Störungslehre im Rahmen der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie wird vor allem durch Biermann-Ratjen's Beiträge (2006a, 2006b) mehr Bedeutung geschenkt. Mit der Berücksichtigung des Lebensumfeldes in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen (Fröhlich-Gildhoff, 2003; Jaede, 2002; Schmidtchen, 2001a; Weinberger, 2001/2007) gewinnt auch das Konzept der „Filiatherapie“ (Guerney, 1964) als Elterntrainingsprogramm vor allem durch Publikationen von Landreth (2001), größere Bedeutung in Europa.

Auf der Ebene der Methoden und Techniken entwickelt sich die klassische Personenzentrierte Psychotherapie insofern weiter, als dass die nichtdirektive Arbeitsweise durch „prozessleitende Hilfen“ (Schmidtchen, 2001a) ergänzt wurde. Das moderne breite Methodeninventar (die Arbeit mit Geschichten, Entspannungsverfahren etc.), sowie die unter dem Schlagwort „störungsspezifische Vorgehensweisen“ (Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper & Monden-Engelhardt, 1996/2002; Boeck-Singelmann, Hensel, Jürgens-Jahnert & Monden-Engelhardt 2003; Fröhlich-Gildhoff, 2004; Goetze 2002, Weinberger 2001/2007)

bekannt gewordenen Techniken sind charakteristisch für die methodischen und technischen Weiterentwicklungen.

Auf der Beziehungsebene passiert eine Entwicklung von einer das Kind nur spielend begleitenden und verbalisierenden Therapeutenperson, wie sie im klassischen Kindertherapiekonzept nach Axline und in dem stark daran orientierten Konzept des Ehepaars Tausch vertreten wird, hin zu einer sich selbst in die Therapie miteinbringenden und sich als „reales Gegenüber“ verstehenden Person (vgl. Behr's Konzept der „Interaktionsresonanz“, 2002).

Durch die zahlreichen Fortschritte rückt auch die Thematisierung der Grenzen dieser Therapieform (Hutterer, 2005) immer mehr in den Vordergrund. Die bisherigen Entwicklungen münden scheinbar in dem – in den letzten Jahren immer lauter gewordenen - Ruf nach einer „allgemeinen Psychotherapie“.

3.1 Carl Rogers und die Wurzeln der Personenzentrierten Kindertherapie

Die Verwirklichung der personenzentrierten Grundhaltungen in der Arbeit mit Kindern blickt schon auf eine lange Tradition zurück, deren Wurzeln bereits bei Carl Rogers ersten therapeutischen Erfahrungen in den 30er Jahren mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen zu finden sind. Diese ersten Erfahrungen in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern verarbeitet er in seinem 1939 erschienenen Buch „The clinical treatment of the problem child“, wobei er - seiner Zeit voraus - bei der Entstehung von Störungen im Kindesalter von einem bio-psycho-sozialen Ansatz ausgeht. So beschreibt er nach Reisel (2001) bereits 1939 kindliches Verhalten als von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, wie Anlage (genetische Ausstattung), Organik (somatische Ausstattung), Familie (emotionale Unterstützung und Beziehungsqualität), Kultur und Sozietät und den Bedürfnissen des Organismus nach „affective response“ und „need to achieve satisfaction by accomplishing and self-esteem“ sowie deren Wechselwirkungen. In Rogers frühen Werken spiegelt sich der Einfluss von Otto Rank wider, der bereits in seinen, zwischen 1926 und 1931

erschienenen, drei Bänden über „die Technik der Psychoanalyse“¹² auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung zur Einleitung von Veränderungsprozessen hingewiesen hat (Reisel, 2001). So betont zum Beispiel Rogers 1939 mehrfach, dass es in erster Linie diese therapeutische Beziehung und die Wahrnehmung der Gefühle sind, die Persönlichkeitsentwicklungen erst möglich machen. Otto Rank selbst hat seine Ideen zwar nicht in Bezug auf die Kindertherapie entwickelt, sehrwohl jedoch Jessie Taft (1933), sowie Frederic Allen (1934, 1942/2001). Taft – Rank’s Übersetzerin ins Englische – auf die vermutlich nach Barrett-Lennard (1998) auch die Verwendung des Begriffs „relationship therapy“ zurückgeht, veröffentlicht bereits in ihrer Publikation von 1933 Ideen über Vorgehens- und Sichtweisen, die sich später in Rogers’ Arbeiten wiederfinden werden. Auch die von Allen formulierten Aspekte der therapeutischen Arbeit mit Kindern wie „Selbstwert“ und „Hier-und-Jetzt-Erfahrung“, welche er als wesentliche Mittel zur Veränderung beschrieb, waren später für Rogers Überlegungen von großem Wert. Rogers hingegen verschob seinen Arbeitsschwerpunkt nach seinem ersten Buch von 1939 mehr und mehr in Richtung Erwachsenenpsychotherapie und leitete im Jahr 1942 die Geburtsstunde der nicht-direktiven Psychotherapie ein. Die von ihm – inspiriert durch Taft und Allen – entworfenen Grundzüge über die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern in seinem Buch von 1939 wurden, wie bereits erwähnt, ab den 40er Jahren vor allem von Virginia Axline, Elaine Dorfman, Charlotte Ellinwood und Clark Moustakas weiterentwickelt.

Das nun folgende Kapitel widmet sich den Errungenschaften von Virginia Axline (1947 „Play therapy“, 1964 „Dibs“), die von allen Autoren personenzentrierter kindertherapeutischer Vorgehensweisen die größte Bekanntheit erlangte und als Begründerin der Personenzentrierten Kinderspieltherapie gehandelt wird.

¹² I. Die analytische Situation illustriert an der Traumdeutungstechnik (1926); II. Die analytische Reaktion in ihren konstruktiven Elementen (1929); III. Die Analyse des Analytikers und seiner Rolle in der Gesamtsituation (1931); Band II und III wurden 1936 von J. Taft vom Deutschen ins Englische übersetzt als „Will Therapy“

3.2 Virginia Axline und die nicht-direktive Kinderspieltherapie

Virginia Axline übertrug 1947 - noch vor Erscheinen von Rogers Hauptwerken - das von ihm entwickelte Störungs- und Therapiekonzept auf die Spielzimmersituation. Obwohl Axline außer Rogers keine Persönlichkeiten in ihrem Werk nennt die sie zu dieser Arbeit inspirierten, ist anzunehmen, dass auch Jessica Taft's Sichtweisen und Erfahrungen ihre Herangehensweise – wenn auch nur indirekt durch Rogers – beeinflussten. Wie bereits Taft und Allen vor ihr sieht Axline das Spiel als natürliches Medium der Kommunikation des Kindes, das ihm dabei hilft, seine Wünsche, Gefühle und bisherige Erfahrungen, sein Selbst auszudrücken. Ziel von Spieltherapie nach Axline ist es, ein Verständnis des kindlichen Verhaltens zu erlangen, statt unerwünschte Verhaltensweisen zu verändern.

Axline formulierte acht sich gegenseitig überlappende, Prinzipien, die bis heute das Grundgerüst jeder personenzentrierten Arbeit mit Kindern bilden, und das nicht-direktive Vorgehen Rogers eins zu eins weiterführen.

Diese acht Grundprinzipien der Kinderspieltherapie, welche „den Therapeuten bei allen therapeutischen Kontakten im nicht-direktiven Verfahren leiten“ (Axline, 1947/2002, S. 73) und sich im Wesentlichen an Rogers Grundannahmen orientieren, werde ich nun im Anschluss näher darstellen.

3.2.1 Die acht Prinzipien

1. „Der Therapeut muß eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt. [**Prinzip der Gestaltung der Beziehung**]
2. Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist. [**Prinzip der vollständigen Annahme**]
3. Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf einer Atmosphäre des Gewährenlassens, so daß das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann. [**Prinzip der Herstellung eines Klimas des Gewährenlassens**]
4. Der Therapeut ist wachsam, um die *Gefühle*, die das Kind ausdrücken möchte, zu erkennen und reflektiert sie auf eine Weise auf das Kind zurück, daß es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt. [**Prinzip des Erkennens und Reflektierens von Gefühlen**]

5. Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein Verhalten zu treffen. Der Entschluß zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheiten des Kindes. [**Prinzip der Achtung vor dem Kind**]
6. Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm. [**Prinzip der Wegweisung durch das Kind**]
7. Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß, und der Therapeut weiß das. [**Prinzip der Nicht-Beschleunigung**]
8. Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klarzumachen. [**Prinzip des Begrenzens**]“ (Axline, 1947/2002, S. 73)

Axline erhebt damit „die nicht-manipulierte Entwicklung und den bedingungsfreien Respekt vor den positiven Wachstumskräften des Kindes zum Paradigma der therapeutischen Beziehung“ (Behr, 2007, S. 155) und realisiert durch die in den Prinzipien beschriebene Therapeutenhaltung Rogers' Charakteristika der Grundhaltung, nämlich die „Akzeptanz“ und die „Empathie“ in der Therapie mit Kindern. Gleichzeitig betont sie, dass die Anwendung dieser „kein Zauberkraut“ (1947/2002, S. 73) für alles sei und weist somit auch auf die Grenzen der Anwendung der Methode hin.

Ein besonderes Charakteristikum der nicht-direktiven Therapie von Axline ist die sehr zurückhaltende, gewährende Therapeutenperson, die auf dem Stuhl sitzend das Spiel des Kindes meist verbal begleitet und alles, was das Kind tut und sagt mitprotokolliert. Mitspielen bzw. ein höheres Maß an Selbsteinbringung führt sie nur auf die ausdrückliche Anforderung des Kindes aus (Behr, 1996/2002, 2007). Dadurch, dass die wechselseitige Interaktion im nicht-direktiven Ansatz im Hintergrund steht, beschränkt sich die Therapeutenperson – quasi wie ein „Alter-Ego“ - darauf, ihr empathisches Verstehen zum Ausdruck zu bringen und ein wachstumsförderndes Klima zu schaffen. Zur Verdeutlichung folgendes Beispiel aus Behr (2007):

Vera hat eine große Puppenstube eingerichtet. Vaterpuppe und Mädchenpuppe sind im Bad. Vera steckt den Vater mit dem Kopf ins Klo und kreischt vor Vergnügen. Therapeutenperson: „Jetzt ist der Kopf im Klo. Das Kind hat riesig Spaß.“ (Behr, 2007, S. 115)

Rogers Erweiterung der Grundhaltung durch ein drittes Charakteristikum, die „Kongruenz“, (nach Veröffentlichung der acht Grundprinzipien von Axline) führte Schritt für Schritt auch in der Kindertherapie zu einer Änderung des Selbstverständnisses der Therapeutenperson von einem bloßen „Alter-Ego“ zu einem sich mehr und mehr einbringenden „realen Gegenüber“.

3.3 Die Klientenzentrierte Kinderspieltherapie

In diesem Entwicklungsstadium war die klientenzentrierte Kinderspieltherapie noch sehr in der Tradition von Axline verhaftet, d.h. sie verstand sich eher als Gesprächstherapie welche Spielmittel einsetzte, als eine Spieltherapie. Allerdings wurden verstärkt Versuche unternommen die Spieltherapie wissenschaftlich fassbar zu machen und ihre Kernvariablen zur Geltung zu bringen. Dies passierte in erster Linie, indem konzeptfremdes Wissen, sowohl aus der allgemeinen wie auch aus der klinischen Psychologie, in das ursprüngliche Konzept integriert wurde. Die dadurch hervorgerufene Entwicklung von Einschätzskalen (der Kernvariablen) führte zu einer deutlichen Formalisierung des Therapeutenverhaltens. Mit dieser Entwicklungsphase ist vor allem der Name Stefan Schmidtchen verbunden. Er hat 1974, zwar unter Beibehaltung der Grundprinzipien von Axline, jedoch deutlich abweichend vom Ausgangskonzept, Techniken der Kognitionspsychologie in das therapeutische Methodeninventar eingeführt. Mit Hilfe von Strategien zur Verhaltensmodifikation (Lernen am Modell, Konditionierung, Verstärkerpläne) sollten - vor dem Hintergrund seines Drei-Ebenen-Ansatzes - bestimmte fehlende oder falsche Verhaltensweisen vom Kind erlernt oder „gelöscht“ werden.

Über dieses sehr komplexe Konzept der „Klientenzentrierten Spieltherapie“ führte der Weg schließlich zur neuesten Entwicklung innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, der Personenzentrierten Kinderspieltherapie.

Während Axline's Grundprinzipien weiter ihre Geltung beanspruchen, erweist sich ihr Beziehungsverständnis, das Selbstenfaltung durch unbedingte Akzeptanz ermöglicht sieht, vor dem Hintergrund der neuen Erkenntnisse der Selbsttheorie von Daniel Stern (1985/2007) und der Bindungstheorie von John Bowlby (1969, 1973, 1980, 1988) als ergänzungsbedürftig. Die neue Auffassung der Entstehung des Selbst nicht durch zwischenmenschliche Erfahrung sondern durch die Ansammlung bisheriger Interaktionserfahrungen leitet den nächsten Entwicklungsschritt ein, welchen ich nun im Anschluss beschreibe.

3.4 Die Personenzentrierte Kinderspieltherapie

Die aufkommende Forderung nach einer kongruenten, authentischen Therapeutenperson führte unter anderem dazu, dass Therapeuteninterventionen heute auch auf der Spielebene erfolgen, d.h. der Therapeut antwortet, gibt Resonanz durch die Art und Weise wie mitgespielt wird. Für dieses „Resonanz geben“, welches charakteristisch für das personenzentrierte-interaktionelle Vorgehen des Therapeuten ist, prägte Behr (1996/2002, 2003) den Begriff der *Interaktionsresonanz*.

Die Therapeutenperson interagiert mit dem Kind in den von ihm gewählten Medien. Sie gibt Resonanz in der Interaktion, Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene empathisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht „wörtlich“, das kindliche Handeln – die Therapeutenperson tut mehr als all dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes. (Behr, 1996/2002, S. 108)

In den spielerischen Interaktionen mit dem Kind kann die Therapeutenperson so der Forderung nach unbedingter Kongruenz nachkommen, indem sie all ihre aufkommenden Gefühle ausspielt, ihre eigenen Interessen im Spiel vertritt und sich auf Konkurrenz und Streit einlässt. Die Therapeutenperson wird somit zu einem voll präsenten Gegenüber mit Kontur und Persönlichkeit.

Maria will die Spielzeugautos zwischen ihr und der Therapeutenperson hin und her sausen lassen. Immer aggressiver beschleunigt sie die Autos gegen die Therapeutenperson und diese läßt sie entsprechend zurückfahren. Es kommt zu Zusammenstößen der Autos, dann dazu, daß zwei Autos zusammenstoßen, die jeweils Maria und die Therapeutenperson in den Händen halten. Es entwickelt sich ein Den-anderen-wegschieben-wollen, ähnlich wie zwei Armdrücker. Die Therapeutenperson dosiert ihren Druck immer ähnlich wie Maria, mal etwas mehr, mal etwas weniger, ein lebendiger Kampf mit vor und zurück. (Behr, 1996/2002, S. 117)

Dieses Konzept der *Interaktionsresonanz* beinhaltet nach Behr folgende Prinzipien:

- „*Gemeinsamkeit* [Hervorhebung v. Verf.]: Der Therapeut spielt gemeinsam mit dem Kind, wenn er sich dazu eingeladen fühlt. Dies erkennt er intuitiv an Körpersprache und Handlungen des Kindes, wenn er in seinem Blickfeld unspezifisch mit gleichem oder ähnlichem Material hantiert, das das Kind gewählt hat. Dieses Angebot macht er im Regelfall und unaufgefordert.

- *Resonanz* [Hervorhebung v. Verf.]: Der Therapeut gibt auf der Handlungsebene Antworten auf Handlungen des Kindes. Dabei ähneln seine Spielaktionen denen des Kindes. Sie „spiegeln“ sie nicht, sondern modifizieren sie . . . und doch tragen sie nichts zur Spielhandlung bei, was Richtung oder Inhalte des kindlichen Spiels ändern würde. Die Spielhandlungen sind eine interaktionelle Resonanz: . . . er [der Therapeut] handelt leicht anders, aber nicht verändernd.
- *Authentizität und Nicht-Direktivität* [Hervorhebung v. Verf.]: Der Therapeut versucht dabei, möglichst wenig vor das Kind und nicht zu weit hinter das Kind zu geraten.“ (Behr, 2007, S. 156f)

Das Konzept der Interaktionsresonanz bedeutet jedoch laut Behr (2007, S. 158) nicht, dass das von Axline beschriebene Vorgehen des Therapeuten als Alter-Ego obsolet geworden wäre. Die therapeutische Arbeit mit einem Kind erfordert gemäß der optimalen Passung ein differentielles, von der Störung und den Bedürfnissen des Kindes abhängiges Therapeutenverhalten. Denn, so schreibt Pelinka (2000) angelehnt an Behr (1996/2002), scheint insbesondere für schwer und/oder früh gestörte Kinder, welche vor allem in der Anfangsphase einer Therapie mit einer sich voll einbringenden Therapeutenperson überfordert sind, eine „nachgebende, gewährende, konsequente, nicht-direktive Therapeutenperson ganz im Sinne der von Axline beschriebenen therapeutischen Grundprinzipien“ (Pelinka, 2000, S. 48) erforderlich. Behr (2007) schreibt dazu folgendes:

Das interaktive Beziehungsangebot des Therapeuten ergänzt die Alter-Ego-Beziehung Insbesondere haben Kinder, deren Selbstwertgefühl noch sehr schwach und brüchig ist, Probleme mit einem voll präsenten Therapeuten, der im Sinne von Interaktionsresonanz auch kompetitiv und fordernd ist. Auch reagieren junge Klienten, die sich in ihrer sozialen Umwelt oft sehr schnell und übergangslos bedroht fühlen und damit zusammenhängend sehr schnell aggressives Verhalten zeigen, eher eskalierend auf eine solche Therapeutenperson. Diese Kinder müssen vielleicht erst einmal im Regelspiel gewinnen oder im Rollenspiel lange eine übermächtige Figur spielen oder den Therapeuten herumkommandieren. Ihre Selbstwahrnehmung muss erst langsam klarer werden, ihr Selbstwertgefühl steigen, ihr Vertrauen in die Stabilität von Beziehungen wachsen. Dann erst können sie therapeutisch von einem authentischen Erwachsenen profitieren, der sich auch mal mit ihnen streitet oder ernsthaft gewinnen will und das auch tut – und der dabei ähnlich dreist mogelt wie das Kind. (Behr, 2007, S. 158f)

Bei dem Versuch diese während einer Spieltherapie ablaufenden Prozesse zu interpretieren entstand das „Prozessmodell der Personenzentrierten Spieltherapie“ in dem sich auch die

Geschichte der Spieltherapieentwicklung widerspiegelt. Nach diesem Modell durchläuft jede Spieltherapie das „non-personale“, das „non-direktive“, das „klientenzentrierte“ und letzten Endes das „personenzentrierte“ Stadium. (Goetze (2002) führt die Charakteristiken dieser Stadien im Detail aus.)

Ganz im Sinne dieses Modells bietet die Therapeutenperson nach Behr (2007) in der Spieltherapie somit zunächst eine klassische empathische Alter-Ego-Beziehung an und bringt sich nach und nach immer mehr ein. Um das interaktionelle Vorgehen im personenzentrierten Stadium der Therapie für den Leser verständlicher zu machen, hier ein Beispiel:

Sven bringt oft eigene Gegenstände zur Therapie mit und erläutert ausführlich deren Funktion und Qualität. Der Therapeut unterstreicht empathisch die Bedeutung des Gegenstandes für Sven: wie wichtig es für ihn ist, ihn zu besitzen, ihn ihm zu zeigen und zu erklären. Irgendwann antwortet der Therapeut, indem er einen analogen Gegenstand herzeigt – in diesem Fall einer Multifunktionsarmbanduhr – und die Qualitäten seiner Uhr erläutert, die jene von Svens Uhr übertreffen. Sven ist herausgefordert und prahlt mit einer neuen Idee, der Therapeut gleichfalls, beide denken sich immer neue Qualitäten ihrer Uhr aus, immer absurdere und lustigere Funktionen . . . ein lustvoller Wettbewerb um kreative Ideen. (Behr, 2007, S. 159)

Für den Fall, dass das Kind auf den sich zunehmend einbringenden Therapeuten mit dem Wechsel des Spielthemas oder einer Verletzung reagiert, orientiert die Therapeutenperson nach Behr (2007) ihr weiteres Vorgehen an den klassischen, von Axline beschriebenen Vorgehensweisen. Wird jedoch das Spiel des Kindes, wie in dem oben geschilderten Beispiel, lebendiger, so ist dies ein Zeichen dafür, dass die Erfahrungen des Kindes mit seinem Selbstbild besser übereinstimmen, d.h. das Kind kongruenter geworden ist.

3.4 Zusammenfassung

Wie in diesem Kapitel dargestellt hat auch die Anwendung des personenzentrierten Ansatzes auf Kinder und Jugendliche, ebenso wie die Erwachsenentherapie, mit einiger zeitlicher Verzögerung unterschiedliche Entwicklungsphasen durchlaufen. Der erste Entwicklungsschritt von der non-direktiven zur Klientenzentrierten Spieltherapie passierte durch die Einbindung kognitionspsychologischer Erkenntnisse in die Personenzentrierte Therapientheorie, mit dem Ziel Effekte in der Spieltherapie wissenschaftlich fassbar zu machen. Die Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Säuglings- und Bindungsforschung sowie die Erkenntnis, dass das Erleben neuer Interaktions- und Beziehungserfahrungen in der Therapie ein bedeutsamer therapeutischer Faktor für den Erfolg ist, leiteten die Entwicklung zur Personenzentrierten Kinderspieltherapie ein. So hat sich im Laufe der Jahrzehnte das Selbstverständnis der Therapeutenperson von einem Alter-Ego hin zu einem interagierenden Spielpartner verändert, der mitspielt und auch manchmal gestaltend in das Spiel eingreift. Dieses interaktive Vorgehen verfolgt stets das Ziel, Prozesse, die heilsam für das Kind sind, zu fördern und die Betroffenen dabei zu unterstützen, störungsrelevante Verhaltensmuster zu verändern. Unabhängig von diesen Entwicklungen wird die Personenzentrierte Kinderspieltherapie seit jeher als „ein Verfahren verstanden, das auf dem Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers Kindern unter hilfreichen Bedingungen eines definierten Beziehungs- und Spielangebotes zu vermehrter Selbstanpassung verhelfen soll“ (Goetze, 2002, S. 85).

Im nun folgenden Teil der Arbeit beschäftige ich mich explizit mit oppositionellem, aggressiv-dissozialem Verhalten von Kindern und personenzentrierten Interventionsansätzen. Damit diese bei dieser Klientel erfolgreich sein können, braucht es ein grundlegendes Verständnis für die Charakteristika aggressiver Verhaltensweisen, deren Verlauf in der Entwicklungsgeschichte, und für gängige Erklärungsansätze, welchen sich das nun folgende Kapitel widmet.

4 Oppositionelles, aggressiv-dissoziales Verhalten bei Kindern

Bevor ich auf die Ursachen aggressiver Verhaltensweisen bei Kindern eingehe, bedarf es eines Umschreibungsversuchs all jener Begriffe, die damit in engem Zusammenhang stehen und deshalb für das Verständnis dieser Arbeit grundlegend sind. Die Erklärungen der Begriffe „Aggression“, „Gewalt“, „Delinquenz“ sowie „oppositionellen und dissozialen Verhaltens“ dienen lediglich als Orientierungs- und Verständigungshilfe und haben nicht den Charakter einer endgültigen Definition.

4.1 Beschreibung der Störung

4.1.1 Symptomatik

Das Phänomen der Aggression ist so komplex, dass bis heute keine einheitliche Definition existiert. Aus der Vielzahl unterschiedlicher Definitionsvorschläge (Kleiber & Meixner, 2000) die sich je nach theoretischem Hintergrund und Sichtweise der Autoren unterscheiden, habe ich beschlossen für meine Arbeit jene von Fröhlich-Gildhoff heranzuziehen, welcher Aggression folgendermaßen definiert:

„Unter Aggression wird eine zielgerichtete und beabsichtigte körperliche oder verbale Tätigkeit verstanden, die zu einer psychischen oder physischen Verletzung führt“ (Fröhlich-Gildhoff, ©ZfKJ Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Vortrag 24.8.2011).

Die Entscheidung für diese breite Definition begründet sich in ihrer Nützlichkeit, die unter anderem darin besteht, dass Fröhlich-Gildhoff bereits eine inhaltliche Differenzierung innerhalb des Begriffes der Aggression anspricht. Die Unterscheidung der Aggressionsäußerungen auf der Verhaltensebene in *körperlich* (direkt) und *verbal* (indirekt)¹³ stützt sich beispielsweise auf Befunde zu geschlechtsspezifischen Unterschieden, nach denen Buben eher direkte Formen der Aggression, z.B. zuschlagen, bevorzugen, während Mädchen eher „relationale Aggressionen“ (Crick & Grotpeter, 1995), z.B. jemanden ausschließen, den Ruf schädigen etc. (Crick & Grotpeter, 1995; Lahey et al., 2000; Silverthorn und Frick,

¹³ weitere Bezeichnungen für diese Aggressionsform sind die relationale, die Beziehungs-, oder die soziale Aggression

1999;) zu wählen scheinen¹⁴. Die Art und Weise in der aggressive Verhaltensweisen gezeigt werden ist jedoch nicht nur geschlechts-, sondern auch altersabhängig. Zahlreiche Untersuchungen (Hinshaw, Lahey & Har, 1993; Petermann & Petermann, 2000; Rutter, 1997; Scheithauer & Petermann, 2002) belegen, dass sich aggressives Verhalten im frühen Kindesalter zunächst vorrangig impulsiv und unkontrolliert z.B. im Kampf äußert; mit differenzierteren verbalen und sozial-kognitiven Fertigkeiten nehmen versteckte und instrumentelle Aggression und sozial-manipulative Verhaltensweisen zu. Vitello und Stoff (1997) sprechen diesbezüglich von offener und verdeckter Ausdrucksform aggressiven Verhaltens. Weitere Differenzierungen die in diese Definition nicht eingehen, hier jedoch Erwähnung finden sollten, betreffen beispielsweise die *feindselige* und die *instrumentelle* Ausdrucksform aggressiven Verhaltens. Während Erstere sich durch geplantes sowie emotionsloses Verhalten auszeichnet, mit dem Ziel einer Person direkt Schaden zuzufügen und daher auch als kalte und berechnende Form aggressiven Verhaltens bezeichnet wird, verspricht sich der Aggressor bei Zweiter einen sichtbaren Gewinn. Als weitere Ausdrucksformen aggressiven Verhaltens nennen Vitiello und Stoff (1997) die *reaktive*, angstmotivierte Aggression („Opfer-Aggression“), als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung und die *aktive* Aggression („Täter-Aggression“), welche zielgerichtet ausgeführt oder impulsiv ist. Als *affektive* Aggression bezeichnen die Autoren unkontrollierte, ungeplante aggressive Handlungen, bei denen das Ziel, Ärger abzureagieren, vordergründig ist und die meist Ausdruck einer Emotionsregulationsstörung sind. Im Gegensatz dazu läuft die „räuberische“ Form der Aggression kontrolliert, zielorientiert und geplant ab.

Generell lässt sich feststellen, dass „offene, feindselige, reaktive und affektive Formen aggressiven Verhaltens eher mit körperlichen, emotionalen und impulsiven Angriffen einhergehen, während instrumentelle, verdeckte und „räuberische“ Formen eher dissoziale oder delinquente Verhaltensweisen einschließen“ (Petermann & Petermann, 2000, S.12).

Ein Begriff der oft im selben Atemzug mit „Aggression“ fällt ist „Gewalt“, welcher in der Regel für massive Formen aggressiven Verhaltens verwendet wird (Fröhlich-Gildhoff, 2007).

Bei oppositionellem Trotzverhalten handelt es sich um wiederkehrende trotzig, ungehorsame und feindselige, nicht jedoch körperlich-aggressive oder delinquente Verhaltensweisen, die meist gegenüber Erwachsenen gezeigt werden. Als generelle Verweigerungshaltung wird dieses Verhalten auch als aufsässig und provokant empfunden (siehe Kapitel 4.1.2).

¹⁴ Einen Überblick über Studien zu den Ursachen geschlechtsspezifischer Aggressionsausübung findet man bei Petermann und Petermann, 2000)

Als spezifische Form aggressiven Verhaltens gilt die „systematische Erniedrigung, Drangsalierung und/oder Quälerei bestimmter Kinder durch Gleichaltrige bei einem bestehendem Machtungleichgewicht zwischen Opfer und Täter“ (Marées, von & Petermann, 2009, S. 152) welche als „Bullying“ oder „Mobbing“ bezeichnet wird. Eingehende Beschäftigung mit dieser Form der Aggression, bei der ein Nutzen für den Täter kaum erkennbar ist, sondern die lediglich darauf ausgerichtet zu sein scheint, dem Opfer Schaden zuzufügen, findet man unter anderem bei Schlack, Hölling und Petermann, 2009 sowie bei von Marées und Petermann, 2009.

Der Begriff „antisoziales/dissoziales Verhalten“ umfasst „solche Handlungen, die offen und klar gegen gesellschaftliche und soziale Regeln gerichtet sind und die Rechte anderer Menschen verletzen.“ (Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 137). Zur Beschreibung dieser Verhaltensweisen wird auch oft der Begriff „aggressiv-antisoziales Verhalten“ verwendet.

„Der Begriff einer ‚Delinquenz‘ wird zur Beschreibung des Verhaltens von Kindern verwandt, die einen Gesetzesverstoß begangen haben, der schwer genug ist, den Jugendstrafvollzug einzuschalten.“ (Essau & Conrath, 2004, S. 16f). Verhaltensweisen die diese Konsequenz nach sich ziehen wären Delikte, bei denen gezielt gegen Regeln und Normen verstoßen wird, wie beispielsweise Einbruch, Betrug, Erpressung, Mord.

Daneben gibt es wichtige Sonderformen von Gewalt (sexuelle Gewalt, rassistische Gewalt, politisch motivierte Gewalt, Gewalt in den Medien etc.), die im Rahmen der Aggressionsforschung zu Recht einen hohen Stellenwert haben. Das Thematisieren dieser hätte jedoch nicht nur den Umfang meiner Arbeit gesprengt, sondern scheint auch im Zusammenhang mit der Thematik meiner Arbeit nicht notwendig. Ich habe mich für die Verwendung des Begriffes „aggressives Verhalten“ als Sammelbegriff für oppositionelles, aggressives, gewalttätiges, dissoziales oder delinquentes Verhalten entschieden, da auch bei den im Methodenteil einbezogenen Interventionen sowie bei den Studien zu deren Wirksamkeit keine Unterscheidung diesbezüglich getroffen wird.

4.1.2 Klassifikation

Trotz der kontroversen Haltung Personenzentrierter Psychotherapeuten gegenüber der Notwendigkeit einer Klassifikation psychischer Störungen möchte ich dem Leser durch diese Art der Darstellung die Vielfalt aggressiver Verhaltensweisen und deren - in der klinischen Praxis notwendigen - Zuordnung zu Diagnosen darlegen.

Im nachfolgenden Abschnitt werde ich daher die Störungsbilder beider gängigen Klassifikationssysteme, die der 2003 erschienenen Textrevision des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, APA) und die der 2006 publizierte Version des ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der World Health Organisation, WHO) vorstellen, welche eine kategoriale, jedoch etwas unterschiedliche Klassifikation psychischer Störungen vorschlagen. Im ICD-10 wird aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten unter den „Störungen des Sozialverhaltens F91“ subsumiert; das DSM-IV unterteilt sie in „312.xx Störung des Sozialverhaltens“ und „313.81 Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. Dabei werden die Störungen anhand einer festgelegten Zahl von Symptomen, die über einen bestimmten Zeitraum mit einer bestimmten Ausprägung auftreten, beschrieben. „Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens“ werden nach DSM-IV-TR in drei diagnostische Kategorien eingeteilt: Störungen des Sozialverhaltens (conduct disorder), Störungen mit Oppositionellem Trotzverhalten (oppositional defiant disorder) und Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) (attention - deficit/hyperactivity disorder, ADHD). Da es im Zuge eines ADHS zwar zu störenden, impulsiven und unter Umständen schädigenden Verhaltensweisen kommen kann, die jedoch nicht beabsichtigt sind, möchte ich diese im Rahmen meiner Arbeit unberücksichtigt lassen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über jene Störungsbilder des DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) und des ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2006), mit welchen die zielgerichteten und beabsichtigten körperlichen oder verbalen aggressiven und antisozialen Verhaltensweisen in der klinischen Praxis umschrieben werden.

Tabelle 1

Störungsbilder oppositioneller, aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen nach DSM-IV und ICD-10

DSM IV:	ICD-10
Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens	Störungen des Sozialverhaltens F 91
312.xx Störung des Sozialverhaltens / Conduct Disorder (entspricht F 91.8)	F 91.0 auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
____.81 Typus mit Beginn in der Kindheit	F 91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
____.82 Typus mit Beginn in der Adoleszenz	F 91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
____.89 Typus mit Unspezifischem Beginn	F 91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten
313.81 Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten / Oppositional Defiant Disorder (entspricht F 91.3)	F 91.8 sonstige Störungen des Sozialverhaltens
	F 91.9 nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens

Anmerkung. DSM-IV: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Strörungen IV.
ICD-10: Internationalen Klassifikation psychischer Störungen 10

Im DSM-IV-TR werden für das Kindes- und Jugendalter zwei aggressive Störungen unterschieden: die Störung des Sozialverhaltens (SSV) und die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (SOT), welche ab ca. drei Jahren diagnostiziert werden kann. Zusätzlich erfolgt bei der Störung des Sozialverhaltens eine Unterscheidung hinsichtlich des Alters bei Störungsbeginn und der Intensität (gering, moderat, hoch). Im Kapitel V(F) des ICD-10 werden dagegen beide Diagnosen unter der Oberkategorie „Störungen des Sozialverhaltens“ zusammengefasst und sechs Subtypen unterschieden.

In Tabelle 2 möchte ich nun die Symptomlisten des DSM-IV-TR und des ICD-10 für die genannten Störungsformen gegenüberstellen, um dem Leser die unterschiedlichen Ausdrucksformen und Intensitäten aggressiven Verhaltens zu verdeutlichen. Aufgrund des begrenzten Rahmens werde ich hier nur die charakteristischen Verhaltensweisen aufführen. Eine vollständige Darstellung der Diagnosekriterien dieser Störungen des Kindes- und Jugendalters findet sich für Diagnosen gemäß DSM-IV-TR bei Saß, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) sowie für ICD-10 Diagnosen bei Dilling et al. (2006).

Die ersten acht der im ICD-10 aufgeführten 23 Verhaltensweisen beschreiben aufmüpfiges, ungehorsames und trotziges Verhalten, und entsprechen inhaltlich jenen, die laut DSM-IV-TR der Diagnose „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ vorbehalten sind. Beide Klassifikationssysteme unterscheiden demnach zwischen dissozialem und aggressivem Verhalten einerseits, und oppositionellem Trotzverhalten andererseits, wobei Letztgenanntes als leichte bzw. zuerst auftretende Form des Störungsbildes verstanden werden kann, und nur mit einem geringen Ausmaß physischer Aggression einhergeht. Zwecks besserer Vergleichbarkeit habe ich in Tabelle 2 deshalb die ersten 8 Symptome der Störung des Sozialverhaltens (ICD-10) jenen der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (DSM-IV-TR) gegenübergestellt.

Tabelle 2

Symptomlisten für die SOT und SSV nach DSM-IV-TR und die SSV nach ICD-10

DSM-IV-TR	ICD-10
<p><u>Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten 313..81</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wird schnell ärgerlich, 2. streitet sich häufig mit Erwachsenen widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen, 4. verärgert andere häufig absichtlich, 5. schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere, 6. ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht verärgern, 7. ist häufig wütend und beleidigt, 8. ist häufig boshaft und nachtragend. <p><u>Störung des Sozialverhaltens 312.xx</u></p> <p>Aggressives Verhalten gegen Menschen und Tiere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bedroht oder schüchtert andere häufig ein, 2. beginnt häufig Schlägereien, 3. hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (z.B. Schlagstöcke, Ziegelsteine, zerbrochene Flaschen, Messer, Gewehre), 4. war körperlich grausam zu Menschen, 5. quälte Tiere, 6. hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall), 7. zwang andere zu sexuellen Handlungen; 	<p><u>Störung des Sozialverhaltens F91</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für das Entwicklungsalter des Kindes ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche; 2. häufiges Streiten mit Erwachsenen; 3. häufige aktive Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften Erwachsener; 4. häufiges, offensichtlich wohl überlegtes Ärgern anderer; 5. andere häufig für die eigenen Fehler oder das eigene Fehlverhalten verantwortlich machen; 6. häufige Empfindlichkeit oder Sich-belästigt-Fühlen durch andere; 7. häufiger Ärger oder Wut; 8. häufige Gehässigkeit oder Rachsucht; 9. häufiges Lügen oder Brechen von Versprechen, um materielle Vorteile oder Begünstigungen zu erhalten oder Verpflichtungen zu vermeiden; 10. häufiges Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen (außer zwischen Geschwistern); 11. Gebrauch von gefährlichen Waffen (z.B. Schlagholz, Ziegelstein, zerbrochene Flaschen, Messer, Gewehr); 12. häufige Abwesenheit von zu Hause am Abend, entgegen dem Verbot der Eltern (beginnend vor dem 13. Lebensjahr);
	Fortsetzung

DSM-IV-TR

Zerstören von Eigentum

8. beging vorsätzlich Brandstiftung; mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen,
9. zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung);

Betrug oder Diebstahl

10. brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein,
11. lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen (d.h. „legt andere herein“)
12. stahl Gegenstände von erheblichem Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer (z.B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, sowie Fälschungen);

Schwere Regelverstöße

13. bleibt schon vor dem Alter von 13 Jahren trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg,
14. lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er/sie noch bei den Eltern oder bei anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit),
15. schwänzt schon vor dem Alter von 13 Jahren häufig die Schule.

ICD-10

13. körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen (z.B. fesseln, ein Opfer mit dem Messer oder mit Feuer verletzen);
14. Tierquälerei;
15. absichtliche Destruktivität gegenüber dem Eigentum anderer (außer Brandstiftung);
16. absichtliches Feuerlegen mit dem Risiko oder der Absicht, ernsthaften Schaden anzurichten;
17. Stehlen von Wertgegenständen ohne Konfrontation mit dem Opfer, entweder zu Hause oder außerhalb (z.B. Ladendiebstahl, Einbruch, Unterschriftenfälschung)
18. häufiges Schuleschwänzen (beginnend vor dem 13. Lj);
19. Weglaufen von den Eltern oder elterlichen Ersatzpersonen, mindestens zweimal oder einmal länger als eine Nacht (außer dies geschieht zur Vermeidung körperlicher oder sexueller Misshandlung);
20. jede kriminelle Handlung, bei der ein Opfer direkt angegriffen wird (einschließlich Handtaschenraub, Erpressung, Straßenraub);
21. Zwingen einer anderen Person zu sexuellen Aktivitäten;
22. häufiges Tyrannisieren anderer (z.B. absichtliches Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen, einschließlich andauernder Einschüchterung, Quälen oder Belästigung);
23. Einbruch in Häuser, Gebäude oder Autos.

Anmerkung. DSM-IV-TR: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Strörungen IV (Textrevision). ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen 10; SOT: Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten; SSV: Störung des Sozialverhaltens

4.2 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf

4.2.1 Epidemiologie

Je nach zugrunde liegender Definition von Aggression, Erhebungsinstrument, Erfassungszeitraum und Diagnosesystem fallen die Prävalenzraten aggressiver Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung, welche nach Fröhlich-Gildhoff (2011) für Störungen des Sozialverhaltens zwischen 4 und 14% liegen, sehr unterschiedlich aus. Trotz der hohen Variabilität herrscht jedoch in allen Studien Einigkeit darüber, dass jene Störungen, die vorrangig aggressives Verhalten umschreiben, in der kinder- und jugendpsychologischen und –psychiatrischen Praxis zu den häufigsten Diagnosen gehören (Scheithauer & Petermann, 2004, S.373). Während bis zum Jahr 2000 offen-aggressives und delinquentes Verhalten stark zunahm, ist gegenwärtig eine leichte Abnahme erkennbar, jedoch mit einer verschärften „Intensivtäterproblematik“ (Fröhlich-Gildhoff, 2011). Bei den Betroffenen handelt es sich zu einem überwiegenden Teil um Buben (5:1). Nach Baving (2008) erfüllen ca. 10% der Buben die Klassifikationskriterien einer Störung des Sozialverhaltens und ca. 2% der Mädchen.

4.2.2 Komorbidität

Aggressives Verhalten geht oft mit einer Reihe weiterer psychischer Störungen einher (Scheithauer & Petermann, 2002). Aus der Konstellation aggressiv-dissozialer Störungen mit komorbiden Störungen resultiert eine ungünstige Prognose und schwierige Behandelbarkeit, da der Therapieerfolg bei mehrfach belasteten Kindern aufgrund ihrer stärkeren psychosozialen Beeinträchtigung und Funktionsdefizite sinkt (Renouf, Kovacs & Mukerji, 1997). Je nach theoretischer Überzeugung des Praktikers kann die Berücksichtigung auftretender Komorbiditäten und Besonderheiten aggressiver Störungen die (differentiellen) Arbeitsweisen beeinflussen.

Nach Kazdin (1997) liegt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung des Sozialverhaltens bei gleichzeitiger Störung mit oppositionellem Trotzverhalten bei 84% bis 96% (siehe dazu Kapitel 4.2.3). Die höchsten Komorbiditäten aggressiven Verhaltens (sie variieren stark je nach verwendetem Klassifikationssystem und Erhebungsverfahren) finden sich ansonsten mit Aufmerksamkeitsstörungen (50% nach Fröhlich-Gildhoff, 2011) und emotionalen Störungen (mit Depression 20% oder Angststörungen 25% nach McConaughy & Achenbach, 1994).

Im Anschluss werde ich nun den entwicklungspsychologischen Verlauf oppositionellen, aggressiven und dissozialen Verhaltens von der frühen Kindheit bis zur Adoleszenz darstellen, altersspezifische Unterschiede herausarbeiten und so auf die Notwendigkeit früher Interventionen hinweisen.

4.2.3 Verlauf

Entgegen der früher weit verbreiteten Annahme eines angeborenen Aggressionstriebes wird in der modernen Entwicklungspsychologie, der Säuglingsforschung, von zwei grundlegenden Motivationssystemen (Assertion vs. Aversion) ausgegangen, die als handlungsleitend angesehen werden (Erläuterungen dazu findet man bei Dornes, 2006). In den verschiedenen Entwicklungsphasen kommt es bedingt durch soziale, kognitive und physiologische Weiterentwicklungen beim Kind zu unterschiedlichen Arten des Aggressionsausdrucks, wobei stets von der Existenz eines gewissen „normalen Aggressionsausmaßes“ ausgegangen wird.

Die ersten sechs Monate sind bezüglich der Aggressionsentstehung als Vorphase zu verstehen. Zwar kommt es bereits ab dem dritten Monat zu aggressiv erscheinenden Handlungen (z.B. kratzen, beißen), diese sind jedoch noch nicht als Ausdruck von Ärger zu verstehen (Dornes, 2006). Einige Säuglinge zeigen bereits auf dieser Entwicklungsstufe ein „schwieriges Temperament“ mit Verhaltensauffälligkeiten wie Ein- und Durchschlafproblemen, Verdauungsproblemen oder übermäßigem Weinen und Schreien („Schreibabies“). Die Zeit zwischen sechs und achtzehn Monaten gilt als Übergang zur Aggressivität, da hier noch nicht festgelegt werden kann, ab wann diese manifesten „aggressiven“ Verhaltensweisen sicher als gerichtet interpretiert werden können (Dornes, 2006). Im zweiten und dritten Lebensjahr dienen die aggressiven Handlungen bereits der Zielerreichung. Zunächst zeigt das Kind instrumentell-aggressives Verhalten, welches auf Gegenstände, nicht gegen andere Menschen gerichtet ist (z.B. um in den Besitz eines Spielzeugs zu kommen handelt das Kind aggressiv). Ab circa 16 bis 18 Monaten beginnen Kinder nach Dornes (2006) andere absichtlich zu verletzen. Dieses „normal“ aggressive Verhalten erreicht seinen Höhepunkt mit circa zwei Jahren (aka „the terrible twos“). Ab dem vierten bis zum sechsten Lebensjahr kommt es aufgrund der steigenden Fähigkeit zur Perspektivenübernahme (Empathiefähigkeit) zur Abnahme instrumentell-aggressiver

Handlungen¹⁵. Gleichzeitig setzt eine Zunahme verbaler Aggression ein, da mit Voranschreiten der sprachlichen Entwicklung nach und nach alternative Möglichkeiten des Gefühlsausdrucks erworben werden (Dornes, 2006). Nach Coie und Dodge (1998) erreicht die verbale Aggression ihren Höhepunkt mit ca. vier Jahren. Ab dem fünften Lebensjahr sind bereits deutliche Unterschiede zwischen stabil-aggressivem (abnormalem) Verhalten und spontan reaktiv auftretenden (normalen) Aggressionen erkennbar (Fröhlich-Gildhoff, 2006a). Aggressives Verhalten differenziert sich nun immer mehr aus, Geschlechtsunterschiede sind deutlich erkennbar (Dornes, 2006; Fröhlich-Gildhoff, 2006a, 2007; Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001; Scheithauer & Petermann, 2004). Im Schul- und Jugendalter kommt es nach Dornes (2006) zu einer Abnahme offen-aggressiver Verhaltensweisen, bis mit circa zehn Jahren das Ausüben physischer Gewalt zu Gunsten anderer antisozialer, delinquenter Verhaltensweisen völlig stagniert. Immer mehr Lebensbereiche - Familie, Freunde, Schule - sind ab dieser Zeit betroffen, was gleichzeitig zu einer erhöhten Stabilität der Aggressionsproblematik führt. Bei „instabilen“ Jugendlichen kommt es mit steigendem Alter zur Häufung von Vergehen gegen gesetzlich festgelegte Normen, z.B. zu Diebstählen oder Verhaltensweisen wie andere bedrohen oder schlagen (Hinshaw, Lahey & Har, 1993; Rutter, 1997), die durch den damit verbundenen Gesetzesverstoß auch Eingang in die Kriminalstatistik finden.

Eine detaillierte Darstellung der Entstehung und Entwicklung von Aggression sowie eine Reihe von Säuglings- und Kleinkindstudien dazu findet man bei Dornes (2006).

Scheithauer und Petermann (2004) differenzieren zwischen drei Entwicklungstypen aggressiven Verhaltens:

- a) „der über den Lebenslauf stabile Entwicklungstyp“ zeigt „stabiles aggressives Verhalten von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter.“ (S. 384)
- b) „Der zeitlich begrenzte Entwicklungstyp“ charakterisiert sich dadurch, dass aggressive Verhaltensweisen „entweder während der Grundschulzeit aufgegeben werden oder ausschließlich während eines kurzen Zeitraums in der Adoleszenz“ auftreten (S. 385).
- c) „Der späte Entwicklungstyp“ ist charakterisiert durch „ein erstmaliges Auftreten aggressiven oder gewalttätigen Verhaltens im Erwachsenenalter“ (S. 385).

¹⁵ Fröhlich-Gildhoff (2006a) nennt eine Reihe von Studien in denen nachgewiesen wurde, dass die Fähigkeit zur Empathie aggressiven Verhaltens hemmt.

Nach Scheithauer und Petermann (2002) besteht ein hohes Risiko für delinquentes Verhalten im weiteren Entwicklungsverlauf vor allem dann, wenn schon sehr früh oppositionelles Trotzverhalten und aggressives Verhalten in der Entwicklung eines Kindes auftritt, aggressives Verhalten eine hohe Frequenz und Intensität aufweist, eine Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensweisen und Lebensbereiche betroffen sind, komorbid andere Störungen auftreten, und bereits Sekundärprobleme wie Leistungsprobleme auffällig werden (Baving, 2008). Unter diesen Umständen weist aggressives Verhalten eine hohe Langzeitstabilität ab dem fünften Lebensjahr auf. Es ist mit erhöhter Häufigkeit und erhöhtem Ausmaß des Alkohol- und Drogenkonsums, krimineller Delikte und erhöhter Gewaltbereitschaft verbunden, sowie mit einer Reihe psychischer Auffälligkeiten bis ins Erwachsenenalter. So zeigt eine Studie von Connor (2002), dass zwischen 32 und 81% der auffälligen Schulkinder auch im Jugendalter die diagnostischen Kriterien erfüllen.

Bei jenen Kindern, die eine nach ICD-10 oder DSM-IV-TR beschriebene Intensität und Stabilität aggressiven Verhaltens zeigen, kann ab einem Alter von drei Jahren nach DSM-IV-TR eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (SOT) und bei Fortbestehen bzw. Zunahme dieser Verhaltensweisen eine Störung des Sozialverhaltens (SSV) diagnostiziert werden. Die hohe Kontinuität aggressiven Verhaltens reicht mit großer Wahrscheinlichkeit bei früh auffällig gewordenen Kindern bis ins Erwachsenenalter, wo sie dann Verhaltensweisen zeigen, die die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung 301.7 (DSM-IV-TR) / Dissozialen Persönlichkeitsstörung F60.2 (ICD-10) erfüllen.

Diese Darstellung der Entwicklungsgeschichte aggressiver Verhaltensweisen unterstreicht das von Rutter (1997) als sehr heterogen bezeichnete Bild aggressiven Verhaltens und macht deutlich, dass ein früher Störungsbeginn mit schwerwiegenden Symptomen und einer langen Dauer aufgrund der Generalisierung, Diversifikation und damit einhergehenden Stabilität des Verhaltens generell eine schlechte Prognose ergibt. Da es demnach für positive Therapieeffekte vor allem zuträglich ist, wenn die Kinder zu Beginn der Behandlung noch jung sind und erst wenige differenzierte Verhaltensweisen herausgebildet haben, ist das Vorschul- und Volksschulalter ein wichtiger Interventionszeitpunkt. In diesem Alter ist ein Großteil jener Kinder, die später problematische aggressive Verhaltensweisen an den Tag legen, bereits auffällig und somit durch eine Personenzentrierte Kinderspieltherapie gut erreichbar. Während die Behandlung dieser Klientel mittels populärer kognitiv-behavioraler

Therapien aufgrund der noch unzureichend ausgebildeten kognitiven Fähigkeiten in der frühen Kindheit, erst für Kinder ab acht Jahren zum Einsatz kommt, kann die an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Personenzentrierte Kinderspieltherapie zu einem sehr frühen Zeitpunkt intervenieren und spätere Probleme dadurch abgefangen werden.

Um der negativen Prognose mit wirksamen Interventionen gegensteuern zu können, bedarf es neben einem frühen Interventionszeitpunkt der Kenntnis jener Bedingungen, die die Entwicklung aggressiven, antisozialen Verhaltens fördern und beschleunigen. Aus diesem Grund folgt nun eine Darstellung der gängigen Erklärungsansätze entsprechend dem – bereits von Carl R. Rogers vertretenen bio-psycho-sozialen Modell (Engel, 1977/1979), demgemäß sowohl biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Störungsentstehung eine Rolle spielen, sowie eine personenzentrierte Erklärung zur Störungsentstehung.

4.3 Zur Entstehung oppositioneller, aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen

Seit jeher versuchen die unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen jene Bedingungen zu identifizieren, die für die Entwicklung dauerhaft aggressiven und oppositionellen Verhaltens verantwortlich sind. Ein Verständnis für die Entstehung dieser Verhaltensweisen erleichtert dem Praktiker nicht nur das Einfühlen in die Betroffenen, sondern auch nachzuvollziehen, weshalb die Personenzentrierte Kindertherapie aufgrund bestimmter Besonderheiten dieser Störungen bei deren Behandlung einen wirksamen und wichtigen Beitrag leisten kann. Aus diesem Grund möchte ich zunächst die Erkenntnisse der Entwicklungspsychopathologie mit Hilfe des bio-psycho-sozialen Modells darstellen und diese durch die Aufführung personenzentrierter Annahmen über die Entstehung aggressiver Verhaltensweisen ergänzen. Abschließend werde ich in einem eigenen Kapitel die sich daraus ableitenden Konsequenzen für die therapeutische Praxis beleuchten.

4.3.1 Entwicklungspsychopathologischer Ansatz zur Entstehung von Aggression

Alle Einflussfaktoren, denen ein Kind im Laufe seiner Entwicklungsgeschichte ausgesetzt ist, können in unterschiedlichem Ausmaß an der Entwicklung aggressiver Verhaltensweisen beteiligt sein, sich wechselseitig bedingen und verstärken.

Bei der Darstellung der Störungsentstehung orientiere ich mich an dem bio-psycho-sozialen Modell, welches nach Fröhlich-Gildhoff (2006a) davon ausgeht, dass es durch das Zusammenspiel von biologischen Gegebenheiten und (früh-)kindlichen (Beziehungs-)Erfahrungen zur Bildung einer handlungsleitenden Selbststruktur beim Kind kommt. Der Erfolg bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, die im Laufe des Lebens gemeistert werden müssen, ist zum Einen von der Selbststruktur, zum Anderen von gegebenen Risiko- oder Schutzfaktoren abhängig. Die jeweilige Art des Bewältigungsvorgangs – ob selbstwertfördernd, internalisierend (selbstwertein-schränkend) oder externalisierend z.B. in Form von Aggression - bedingt eine Veränderung oder Verfestigung bisheriger intrapsychischer Strukturen.

Biologische Einflussfaktoren

Biologische Faktoren, die einen mehr oder weniger bedeutsamen Einfluss auf die Ausprägung aggressiven Verhaltens haben, werden in genetische, geschlechtliche, neurobiologische, sowie prä-, peri- und postnatale Faktoren unterteilt. Laut Scheithauer und Petermann (2004) liefern die empirischen Ergebnisse keine Belege für eindeutige genetische Zusammenhänge. 2002 führen die Autoren eine Reihe von Studien zu Geschlechtsunterschieden an, wonach Buben emotional labiler seien, eine geringer ausgebildete Regulationsfähigkeit besitzen, und deshalb bereits im Säuglingsalter häufiger negative Affekte zeigen. Von weitaus größerer Bedeutung scheinen jedoch prä-, peri- und postnatale Faktoren wie Belastungen in der Schwangerschaft, Geburtskomplikationen, ein niedriges Geburtsgewicht oder Alkohol- und Nikotinkonsum zu sein. Diese können negative Auswirkungen auf die Wahrnehmung, die Informationsverarbeitung und die Emotionsregulation haben (Fröhlich-Gildhoff, 2006a; Scheithauer & Petermann, 2004).

Kinder, die stark aggressives und oppositionelles Verhalten zeigen, unterscheiden sich von anderen in erster Linie in ihrem Temperament, welches auf biologische Veränderungen im Gehirn zurückgeführt wird (Fröhlich-Gildhoff, 2006a). Diese bedingen eine höhere physiologische Reaktivität, die zu einem niedrigen emotionalen Erregungsniveau und einem intensiveren Emotionsempfinden führt. Kinder mit einem „schwierigen Temperament“ zeigen aufgrund ihrer mangelhaften Selbstregulationsfähigkeit bereits im Säuglingsalter einen unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus, motorische Unruhe sowie häufiges Schreien (siehe Kapitel 4.2.3). Im Kindes- und Jugendalter zeigen sie eine generelle Irritierbarkeit und risikosuchendes Verhalten (Boumann, 2008).

Aufgrund der fehlenden Beeinflussbarkeit biologischer Risikofaktoren durch eine psychotherapeutisch-pädagogische Behandlung möchte ich diesen Punkt nicht weiter ausführen. Der interessierte Leser wird für Studien dazu auf Literatur von Petermann, Döpfner und Schmidt (2001), Scheithauer und Petermann (2002), Boumann (2008) weiterverwiesen, die diesbezüglich eine Reihe von Säuglings- und Kleinkindstudien erwähnen.

(früh-)kindliche (Beziehungs-)Erfahrungen

Die Beziehungserfahrungen, die der Säugling von der ersten Minute an in der Interaktion mit seinen Bezugspersonen macht, tragen nachweislich zur Bildung der handlungsleitenden Selbst-Struktur bei (Dornes, 2004, 2006; Stern, 1985). In der Interaktion kommt es besonders auf die Passung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den Reaktionen darauf seitens der Bezugspersonen an, welche denn gegeben ist, wenn Empathie, Feinfühligkeit (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), Regelmäßigkeit und eine adäquate Spiegelung der Kindesäußerungen durch die Bezugspersonen gegeben sind (Behr, 1996/2002).

Auf drei Faktoren, denen nach Fröhlich-Gildhoff (2006a) besondere Bedeutung zukommt möchte ich an dieser Stelle noch genauer eingehen.

a) Die Unterstützung kindlicher Emotionsregulation und die Affektabstimmung

Nach Petermann und Wiedebusch (2003) sind Neugeborene noch völlig auf die Regulation ihrer Emotionen durch die primäre Bezugsperson angewiesen. In der Emotionsregulation und Affektabstimmung („affect attunement“ Stern, 1985) liegen die Wurzeln für die Herausbildung von Empathie. Mit fortschreitender Entwicklung lernt der Säugling zunehmend geringe negative Belastungen selber zu regulieren. Bei inadäquater Emotionsregulation durch die Bezugspersonen gelingt es dem Kind nicht seinen Spannungszustand von sich aus zu regulieren, es macht laut Grawe (2004) „fast permanent Inkongruenzerfahrungen im Hinblick auf sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis und im Hinblick auf das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung“ (S. 6). Dieses Fehlen von Kompetenzen zur Selbstregulation und der Empathie steht in engem Zusammenhang mit der Ausbildung aggressiver Verhaltensweisen

b) Das Erleben einer sicheren Bindung

Von besonderer Bedeutung für die Entstehung aggressiver Verhaltensweisen ist die Qualität der Bindung zwischen Kleinkind und primärer Bezugsperson (Ainsworth et al. 1978). Nur, wenn regelmäßig klare, konsistente Bindungserfahrungen gemacht werden, kann sich eine Selbst-Struktur bilden, die eine sichere Basis für das Neugierverhalten des Kindes ist. Fehlende explizite Zuwendung, unzureichende emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind verursachen Bindungsmuster die maßgeblich an der Herausbildung aggressiver Verhaltensweisen beteiligt sind. Die Erfahrung, dass kindliche Gefühle und Bedürfnisse - wie Traurigkeit, Freude oder Wut – übersehen, statt empathisch aufgenommen werden, bedingt, dass diese Kinder nach Cierpka (2005) anfangen das Empfinden von Gefühlen zu meiden. Ebenso können starke Eltern-Kind-Konflikte, wenn sie von Kindern als Zurückweisung und fehlende Akzeptanz erlebt werden, den Selbstwert negativ beeinflussen, unsicheres Bindungsverhalten hervorrufen und damit die Ausbildung aggressiver Verhaltensweisen begünstigen (Perrig-Chiello, 1997)¹⁶. Fröhlich-Gildhoff (2006a) führt eine Vielzahl an Belegen zu den Zusammenhängen zwischen unsicher-vermeidendem, unsicher-ambivalentem und desorganisiert-desorientiertem Bindungsverhalten und späterer Aggression an.

c) Das Erleben von Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Entsprechend der frühen Lebenserfahrungen erwächst beim Kind eine Vorstellung darüber, inwieweit das Leben Sinn macht, ob es darauf Einfluss nehmen kann und ob es sich demnach lohnt, sich einzusetzen und zu engagieren. Diese Erfahrungen, ob man auf seine Fähigkeiten vertrauen kann, führen zur Entwicklung von handlungsleitenden Erwartungen. Das Ausbleiben von Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen bei angepasstem Verhalten kann dazu führen, dass das Kind durch besonders impulsives Verhalten (zumindest vorübergehend) versucht diese Erfahrungen kurzfristig zu kompensieren.

Generell lässt sich bei den Wirkfaktoren innerhalb der (früh-)kindlichen Eltern-Kind-Beziehung feststellen, dass niedrige Ausprägungen in positiven Elternverhaltensweisen (Wärme, Sensitivität, Bindungssicherheit, Prosoziales Elternverhalten, Strukturiertheitsgrad der häuslichen Umgebung) und hohe Ausprägungen in negativen (physische und verbale

¹⁶ Einen Überblick über Studien zu den Langzeitwirkungen der Bindungssicherheit siehe Siegler, DeLoahe und Eisenberg (2005).

Härte, Ablehnung, inkonsistentes Erziehungsverhalten, mangelnde Aufsicht durch die Eltern) aggressive Verhaltensweisen begünstigen.

Selbststruktur

Durch das Zusammenspiel aus negativen biologischen Faktoren und nicht förderlichen (früh-)kindlichen (Beziehungs-)Erfahrungen kommt es zur Bildung einer Selbststruktur, die dauerhaft aggressives Verhalten bedingt.

So unterscheiden sich chronisch aggressive Kinder nicht nur in ihrer defizitären Selbst- und Fremdwahrnehmung, in ihren eingeschränkten Fähigkeiten zur Selbstregulation, ihren fehlenden Selbstwirksamkeits- und Kontrollerwartungen und in ungenügend ausgebildeten sozialen Kompetenzen, sondern auch in ihrer sozial-kognitiven Informationsverarbeitung. Sie schenken sozialen Hinweisreizen weniger Aufmerksamkeit, sind sensitiver gegenüber feindseligen Reizen und neigen dazu, mehrdeutige oder neutrale Situationen eher negativ zu interpretieren und als bedrohlich wahrzunehmen (Dodge & Schwartz, 1997). Ihre Tendenz aggressive Problemlösungsstrategien positiv zu bewerten und die Überzeugung, dass die Ausübung aggressiver Verhaltensweisen zu sozialer Anerkennung, einem gesteigerten Selbstwertgefühl und zur Reduktion negativer Konsequenzen und Gefühle führt, bedingt die Stabilisierung problematischer Interaktionsmuster mit ihrer sozialen Umgebung (Dodge & Schwartz, 1997).

Ob sich stabiles aggressives Verhalten herausbildet, hängt jedoch sehr stark von Risiko- und Schutzfaktoren ab, die in der kindlichen Entwicklung bestehen. Erst durch die Interaktion einer ungünstigen handlungsleitenden Selbst-Struktur mit risikoerhöhenden und risikomindernden Faktoren in Kombination mit spezifischen Auslösebedingungen (unklare soziale Situation, Alkohol und andere Drogen, gewaltförderndes Klima, Überforderung, mediale Gewalt etc.) kann sich stabiles aggressives Verhalten herausbilden (Fröhlich-Gildhoff, 2006a; Ostbomk-Fischer, 2000; Schlack, Hölling & Petermann, 2009).

Angesichts des beschränkten Rahmens meiner Arbeit und der fehlenden Beeinflussbarkeit risikoerhöhender und -mildernder Bedingungen sowie von Auslösebedingungen durch therapeutische Interventionen möchte ich dazu den Leser auf Literatur von Fröhlich-Gildhoff (2006a) verweisen. Gleichzeitig weise ich ausdrücklich darauf hin, dass diese Beschränkung

nicht dazu einladen soll, diese Faktoren in der pädagogisch-therapeutischen Arbeit mit dieser Klientel weniger zu beachten.

Es folgt nun die Darstellung eines Aggressionskonzeptes der Personenzentrierten Psychotherapie.¹⁷

4.3.2 Zur Ätiologie von Aggression aus personenzentrierter Sicht

Laut Biermann-Ratjen (1998) ist in frühen personenzentrierten Veröffentlichungen der Begriff der Aggression selbst zwar nicht zu finden, jedoch ist vom Gegenteil dessen die Rede, was es bedeutet sich selbst und andere so zu akzeptieren, wie sie sind, nämlich vom Bedürfnis, sich selbst ändern oder andere kontrollieren zu wollen. Dieses destruktive Verhalten gegenüber sich selbst und anderen zeigen Menschen laut Rogers (1961/2006, S. 112) dann, wenn durch die fehlende affektive Bewertung eines empathischen Objekts Selbsterfahrungen nicht ins Selbstkonzept integriert werden können. Diese Erfahrungen widersprechen den Bewertungsbedingungen, werden als bedrohliche Aspekte der Erfahrung eingeschätzt, und dem Bewusstsein verweigert. Um das Selbstkonzept aufrecht zu erhalten, werden sie in Form von Selbstverteidigungsmaßnahmen abgewehrt. Biermann-Ratjen (1998) spricht sich daher für eine Aktualisierungstendenz aus, die angelehnt an Höger (1993) einen „erhaltenden“ und einen „entfaltenden“ Aspekt aufweist. Zum Einen der „erhaltende Aspekt“, die Selbstaktualisierungstendenz, zum Anderen der bei Bedrohung erkenntlich werdende „entfaltende Aspekt“, die Selbstverteidigungstendenz, die zu aggressiven Erlebens- und Verhaltensweisen sich selbst und anderen gegenüber führen kann. Alle dadurch bedingten Symptome und aggressiven Verhaltensweisen sind stets als Ausdruck des individuellen Versuchs des Kindes zu verstehen, sich von seinen Problemen und inneren Spannungen zu befreien (Axline, 1947/2002).

Der Ärger zum Beispiel, in dem das Kind nicht empathisch verstanden worden ist, in dem es nicht unbedingt positiv beachtet, sondern vielleicht bestraft worden ist, kann nicht in sein Selbstkonzept integriert werden. Wenn es erneut wütend gemacht wird, versucht es diese affektiven Erfahrungen, die nicht integriert werden konnten und als Bedrohung erlebt werden, von seinem Bewusstsein abzuwehren. Das Kind, so schreibt Rogers (1954) „muß sich ständig gegen die Symbolisierung dieser Erfahrungen zur Wehr setzen. Daraus folgt, daß in der

¹⁷ Detaillierte Beschreibungen anderer populärer Aggressionstheorien wie den psychoanalytischen Triebtheorien, der Frustrations-Aggressions-Theorie, den Lernpsychologischen Theorien findet man bei Selg, Mees und Berg (1997).

Abwehr alle Erfahrungen mehr als potentielle Bedrohungen wahrgenommen werden, denn als das, was sie in Wahrheit sind“ (Rogers 1954 übers. von E.-M. Biermann-Ratjen 1998, S. 64). Wird es jedoch in seinem Ärger empathisch verstanden, dann ist es nicht notwendig diese Erfahrung seinem Bewusstsein zu verweigern. „Je mehr das Individuum alle seine sensorischen und körperlichen Erfahrungen in einem konsistenten und integrierten System wahrnehmen und annehmen kann, desto mehr kann es auch andere verstehen und akzeptieren als eigenständige, im Sinne von deutlich von ihm getrennte bzw. abgegrenzte Individuen“ (Rogers 1954 übers. von E.-M. Biermann-Ratjen 1998, S. 64). „Dann kann man ihm vertrauen, dann ist sein Verhalten konstruktiv: nicht immer konventionell und konform, sondern individualisiert, aber immer auch sozialisiert“ (Rogers, 1961/2006, S. 112).

Welche Konsequenzen diese Annahmen über die Entstehung aggressiven Verhaltens für das personenzentrierte Vorgehen bei dieser Klientel haben, werde ich im Folgenden herausarbeiten.

4.4 Konsequenzen für die therapeutisch-pädagogische Arbeit mit oppositionellen, aggressiven Kindern

Je nachdem, ob sich der Therapeut eher als Alter-Ego (Axline), oder als integrierter Spielpartner (Behr) versteht, ob er die Grundhaltung des personenzentrierten Ansatzes als für die Behandlung der unterschiedlichsten Störungen ausreichend erachtet, oder ob er differentielle Vorgehensweisen je nach Störung für notwendig befindet, wird das Wissen um die Ätiologie aggressiven Verhaltens sein Handeln beeinflussen. Unabhängig davon jedoch ist für alle Praktiker, die das Menschenbild der Personenzentrierten Psychotherapie vertreten, das Beziehungsangebot von einfühlendem Verstehen¹⁸, positiver Beachtung und Echtheit zentraler Wirkfaktor jeder Beratung und Therapie, und damit auch der Schlüssel zur Überwindung aggressiver Verhaltenstendenzen.

Aggressive Verhaltensweisen werden primär auf defizitäre Beziehungserfahrungen mit einem unempathischen Gegenüber zurückgeführt, die zur Entwicklung eines Selbstkonzeptes führen, das bedrohliche Erfahrungen abwehrt. Diese Annahme von aggressionsauslösenden

¹⁸ Peterson und Flanders (2005) haben festgestellt, dass sowohl bei Tieren als auch bei Menschen der Ausdruck von Empathie seitens seines Gegenübers den Aggressionsausdruck zu regulieren vermag.

Bindungs- und Empathiestörungen in der frühen Kindheit weist darauf hin, dass gerade die Personenzentrierte Therapie hier ansetzen und Großes leisten kann. Im Mittelpunkt des personenzentrierten Ansatzes steht dennoch nicht der Abbau konkreter Verhaltensweisen, sondern eine Veränderung im Selbstsystem, zu der es mittels neuer Beziehungserfahrungen mit einem einfühlenen, authentischen Gegenüber das unbedingte Wertschätzung ausdrückt, kommt. Die dadurch entstandene veränderte Beziehung zu sich selbst ist wiederum Basis für neue Erfahrungen mit anderen (Weinberger, 2001/2007, S. 227f). „Soweit ein Klient sich dahin entwickelt, seine eigene Erfahrung akzeptieren zu können, entwickelt er sich auch zum Akzeptieren der Erfahrung anderer“ (Rogers, 1961/2006, S. 175).

Nach Kazdin (1995) ist bei aggressiv-dissozialen Kindern selbst oft kein Leidensdruck erkennbar (man spricht hier auch von „ich-synton“), weshalb sie nur schwer für eine Behandlung, eine Veränderung ihrer Verhaltensweisen zu motivieren sind. Bei der Therapie dieser Kinder gilt deshalb das Aufgreifen von Veränderungsmotivation „So wie ich bin möchte ich nicht mehr sein“ zu Beginn der Behandlung als unerlässlich, welches nach Biermann-Ratjen et al. (1979/1995/2002) personenzentriertes Arbeiten erst möglich macht. Ist diese vorhanden, kann die neue Erfahrung mit einem empathischen Gegenüber, das unbedingte positive Wertschätzung entgegenbringt, das Selbstkonzept des Kindes erweitern und bisher vom Bewusstsein Abgewehrtes kann ins Selbstbild integriert werden. Die bedingungslose Akzeptanz, die das Kind durch die Therapeutenperson erfährt, hilft ihm alle Teile des Selbst – auch die destruktiven und aggressiven - akzeptieren zu lernen. Der dadurch in Gang gebrachte Veränderungsprozess bedingt eine realistische Selbstwahrnehmung, die dem Betroffenen beim Aufbrechen seiner negativen Selbstbewertung unterstützt.

Das Ausleben aggressiver Gefühle und Verhaltenstendenzen im Spielzimmer, die vom Therapeuten empathisch verstanden werden, ermöglichen Selbstwirksamkeits-erfahrungen ohne Aggression zu machen. Dieses Sich-innerhalb-notwendiger-Grenzen-ausprobieren und das Durchspielen inter- und intrapersoneller Konflikte mit Hilfe unterschiedlicher Spielmaterialien bedingt neue Erfahrungen, die eine schrittweise Auflösung der Inkongruenzen bewirken und auf diese Weise die Stärkung des Selbstwertes veranlassen. Das neu erlangte positive Selbstwertgefühl macht die aggressive Durchsetzung der Interessen überflüssig und hilft beim Übernehmen von Selbstverantwortung. Hand in Hand mit der veränderten Selbstwahrnehmung kommt es zum Aufbrechen der feindseligen Haltung gegenüber der Umwelt. Affektspiegelungen - sie „markieren“ die Gefühle des Klienten - und

das Benennen innerer Prozesse des Kindes machen den inneren und äußeren Bezugsrahmen des Betroffenen explizit und fördern die Differenzierung der eigenen Emotionen. Sie unterstützen den Betroffenen dabei mit seiner eigenen Affektivität und seinen Selbstempfindungen besser vertraut zu werden (Stern, 1985/2007), wodurch die Veränderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung einsetzt.

Nach Daniel Stern (1985/2007) entwickelt das Kind durch seine Erfahrung, dass seine Emotionen von der primären Bezugsperson empathisch aufgenommen, akzeptiert und erwidert werden, die Fähigkeit zur Empathie. Die schrittweise Entwicklung einer wirklichkeitsnahen Fremdwahrnehmung und der Aufbau sozialer Kompetenzen setzen ein (Fröhlich-Gildhoff, 2011; Weinberger, 2001/2007). Die freie Spielwahl in der Personenzentrierten Spieltherapie ermöglicht dem Kind zu jeder Zeit der Therapie die Kontrolle über den Spielverlauf und die dahinter liegenden Erfahrungen und Bedürfnisse zu haben. Jedoch verlangen gerade Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten nach einem kongruenten Gegenüber das sich all seiner Empfindungen und Grenzen bewusst ist. Das Transparentmachen dieser Grenzen, das Artikulieren klarer Regeln, unterstreicht die Echtheit der Therapeutenperson und hilft gleichzeitig dabei die empathische und wertschätzende Haltung gegenüber dem Kind zu wahren. In der Konfrontation mit einem solchen Gegenüber lernt der Betroffene sich selbst mehr und mehr in Übereinstimmung mit seinen Gefühlen zu erleben und sich auf sein Gegenüber einzulassen. Die Therapeutenperson bietet also zu jeder Zeit ein stetiges Beziehungsangebot und eine hohe Bereitschaft Regieanweisungen des Kindes entgegenzunehmen (Jenny et al. 2006).

4.5 Zusammenfassung

Im Zuge einer Definition der für diese Arbeit wichtigen Begriffe und der Darstellung einer, der klinischen Praxis entsprechenden, Klassifikation aggressiver Verhaltensweisen, habe ich die verschiedenen Erscheinungsformen von Aggression beschrieben. Mittels der Erwähnung der Epidemiologie, der Komorbiditäten, sowie der Darstellung altersspezifischer Besonderheiten der Aggressionsentwicklung habe ich die Notwendigkeit früher Interventionsmaßnahmen und die damit zusammenhängenden Chancen für die Personenzentrierte Kinderspieltherapie herausgestrichen. Damit der Leser ein Verständnis für die Hintergründe dieses Störungsbildes bekommt und um zu zeigen wo Interventionen bei dieser Klientel ansätzen müssen, habe ich die risikoerhöhenden Faktoren für die Aggressionsentstehung nach dem bio-psycho-sozialen Modell erschlossen, sowie einen personenzentrierten Erklärungsansatz zur Ätiologie aggressiven Verhaltens vorgestellt. Demnach führen „frühe, nicht entwicklungsförderliche und Inkongruenz verursachende Beziehungserfahrungen zu verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung, zu unzureichenden Möglichkeiten der Affektregulation und Selbststeuerung sowie zu einem gering ausgebildeten Selbstwert, unzureichenden Kompetenzen im Bereich der Konfliktlösung und –bewältigung“ (Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 219). Diese dargelegte psychische Grundproblematik dieser Kinder macht unmissverständlich klar, dass eine Therapie in erster Linie am negativen Selbstkonzept der Betroffenen, ihren geringen Fähigkeiten Emotionen bei sich und andere wahrzunehmen und ihrer geringen Spannungstoleranz ansetzen muss. Den Konsequenzen die sich hieraus für die psychotherapeutisch-pädagogische Arbeit mit aggressiven Kindern ableiten lassen, habe ich im finalen Unterkapitel genaue Betrachtung geschenkt.

Bevor ich später im sechsten Kapitel konkrete Beispiele für praktisches Handeln gegenüberstellen und einer Analyse unterziehen werde, und im daran anschließenden siebenten Kapitel Studien zu deren Wirksamkeit vergleiche, möchte ich meine methodische Vorgehensweise hierbei erläutern.

5 Methodik

Die nebeneinander existierenden personenzentrierten Konzepte über die therapeutisch-pädagogischen Herangehensweisen bei aggressiven, antisozialen Kindern im englischen und deutschen Sprachraum, sowie diverse Einzelstudien zu deren Effektivität haben die Notwendigkeit zu einer Synthese der Ergebnisse entstehen lassen.

Vorrangiges Ziel dieser Arbeit ist es, bisheriges Wissen zur gegebenen Fragestellung zusammenzufassen, weshalb ich mich im Zuge meines methodischen Vorgehens an der in den Sozialwissenschaften verbreiteten Methode des "narrativen Reviews" orientiere. Als qualitatives Instrument für die Zusammenfassung und Integration von Einzelstudien "beruht [er] auf einer hermeneutisch-interpretativen Arbeitsweise unter Berücksichtigung der aktuellen theoretischen und methodologischen Diskussion" (Hutterer, 2008, S. 1). So ermöglicht diese Zusammenschau des aktuellen Forschungsstandes die Diskussion einer breiten Palette von Fragen und Problemen, sowie die Einbeziehung von theoretischem Hintergrundwissen und bestehenden Kontroversen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der für die Wahl dieser Methode spricht ist "der narrative Modus der Interpretation" (Hutterer, 2008, S. 3). Während der quantitative Gegenpol des narrativen Reviews, die Meta-Analyse (Glass, 1976, 1978; Glass, McGaw & Smith, 1981), durch eine fast ausschließlich zahlenmäßige Ergebnisdarstellung charakterisiert ist, erläutert der narrative Review Ergebnisse in erzählender Art und Weise. Zur besseren Strukturiertheit, die tabellarische Darstellungen bieten, soll ihre sinnvolle und vorsichtige Verwendung die Vorteile beider Methoden vereinen und so bestmögliche Lesbarkeit und Verständlichkeit gewährleisten.

5.1 Konkretisierung der methodischen Schritte

Der bisher in der Literatur vermissten Zusammenschau personenzentrierter Vorgehensweisen bei aggressiven, antisozialen Kindern wird im ersten Teil des Reviews Rechnung getragen. So werden deutsch- und englischsprachige Ansätze vorgestellt, ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet und hinsichtlich der Fragestellung analysiert, wobei auf die beschreibende, zusammenfassende Technik des Reviews zurückgegriffen wird. Ergänzt mit theoretischem Hintergrundwissen wird somit die Möglichkeit der Diskussion der unterschiedlichen Vorgehensweisen geboten. Um bestmögliche Übersicht und

Verständlichkeit der vorgestellten Ansätze zu gewährleisten, werden die einzelnen Ansätze am Ende dieses ersten Teils des Reviews in tabellarischer Form gegenübergestellt.

Im zweiten Teil des Reviews werden Studien zur Effektivität Personenzentrierter Kinder(spiel)therapie mit oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern in narrativer Weise dargestellt. Hierbei wird ebenso die beschreibende, zusammenfassende Technik des Reviews beibehalten, wodurch den Vorzügen beider Methoden Rechnung getragen wird.

Diese hier beschriebene Art der methodischen Herangehensweise an die Thematik soll dem Praktiker eine Hilfestellung zur besseren Überschaubarkeit der verschiedenen personenzentrierten Konzepte in der Arbeit mit aggressiven, antisozialen Kindern sein, sowie Hilfe zur Einschätzung deren Wirksamkeit bieten und somit die Entscheidung für eigenes praktisches Handeln bei dieser Klientel erleichtern.

Bei der Auswahl der Review-Literatur bin ich nach dem Konzept der schrittweisen Annäherung („sukzessiven Approximation“) von Lipsey und Wilson (2001) vorgegangen, was bedeutet, dass der große Pool an wissenschaftlichen Publikationen durch die Anwendung nach und nach hinzukommender Selektionskriterien verkleinert wurde.

1. Sowohl für die Auswahl der Literatur über die therapeutischen Vorgehensweisen als auch für die Effektivitätsstudien war eine an C.R. Rogers orientierte Vorgehensweise ausschlaggebend.
2. Die in die Studien zur Wirksamkeit einbezogene Klientel musste nicht zwingend eine nach DSM oder ICD klassifizierte Störung des Sozialverhaltens oder Störung mit oppositionellem Trotzverhalten aufweisen. Voraussetzung zur Aufnahme der Wirksamkeitsstudie in den Review war jedoch die Behandlung von Kindern die zumindest ein Symptom dieser Störungen aufwiesen oder eine Problembeschreibung die gleichbedeutend diesen Symptomen ist wie z.B. stark störendes Verhalten in der Klasse. Diese Entscheidung begründet sich in meiner Auffassung, dass zum Einen auch diese Kinder mit großer Wahrscheinlichkeit klinisch signifikante Probleme aufweisen, die zu solche einer Diagnose führen würden, zum Anderen auch subklinische Ausmaße oppositioneller, aggressiver Verhaltensweisen störend sein können und eine Behandlung dieser für ihr Umfeld erleichternd sein kann.

3. Die Behandlungsmethode musste sich einerseits gegenüber Methoden der primären Prävention und der Rehabilitation abgrenzen lassen, sowie gegenüber Beratung andererseits.
4. Die psychotherapeutischen Interventionen mussten im Einzelsetting - eventuell mit begleitenden Elternkontakten - stattfinden. Außerdem musste die Intervention primär auf das Kind gerichtet sein und sich gegenüber Elterntrainings oder Filialtherapie abgrenzen. Für den narrativen Review der Wirksamkeit dieser mussten die Studien mindestens zwei Messzeitpunkte sowie mindestens eine Kontrollgruppe (mit oder ohne Intervention) aufweisen, da nur so die Möglichkeit ausgeschlossen werden kann, dass eine allfällige Verbesserung der Problematik lediglich durch verstreichen der Zeit erfolgt ist.
5. Das (Durchschnitts-)Alter der behandelten oder indizierten Klientel musste, angelehnt an die von Phillips und Landreth (1998) gewonnenen Umfrageergebnisse im Altersbereich von 3 bis 11 Jahren liegen (1166 befragte Spieltherapeuten befanden eine Spieltherapeutische Intervention für Kinder in diesem Altersbereich als geeignet).
6. Um einem „Publikationsbias“ vorzubeugen sollten auch nicht veröffentlichte Arbeiten in den Review aufgenommen werden.

Bei der sich an diesen Vorgaben orientierenden Literatursuche wurden mehrere Strategien angewendet: Zum einen wurde eine gründliche Datenbankrecherche der Datenbanken PsycINFO, PSYINDEXplus – Literature & AV, PsycARTICLES Full Text, SSCI (Social Sciences Citation Index), SCOPUS, ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts) und JSTOR - Education and Psychology durchgeführt. Dabei kamen unterschiedlichste Kombinationen der Suchbegriffe nicht/non-direktive Spieltherapie; non-directie play therapy; kind-zentrierte Psychotherapie; child-centerd play therapy; Klient(en)zentrierte/Person(en)zentrierte Spieltherapie; Aggression; Gewalt; Delinquenz; antisozial; aggressiv-dissozial; conduct/oppositional defiant disorder; aggression; delinquency; disruptive behavio(u)r zum Einsatz. Zum anderen wurde eine manuelle Zeitschriftenanalyse in der Fachbereichsbibliothek für Psychologie der Universität Wien

folgender Zeitschriften durchgeführt: GWG-Info; GwG Zeitschrift; Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung. Eine andere Strategie zum Auffinden von passender Literatur war die Recherche über Literaturverzeichnisse bereits gefundener Arbeiten sowie das persönliche Anschreiben bekannter Autoren. Dabei wurden entweder Personen, welche für ihre wissenschaftliche Auseinandersetzung mit personenzentrierten Vorgehensweisen bei aggressiven, antisozialen Kindern bekannt sind elektronisch kontaktiert oder jene, die durch ihre Beschäftigung mit der Effektivität der Personenzentrierten Kinderspieltherapie Anerkennung gefunden haben (Dagmar Hölldampf, Curd Michael Hockel). Zu guter Letzt wurde die Literaturrecherche durch Zufallsfunde ergänzt.

Diese Diplomarbeit erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit. Trotzdem habe ich es mir zum Ziel gesetzt, alle einflussreichen Veröffentlichungen über personenzentrierte Vorgehensweisen bei oppositionellen, aggressiven Kindern sowie Studien über deren Effektivität in den vorliegenden narrativen Review aufzunehmen.

Im nun folgenden sechsten Kapitel werde ich eine Zusammenschau klientenbezogener Interventionsmodelle bei Kindern geben, die in besonderer Weise durch oppositionelles, aggressives und dissoziales Verhalten auffällig geworden sind. Obwohl gerade der Primärprävention im pädagogischen und therapeutischen Umgang mit Gewalt große Bedeutung zukommt, möchte ich den Fokus auf jene Interventionen richten, die im Frühstadium dieser Störungen des Kindesalters zum Einsatz kommen, und der Eindämmung ihrer Entwicklung dienen.

Neben unterschiedlichen personenzentrierten Herangehensweisen an diese Problemverhaltensweisen existieren natürlich auch Konzepte anderer populärer – in erster Linie tiefenpsychologischer und kognitiv-behavioraler – Therapieformen, bezüglich deren Darstellung auf Literatur von z.B. Boumann, 2008 weiterverwiesen wird.

6 Individuumzentrierte Interventionskonzepte

Während bei verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen symptomorientiert vorgegangen wird, wobei stark strukturierende Problemlöse- sowie soziale und/oder emotionale Kompetenztrainings zum Einsatz kommen, liegt der Fokus personenzentrierter Interventionen stets auf dem Zusammenhang zwischen der aggressiven Symptomatik des Kindes und seinen entwicklungs- und beziehungs-dynamischen Defiziten (Boumann, 2008). Seit Anfang/Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts ist jedoch nach Fröhlich-Gildhoff (2006a) ein Paradigmenwechsel der Philosophie von personenzentrierten Interventionsverfahren bei aggressivem Verhalten erkennbar. Dieser vollzieht sich seiner Ansicht nach von verstehenden zu eher konfrontierenden, von begleitenden, situationsorientierten zu hochstrukturierten und systematischen Ansätzen. Im Folgenden richte ich meinen Fokus auf individuelle Interventionen welche sich eng an das von C. R. Rogers vertretene Menschenbild anlehnen.

Obwohl die Personenzentrierte Psychotherapie laut Schmidt (1996; 2001) in ihren Ursprüngen in erster Linie ein gruppentherapeutischer Ansatz war, der auch auf den Sonderfall der Einzeltherapie angewendet wurde, lässt es der Umfang meiner Arbeit nicht zu personenzentrierte Gruppeninterventionen (z.B. Schulprogramme) einzubeziehen. Nichts desto trotz möchte ich an dieser Stelle erwähnen, dass sich gerade Interventionen in Gruppen bei dieser Klientel aufgrund ihrer Ätiologie besonders eignen, da das Lernen sozial akzeptierter Verhaltensweisen durch die unmittelbare Rückmeldung der anderen Kinder erfolgen kann.

6.1 Vor 1982

Für die frühen Vertreter Personenzentrierter Kinderspieltherapie scheint es immer selbstverständlich gewesen zu sein, auch Kinder die stark abweichendes aggressives und unsoziales Verhalten zeigen therapeutisch zu behandeln (Tausch & Tausch, 1956, S. 25). So schreibt zum Beispiel Axline (1947/2002), dass es nicht verwunderlich sei, dass gerade „das aggressive, störende und laute Kind . . . am schnellsten als ein Kind mit Problemen erkannt“ (S. 59) wird und deshalb oft an entsprechende Stellen zur Spieltherapie überwiesen wird.

Demgegenüber mehrten sich die Stimmen, dass die Grundhaltungen der Personenzentrierten Kinderspieltherapie nicht ausreichen würden, um als hinreichende Bedingungen für die Auflösung von Wachstumsblockierungen bei diesen Kindern gelten zu können. Diese sich immer mehr verbreitende Skepsis gegenüber der Wirksamkeit bei dieser Klientel führte scheinbar dazu, dass es eine Zeit lang kaum Publikationen zu dieser Problematik gab. Erst als Hildegard Just (1982) als erste Autorin im deutschen Sprachraum, basierend auf der Erweiterung und Integration der klassischen personenzentrierten Methoden, Vorschläge zu störungsspezifischem Vorgehen machte, schien die Chance einer „Heilung“ dieser Kinder durch die Personenzentrierte Therapie wieder gegeben. Infolgedessen kam es vermehrt zu Auseinandersetzung verschiedener Autoren, welche sich explizit zur therapeutischen Arbeit mit aggressiven Kindern äußerten.

6.2 Just (1982)

Die erste wissenschaftliche Auseinandersetzung im deutschsprachigen Raum, die im Titel die therapeutische Arbeit mit aggressiven Kindern trägt, ist die von Hildegard Just. Sie betont in ihren Aufzeichnungen von Fallbetrachtungen, dass sich „die klassische klientenzentrierte Spieltherapie als nicht hinreichend für aggressiv verhaltensgestörte Kinder erweist“ (S.177). Nach Just (1982) hätte es sich als „utopisch und therapiebeeinträchtigend“ (S. 177) erwiesen zu glauben, dass das aggressive Kind den Weg wisse und der Therapeut ihm nur zu folgen brauche. Ihren Erfahrungen zufolge bewirken die „relativ unstrukturierte Therapiesituation“ und „die Beschränkung auf die Reflexion emotionaler Erlebnisaspekte“ Verwirrung und sogar eine Verstärkung der Aggression beim Kind. Klientenzentrierte Spieltherapie könne jedoch bei aggressiven Kindern erfolgreich angewendet werden, wenn es zu einer „Modifikation im Sinne einer Erweiterung der Interventionstechniken zur stärkeren Strukturierung der Therapiesituation“ (S. 177) kommt. Je nach Erscheinungsform aggressiven Verhaltens impliziert dieses Vorgehen mehr oder weniger große „Einschränkungen und Abstufungen in der permissiven Grundhaltung (These 3, Axline 1972), in der Nichtbeeinflussung des Kindes (These 6, Axline) und in der Annahme der Selbstverwirklichung des Kindes (These 5, Axline)“ (S. 177).

Im Detail rät Just zur differentiellen Anwendung folgender Techniken, „um die Therapiestunde nicht chaotisch werden zu lassen“ (S. 165):

- „Ansprechen und Hinterfragen von unangemessenen Verhaltensprozessen, von Spannungen, von Diskrepanzen, z.B. im non-verbalen Verhalten, zwischen nonverbalen und aktionalen Verhalten, bei widersprechendem Verhalten.
- Problematisierungen und Überspitzen einer Verhaltensaüßerung.
- Grenzsetzungsverhalten.
- Ignorierendes Verhalten.
- Positive Verstärkungen angemessenen Verhaltens.
- Informationsverhalten, z.B. in bezug auf angemessenes Verhalten, normative Hilfen; Generalisierung einer Äußerung; selbstexplorative Therapeutenmitteilungen.
- Fragen: zB. Verständnis-, Selbstbewertungs- und Fremdbewertungs-, Differenzierungsfragen.
- Gelegentliches provozierendes Verhalten.
- Gelegentliches interpretatives Verhalten.
- Vorsichtiges Alternativangebot“ (S. 154f).

Zusätzliche strukturierende Funktion haben nach Just zudem Lenkungs- und Grenzsetzungsverhalten seitens des Therapeuten. Eine „klare Strukturierung des Therapiezimmers und der Therapiesituation“, das Anbieten von „Informationen“, die „positive Verstärkung erwünschten Verhaltens und positive bewertende Stellungnahme“, das „Reflektieren kognitiver und aktionaler Aspekte“ sowie das „Angebot von Ersatzmöglichkeiten“ und „Alternativen auf dem Problemlösungsweg“ haben orientierenden Effekt. „Verlebendigenden Einfluß auf die Intensivierung der therapeutischen Beziehung und Problemstellung brachte [nach Just's Erfahrungen] das Mitagieren des Therapeuten als Spielpartner entsprechend den Weisungen des Kindes“ (S. 165). Diese zusätzlichen therapeutischen Interventionen, so betont Just, „heben [jedoch] nicht die Spielfreiheit des Kindes auf“ (S. 178). Der Therapeut mache dem Kind ein differentielles therapeutisches Therapieangebot, aber das Kind bestimme was, wie und wozu etwas ausgewählt wird und geschieht, und ob es auf Angebote des Therapeuten eingeht.

Hinsichtlich des, bei aggressiven Kindern besonders wichtigen Grenzsetzungsverhalten, warnt sie vor einem inadäquatem Einsatz und streicht gleichzeitig die Notwendigkeit eines „sehr sparsamen“, bestimmten und eindeutigen Vorgehens hervor.

Gleichzeitig betont Just, dass es zur differentiellen Anwendung dieser zusätzlichen Interventionen erst kommen soll, nachdem eine Basisbeziehung zwischen Therapeut und Klient hergestellt worden ist. Priorität hat für Just (1982) somit das therapeutische Beziehungsverhältnis, da ihrer Ansicht nach erst eine vertrauensvolle Beziehung die Darstellung des Problems und seine Bearbeitung möglich macht. Deshalb braucht es als Grundbedingung eine Therapeutenperson, die sich „vorrangig als Realpartner des Kindes aktualisiert“ (S. 168) und außerdem Folgendes bietet: „ein tiefes einführendes Verstehen in das Kind und seine Problematik; ein bedingungsloses, nicht-vorantreibendes Eingehen auf das innere Tempo des Kindes; ein Ausagierenlassen der Probleme auf der Symbolebene“ (S.165).

Wie bereits Ellinwood (1959; 1989) macht auch Just die außertherapeutischen Effekte der Therapie von therapiebegleitenden Beratungsgesprächen mit den Eltern („in Form von Informationen, klientenzentrierter Beratung mit Rollenspielen, Erprobung in konkreten Erziehungssituationen mit Feedbackmeldung . . . und ggf. Überlegungen zu einer abzuändernden oder neuen Verhaltensstrategie“ S. 155) abhängig, und stellt die Forderung auf, die Elternarbeit zu einem Indikationskriterium der Durchführung einer Kindertherapie zu erheben.

Nach Just (1982, S. 179) stoße jedoch selbst diese modifizierte klientenzentrierte Spieltherapie bei massivem und permanent destruktiv-aggressivem Verhalten, bei fehlender aktiver Mitarbeit, bei zu starken negativen Umwelteinflüssen, bei ungenauer Diagnose und durch konzeptionelle therapieimmanente Gesichtspunkte an ihre Grenzen.

6.3 Kemper (1988)

Nach dem Beitrag von Hildegard Just beschäftigt sich Franz Kemper 1988 mit der „Personenzentrierte[n] Psychotherapie bei aggressiven Kindern“. Aus den von Axline (1947) aufgestellten Bedingungen, die hergestellt sein müssen, damit es zu konstruktiven Veränderungen in der Persönlichkeit und im Verhalten des Kindes kommen kann, streicht Kemper folgende Aspekte als für ihn bei aggressiven Kindern besonders bedeutsam hervor:

Als zentral sieht er das konsequente Anbieten einer empathischen, wertschätzenden und kongruenten Beziehung durch die Therapeutenperson ungeachtet der Verhaltensweisen des Kindes an. Aufgabe der Therapeutenperson ist es nach Kemper nicht nur die persönliche

Bedeutung, die das grenzüberschreitende Verhalten für das Kind hat, zu verstehen, sondern sich auch bewusst zu machen, welche Erinnerungen und Gefühle diese beim Therapeuten selbst auslösen.

Neben dem besonderen Wert der therapeutischen Grundhaltung betont er auch die Bedeutung des Auslebens der Aggressionen. Vorzugsweise in der Anfangsphase der Therapie bedient sich das Kind kämpferischen (Wettkampf-)Spielen, um seine Aggressionen in symbolische Kanäle zu dirigieren.

Angesichts dieser Besonderheiten mit denen der Therapeut bei aggressiven Kindern konfrontiert wird, betont er – zur Wahrung der Sicherheit für alle Beteiligten – die Erfordernis einer stärkeren Lenkung. Kemper (1988, S. 143) zählt dazu – angelehnt an Just (1982) - eine klare Strukturierung der Therapiesituation, die positive Verstärkung erwünschten Verhaltens, positive bewertende Stellungnahmen, Informationsvermittlung, Problemlösungsstrategien und ein Mehr an Grenzsetzungen. So fordere es das aggressive Kind nach Kemper geradezu heraus, ihm Grenzen aufzuzeigen. „Children do want to have their aggressive behavior controlled“ (Bixler, 1949, S. 4), da es ihnen vielfach an Erfahrungswerten und Kompetenzen fehle um ihre Grenzen selber ziehen zu können. Kemper betont die Notwendigkeit der Klarheit und Entschlossenheit bei Grenzsetzungen des Therapeuten: „Ich mache Klartext, wann bei mir Schluß ist“ (S. 144). Gleichzeitig warnt er jedoch davor Grenzen voreilig zu ziehen, da er in Grenzüberschreitungen des Kindes eine Chance zum Reifen und Wachsen sieht. „Ich ziehe es vor, lieber eine zerbrochene Fensterscheibe oder einen blauen Fleck zu riskieren“ (Kemper, 1988, S. 144).

Erst, wenn das Kind gelernt hat seine Aggressionen zu kontrollieren und z.B. im Puppenspiel auszuagieren, ist es nach Kemper möglich, Grenzüberschreitungen bewusst zuzulassen und soziale Kompetenzen einzuüben.

Bereits in seinem Beitrag von 1988 spricht er von der Möglichkeit, dass z.B. die Mutter in die Therapie miteinbezogen wird, da dies ein unmittelbareres Arbeiten an der frühen Mutter-Kind-Beziehung ermögliche und diese – so Kemper – „dürfte kaum ersetzbar sein“ (S. 142). Elf Jahre später - Kemper hat sich inzwischen der Spieltherapie mit Familien zugewandt – betont er in seinem Beitrag über „Familienspieltherapie mit aggressiven Kindern“ (1999) mehr denn je die Notwendigkeit der Mitarbeit der Eltern in der kindlichen Aggressionsbehandlung.

Letzten Endes weist Kemper auch auf die Grenzen personenzentrierter therapeutischer Arbeit bei aggressiven Kindern hin, die gegeben wären, wenn sich die Betroffenen nicht auf die essentiellen Grundbedingungen dieser Therapieform einlassen können. Was bedeutet, dass sie „das Beziehungsangebot annehmen, ein mit Ich-Funktionen hinreichend ausgestattetes Selbstkonzept und ein gewisses Maß an Beziehungsfähigkeit zu sich selbst mitbringen“ (Kemper, 1988, S. 139) müssen.

6.4 Peterson Johnson & Chuck (2001) / Landreth (1991)

Peterson Johnson und Chuck (2001) bewerten - angelehnt an Landreth, Homeyer, Glover & Sweeney (1996) - die Spieltherapie als eine sehr geeignete Methode um auf die Bedürfnisse aggressiver Kinder einzugehen.

Die Schwierigkeit in der Therapie oppositioneller, aggressiver Kinder sehen sie in erster Linie in der Aufrechterhaltung der personenzentrierten Grundhaltung trotz der externalisierenden Verhaltensweisen. Deshalb, so betonen sie, ist das Wissen darüber, dass dieses Verhalten nicht Ausdruck einer persönlichen Reaktion auf die Therapeutenperson ist, sondern nur eine erlernte, verlässliche Reaktionsweise im Umgang mit der Welt, wesentlich. Nur so könne es der Therapeutenperson gelingen, trotz Zurückweisung durch das Kind weiterhin auf die Gefühle des Kindes fokussiert zu bleiben. Diese neue Beziehungserfahrung mit einer empathischen, wertschätzenden und kongruenten Therapeutenperson bildet die Grundlage für die Veränderung der problematischen Verhaltensweisen.

Neben dem für die Personenzentrierte Therapie charakteristischen unstrukturierten Vorgehen, in der das Kind über das Spielmaterial entscheidet, sprechen sich Peterson Johnson und Chuck (2001) in der Therapie mit aggressiven Kindern für ein strukturiertes Vorgehen des Therapeuten aus, wobei der Therapeut dem Kind eine Spielsituation vorschlägt. Für besonders erfolgreich bei der Reduktion erster aggressiver Verhaltensweisen bewerten Peterson Johnson und Chuck (2001) deshalb den Einsatz von Regelspielen (Brettspielen, Kartenspielen), da diese dem Kind einerseits Sicherheit vermitteln, andererseits Selbstkontrolle und soziale Fähigkeiten erfordern. „Games provide particularly effective techniques in working with aggressive acting-out children over the age of nine who have difficulty with peer relations“ (Peterson Johnson & Chuck, 2001, S. 246). Die Autoren merken jedoch angelehnt an Landreth (1991/2002) zwei Dinge an: zum Einen, dass die Wahl der Spielsituation durch den Therapeuten das freie Spiel und den Emotionsdruck des

Kindes einschränken könnten, zum Anderen, dass der Therapeut darauf achten sollte, dass sich das Kind nicht hinter „der Struktur“ versteckt, um der Beziehung mit der Therapeutenperson „zu entkommen“.

Peterson Johnson und Chuck (2001) schreiben wie Landreth (1991/2002) dem aktiven Auslebens aggressiven Verhaltens im Spielzimmer kathartischen Effekt zu (siehe Dorfman, 1951/2005) und empfehlen deshalb gerade für die Therapie mit aggressiven Kindern eine Vielzahl an Spielmaterialien, die sich besonders gut dafür eignen Furcht, Ärger, Enttäuschung, Aggression und Unsicherheit abzubauen (z.B. ein Plastikmesser, Waffen, Spielzeugsoldaten, Krokodil etc.). Demgemäß schlagen sie vor, die Kinder zum Ausleben ihrer Aggressionen im Spiel zu motivieren. „Shooting, burying, hitting, and stabbing are acceptable in the playroom because they are expressed symbolically“ (Landreth, 1991/2002, S. 122). Folgerichtig sollte das Spielzimmer nach Peterson Johnson und Chuck (2001) sowie Landreth (1991/2002) Spielmaterial aufweisen, das zerstört werden darf, wie zum Beispiel Eierkartons, Zeitungspapier oder Luftballone. Die Autoren gehen davon aus, dass die Gefühle durch die Beschäftigung mit ihnen und die gleichzeitig erfahrbare unbedingte Akzeptanz durch die Therapeutenperson ihre Intensität verlieren, und sie dadurch weniger angsteinflößend werden (siehe dazu auch Moustakas, 1953). „Once the feelings and needs behind aggressive acts have been accepted and allowed to be expressed, children are able to go on to explore more positive behaviors“ (Landreth et al. 1996, S. 15).

Peterson Johnson und Chuck (2001) betonen angelehnt an Landreth (1991/2002) die große Notwendigkeit von Grenzsetzungen im Rahmen der Psychotherapie und schlagen dabei ein Vorgehen nach dem ACT-Modell von Landreth (1991/2002) vor:

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

C - Communicate the limit.

T - Target acceptable alternatives.

Durch eine effektive Grenzsetzung in der Therapie mit aggressiven Kindern bleibt nicht nur die Sicherheit für Therapeuten, Kind und das Spielmaterial gewahrt, sondern sie unterstützt auch die Therapeutenperson dabei die Grundhaltung gegenüber dem Kind zu wahren.

Ein sehr ähnliches dreistufiges Vorgehen beschreibt bereits Bixler (1949).

6.5 Behr (1996/2002)

Michael Behr hat sich zwar nicht dezidiert mit den Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit aggressiven Kindern beschäftigt, jedoch an mehreren Stellen die Aggressionsthematik unter anderem im Rahmen von Publikationen zu seinem Konzept der Interaktionsresonanz (siehe Kapitel 3.4) aufgegriffen. So thematisiert er (1996/2002) beispielsweise wie sich die Interaktionsresonanz in der direkten Auseinandersetzung und im Kampf mit dem Kind konkretisiert, trifft hierbei jedoch zwei Einschränkungen:

1. Damit die „Beziehungs- und Handlungsfähigkeit“ der Therapeutenperson gewahrt bleibt, so Behr (1996/2002, S. 118), muss diese ihre Aufmerksamkeit stets auch auf sich selbst und ihre eigenen Gefühle richten. Dies hat den Sinn frühzeitig zu merken wann sich grenzüberschreitendes Verhalten anbahnt, und somit rechtzeitig durch das Setzen klarer Regeln gegengesteuert werden kann, um zu verhindern das die Beziehung „in eine Schiefelage“ gerät.

2. Behr weist darauf hin, dass bei schwer gestörten Kindern „die Beantwortung von Aggression mit Gegenaggression“ durch den Therapeuten, also eine unmittelbare und dynamische Auseinandersetzung, vorerst unterbleiben sollte. „Dies könnte eine Überforderung auf der Beziehungsebene darstellen und zu gravierenden Rückfällen führen“ (Behr, 1996/2002, S. 118). Kinder die gelernt haben sich mit aggressivem Verhalten zur Wehr zu setzen, erleben - so Behr - das Selbst durch die Gegenaggression der Therapeutenperson als bedroht und verteidigen dieses mit Hilfe von erworbenen aggressiven Verhaltensweisen.

Wolfram betritt mit der Therapeutenperson erstmalig das Spielzimmer, findet die Kasperpuppen und wirft und tritt damit um sich, vor allem Richtung Therapeutenperson. Diese setzt sich erstmal auf den Boden und macht sich so kleiner als der Klient, was diesen beruhigt und eine andere Art der Kontaktaufnahme möglich macht. (Behr, 1996/2002, S. 118)

Die Arbeit mit dem familiären und schulischen Umfeld sieht Behr generell in der modernen Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern (und Jugendlichen) als zentral an. Wann immer möglich sollten Gespräche mit den Eltern oder der ganzen Familie gesucht, sowie Kontakte zum schulischen und außerfamiliären Umfeld geknüpft werden. Das Ziel sieht Behr neben der direkten Förderung der Eltern-Kind-Beziehung auch im Initiieren eines konstruktiven elterlichen Verhaltens, welches wiederum positive Auswirkungen auf die

kindliche Entwicklung hat. Zudem bedarf es der Unterstützung der Familie zur Vermeidung von Risikofaktoren und Stärkung ihrer Ressourcen.

6.6 Goetze (2002)

Herbert Goetze widmet der „Spieltherapie mit aggressiven, antisozialen, prädelinquenten Kindern“ in seinem 2002 erschienenen Handbuch ein kurzes Kapitel und lehnt sich mit seinen Äußerungen stark an die Vorschläge von H. Just und M. Behr an. Trotz der augenscheinlich besseren Erfolge die „strukturiert-punitiv Maßnahmen“ bei dieser Klientel erzielen können, sieht er den Grund für die Indikation einer Kinderspieltherapie in den vorangegangenen sozialen Deprivationserfahrungen. Sein Interventionskonzept orientiert sich an den von Just (1982) veröffentlichten Vorschlägen für eine Erweiterung der klassischen klientenzentrierten Interventionstechniken. Goetze sieht die Herstellung einer sicheren, tragfähigen Beziehung als grundlegend an, auf deren Basis es zum Einsatz der von Just (1982) vorgeschlagenen Interventionstechniken kommen kann. Goetze warnt vor massiven Übertragungsvorgängen bisheriger Beziehungserfahrungen dieser Kinder auf die Therapeutenperson, und sieht im Beziehungsangebot den besonderen Wert einer Personenzentrierte Kindertherapie. So ermöglicht die konsistente, vertrauensvolle und regelhafte Spielumgebung den Betroffenen „zunehmend positive Emotionen zu erleben und positive Beziehungserfahrungen zu sammeln“ (S. 320).

Wie Just (1982) sieht auch Goetze (2002) die Auseinandersetzung mit dem Grenzsetzungsprinzip bei aggressiven Kindern als zentral an. In der Therapie fungiert der Therapeut nach Goetze als Modellperson, an der die Betroffenen neue Verhaltensweisen beobachten und lernen können.

Ergänzend zu den von Just bereits 1982 vorgeschlagenen Modifikationen der klassischen klientenzentrierten Therapie bei aggressiven Kindern spricht sich Goetze (2002) für die Verwendung aggressionsfördernder Spiele aus, durch die Kinder ihre Energieüberschüsse spielerisch abbauen lernen. Er rät dazu sich mit weichen Gegenständen zu bewerfen sowie zu verbalem Ausagieren oder physischem Austragen von Ringkämpfen. Dem Therapeuten wird jedoch angeraten dabei stets auf die psychische Dynamik des Kindes zu achten; so kann es „genauso sinnvoll sein, den Unterlegenen zu spielen, wie auch mit Kraft und Stärke gegenzuhalten“ (S. 321) (vgl. Behr, 1996/2002). Die Gefahr sieht er dabei darin, dass die Therapeutenperson ihre persönlichen Grenzen überschreitet, und folglich nicht mehr in der

Lage ist, mit dem Kind „mitzuschwingen“ (S. 321). Nach Goetze gebe es jedoch „auch Kinder, bei denen sich der Therapeut nicht auf Aggressionsspiele einlassen sollte, z.B. bei extrem gestörten, aggressiven, verhaltensbehinderten Kindern. Hier könnte das Spiel schnell auf eine reale, für beide Teile nicht mehr kontrollierbare Ebene geraten, und das Kind könnte sein Selbst dadurch bedroht sehen“ (S. 321). So tritt Goetze in Anlehnung an Behr (1996/2002) dafür ein, dass die Therapeutenperson in der Therapie mit aggressiven Kindern stets darauf zu achten hat, dass die „Beziehungs- und Handlungsfähigkeit“ gewahrt bleiben.

Goetze weist auch, wie bereits Just und Behr vor ihm, darauf hin, dass Spieltherapien gerade bei dieser Klientel nur dann erfolgreich sein können, „wenn sie in eine ganzheitliche Behandlung eingebettet sind“ (S. 321). So solle man als behandelnder Therapeut nie den „ökosystemischen Zusammenhang“ von Betroffenen, Elternhaus, Schule, der Sozialarbeit und gegebenenfalls einem Vormund unberücksichtigt lassen.

Bei allen Chancen und Möglichkeiten, die die Personenzentrierte Kindertherapie für dieses Klientel bietet, weist Goetze (2002) auch auf ihre Grenzen hin, die er darin sieht, dass die aggressionsauslösenden Bedingungen - auf die die Spieltherapie keinen Einfluss hat – weiterhin bestehen bleiben. In diesem Fall sieht er den Wert der Therapie nur mehr darin, eine, wie er sagt, Verschlimmerung der Symptomatik zu verhindern.

6.7 Weinberger (2001/2007)

Für Weinberger (2001/2007) scheint in der Therapie aggressiver Kinder in erster Linie die konsequente Einhaltung einer empathischen, wertschätzenden und kongruenten Beziehungsgestaltung durch die Therapeutenperson zentral. Die empathische Haltung erfordert die Kenntnis eigener aggressiver Verhaltenspotenziale, und hilft dabei, genau wahrzunehmen, welche Gefühlsqualität in den Handlungen des Kindes mitschwingt und welche Gründe hinter dem aggressiven Verhalten stecken. Die größten Herausforderungen liegen nach Weinberger jedoch in der unbedingten Wertschätzung der Person – nicht aber ihres Verhaltens - und der Kongruenz des Therapeuten. So betont sie eindringlich die Wichtigkeit der bedingungslosen Annahme, da gerade diese durch das Ausagieren der Aggressionen des Kindes besonders schwer zu verwirklichen sei. In dem Zusammenhang streicht sie die Notwendigkeit der Authentizität der Therapeutenperson hervor, die Hand in Hand mit erforderlichen Grenzsetzungen geht. So schreibt Weinberger (2001/2007) „Wenn

Sie nicht kongruent sind, können Sie das Kind auch nicht bedingungsfrei wertschätzen, denn Sie halten etwas zurück und das Kind spürt das. Überlegen Sie vorher: Was halte ich aus? Wann setze ich eine Grenze?“ (S. 230). Gerade bei aggressiven Kindern, so Weinberger (2001/2007), muss eine klare, schnelle Grenzsetzung den Rahmen dieser Grundhaltung sichern um mit dem Kind in Kontakt bleiben zu können. Damit bereits im Vorhinein eine (reizarme) Umgebung geschaffen werden kann, die die Therapeutenperson nicht an ihre Grenzen führt, rät sie, sich im Vorfeld Gedanken über notwendige Regeln und die Struktur zu machen (Weinberger, 2001/2007, S. 230).

Weinberger spricht sich zwar für ein Ausagieren der Aggression auf der Spielebene aus, jedoch darf die Therapeutenperson nicht zulassen, dass sie bewegungsunfähig wird. Weinberger dazu: „Achten Sie beim Mitspielen darauf, dass Sie dem Kind auch wirklich ein Gegenüber sind. Das Kind will sich mit seiner Kraft spüren, das geht nicht, wenn Sie zu „weich“ sind“ (Weinberger, 2001/2007, S. 232). Dabei ist es die Aufgabe des Therapeuten wahrzunehmen, worum es dem Kind im Kampf genau geht (z.B. um das Austesten von Grenzen; das Testen der Beziehung etc.) und das gegenwärtige Erleben aufzugreifen. Hierfür bedarf es einer genau beobachtenden, wachen Therapeutenperson. Als Beispiele für das Aufgreifen des Erlebens nennt sie z.B. „Du willst mich richtig fertig machen.“ – „Du hast so viel Kraft“ – „Du lässt dich nicht unterkriegen“ (Weinberger, 2001/2007, S. 232). Durch das Aufgreifen des Zorns des Kindes werden ihm sein Erleben, seine Selbstbewertungen bewusst, und Alternativen für das Ausagieren können gefunden werden.

Neben differentiellen, je nach Bedürfnis des Kindes variierenden Spielangeboten in der Kindertherapie nennt Weinberger als weiteren therapeutischen Ansatz bei aggressiven Kindern den Einsatz von Trainingsprogrammen zum Erlernen alternativer Verhaltensweisen. Von diesen könnten nach Weinberger (2001/2007) vor allem jene Kinder profitieren, die ihr aggressives Verhalten nicht mehr verläugnen müssen (S. 231).

Weinberger sieht in der begleitenden Elternarbeit einen „ganz wichtigen Bestandteil jeder therapeutischen Einflussnahme“ (S. 233). Ihre Ziele seien neben dem Aufzeigen von Bedingungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung des aggressiven Verhaltens auch das Aufzeigen der Ressourcen des Kindes, die Sensibilisierung für das innere Erleben des Kindes, sowie das Erlernen konkreter Verhaltensweisen für den Umgang mit aggressivem Verhalten.

6.8 Schmidtchen (2001a, b; 2003a, b)

Schmidtchen (2003a, b) geht von der Annahme aus, dass eine erfolgreiche Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine Kindertherapie nur dann möglich ist, wenn das von Axline postulierte klassische Nicht-Direktivitätskonzept zu Gunsten eines differentiellen Behandlungsangebotes erweitert wird. Diese Erweiterung begründet er damit, dass Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens neue Verhaltensmuster gezielt erlernen müssen. Im Rahmen des erweiterten differentiellen klientenzentrierten Interventionskonzeptes kommen nach Schmidtchen (2001a, b) neben dem Angebot einer, für ihn zentralen, personzentrierten Beziehungsgestaltung (zur Verbesserung des Selbstkommunikations- und Sozialverhaltens) und einer nicht-direktiven Spiel- und Gesprächsführung (zur Förderung von selbstinitiierten, intrinsisch motivierten Erfahrungsprozessen) auch prozessleitende Hilfen zum Einsatz. „Mit diesen Hilfen achtet der Therapeut darauf, dass das grenzüberschreitende Verhalten des Patienten eingeschränkt wird, und dass er ihn im Rahmen seiner Mitspieltätigkeit dazu stimuliert, anstelle von dissozialen, aggressiven Reaktionen problemlösende Handlungsalternativen zu entwickeln“ (Schmidtchen, 2003a, S.79).

Diese Hilfen, die im Rahmen der Intervention Anwendung finden, drücken sich nach Schmidtchen (2003a) durch folgende Techniken aus:

- „Geben von Information;
- Stimulierung eines Selbstwirksamkeitsverhaltens;
- Markierung von wichtigen Gefühlen, Gedanken und Inkongruenzsituationen;
- Hilfen zur Fokussierung auf intrinsisch motivierte Zielsetzungs- und Erfahrungsprozesse;
- Angebote von Spielsachen zur Förderung von bedürfnisorientierten Spielinszenierungen;
- Angebote von Verhaltensmodellen zur Bewältigung von Inkongruenzsituationen;
- Hilfen beim Problemlösen;
- Übernahme hilfreicher Rollen im Rahmen der Mitspieltätigkeit des Therapeuten;
- Verhinderung von Grenzüberschreitungen;
- Bewusstmachung von Handlungsalternativen zur Korrektur von Inkongruenzen;
- Anregung zur verbalen Selbstexploration etc.“ (S. 84)

Weitere prozessleitende Hilfen beziehen sich nach Schmidtchen (2003b, S.214) unter anderem auf Aspekte wie die Informationsvermittlung über das Therapiekonzept, die Rollenaufgaben des Klienten, der Eltern, des Therapeuten, eine sorgfältige Störungs- und

Entwicklungsdiagnostik, sowie eine Therapieplanung, deren konzeptgetreue Durchführung und Qualitätskontrolle.

Diese störungsspezifische Vorgehensweise, welche auf einem differentiellen Störungskonzept beruht, verfolgt neben dem primären Ziel des Aufbaus eines gesunden Selbstkonzeptes auch die Stärkung des Selbstwertgefühls, sodass die rationale Problemlösung an Stelle der aggressiven Durchsetzung von Interessen tritt. Die Therapie aggressiver Kinder ist zudem darauf ausgerichtet, Wünsche und Bedürfnisse spüren und äußern zu lernen, gleichzeitig aber auch zurückzustellen und Frustrationen auszuhalten. Die störungsspezifischen Erweiterungen ermöglichen den Betroffenen, durch die veränderte Selbstwahrnehmung, sich in andere einzufühlen, wodurch ihre bedrohliche Wahrnehmung abnimmt. Das Lernen alternativer Verhaltensweisen findet statt.

Schmidtchen (1991) sieht bei der Behandlung dieser Klientel auch eine Veränderung der gestörten Beziehungserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen als zentral an und schlägt daher begleitende Familientherapie und Umfeldarbeit vor. Das differentielle klientenzentrierte Interventionskonzept auf Basis prozessleitender Hilfen zählt deshalb zu den multidimensionalen Psychotherapien.

6.9 Crenshaw & Mordock (2005/2007a, b)

Davin Crenshaw und John Mordock beschäftigen sich in zwei umfangreichen Büchern mit einer empathischen und praktisch-orientierten Herangehensweise an die Probleme, mit welchen Therapeuten in der Therapie mit aggressiven Kindern konfrontiert werden. Zwar betonen die Autoren als einzige nicht explizit Rogers „core conditions“ oder seine Therapietheorie, sie weisen jedoch darauf hin, dass erst auf Basis einer vertrauensvollen, tragfähigen Beziehung Veränderungen möglich werden. Aus diesem Grund habe ich mich zwar dafür entschieden, auch die Ausführungen dieses Autorenduos in einem kurzen Kapitel auszuführen, möchte jedoch ihre Sonderstellung betonen.

Neben zahlreichen Struktur gebenden Techniken für den Umgang mit aggressiven Kindern (wie z.B. strukturierende Methoden zur Traumaverarbeitung), betonen sie die Rolle der Empathie bei der Reduzierung aggressiven Verhaltens und schlagen unterschiedliche Methoden zur Erhöhung dieser bei den Betroffenen vor. Der Mangel an Empathie könne

beispielsweise mit Hilfe des Einsatzes von „empathy picture and story series“ oder Filmen, welche starke Emotionen provozieren und den Betroffenen die Möglichkeit für empathische Erfahrungen bieten, ausgeglichen werden. Daneben erwähnen sie auch den Einsatz von Techniken, mit deren Hilfe die Betroffenen lernen ihre Gefühle zu benennen (z.B. „the basket of feelings“, „the gingerbread person“, „the feelings map“), führen Hilfsmittel an, die den Betroffenen den Umgang mit Aggressionen erleichtern, oder raten zur Verwendung empathischer oder auch psychodynamischer Interpretationen.

Angelehnt an Landreth's ACT - Modell (1991/2002) betonen auch sie die Erfordernis von Grenzsetzungen im Rahmen der Psychotherapie mit aggressiven Kindern, kritisieren jedoch Landreth's große Toleranz bei Grenzüberschreitungen. Crenshaw und Mordock widersprechen Landreth, der auf die Gefahr der frühzeitigen Verhaltensbegrenzung hinweist. Stattdessen machen sich die Autoren für unmittelbares und klares Eingreifen bei Grenzüberschreitungen stark, welches dem Kind keine Möglichkeit bietet sich über die Grenzen hinwegzusetzen.

CHILD: [Throws sand out of sandbox.]

THERAPIST: [Blocks child from sandbox.] Sand is not for throwing. It must stay in the sandbox. Here are some darts. Throw them at that target on the wall. If you want to play in the sand later, you can, but only if you don't throw the sand. (Crenshaw & Mordock, 2005/2007b, S. 39)

Die Autoren weisen auch darauf hin, dass es im Zuge des Fortschreitens der Therapie immer öfter zu non-verbalen Grenzsetzungen kommen kann, und geben folgendes Beispiel „If all the finger paints are being mixed together and the result is a brown mess, the paints are quietly gathered up and put away, and the child is handed a crayon“ (S. 41). Jedoch, so die Autoren weiter, gehören nicht nur destruktive, kontrollierende Verhaltensweisen begrenzt, sondern auch weniger offensichtliche Verhaltensweisen, welche ebenso schädlich für den Beziehungsaufbau und den Therapieprozess sein können, z.B. auftretender Ärger, unproduktives Spiel oder sämtliche andere Abwehrverhaltensweisen.

Generell sehen Crenshaw und Mordock die therapeutische Beziehung als Möglichkeit, korrektive Erfahrungen zu machen, und somit neue Sichtweisen über das Selbst aufzubauen.

Auch die Arbeit mit dem nahen Umfeld sehen die Autoren als besonders wichtig für den Erfolg therapeutischer Anstrengungen bei dieser Klientel. Sie heben die Bedeutsamkeit

gemeinsamer Bemühungen der Therapeutenperson und der Bezugspersonen der Betroffenen zur Stärkung der elterlichen Fähigkeiten im Umgang mit den aggressiven Verhaltensweisen ihrer Kinder hervor, und postulieren dafür 2005/2007a achtzehn Prinzipien. Die Autoren gehen im Detail auch auf die, gerade bei aggressiven Kindern besonders wichtige, Elternarbeit ein und bieten Möglichkeiten an, wie an den negativen Gefühlen gearbeitet werden kann. Im Zuge dessen betonen die Autoren, dass gerade Eltern aggressiver Kinder aufgrund ihrer eigenen Problematiken zuerst individuelle Therapie benötigen, bevor sie lernen können auf angemessene Weise auf ihr Kind zu reagieren.

6.10 Fröhlich-Gildhoff (1991, 1996/2002, 2006a,b,c, 2007, 2008, 2009)

Klaus Fröhlich-Gildhoff hat sich in mehreren Publikationen ausführlich mit den Möglichkeiten einer personenzentrierten Vorgehensweise bei Kindern mit „zum Teil sehr früh verwurzelte[n] Beziehungsstörungen“ beschäftigt, aufgrund derer sie „Verhaltensweisen zeigen, die sie in gesellschaftlichen „Regelsituationen“ (Familie, Schule, Berufsausbildung, Heim ...) scheitern lassen“ (Fröhlich-Gildhoff, 1991, S. 70).

Angelehnt an eine Publikation von Jacobs, Hoyer, Kathän und Zahnow (1990) vertritt er die Ansicht, dass die Personenzentrierte Psychotherapie als Beziehungstherapie bei aggressiv-dissozialen Kindern wesentliche Ansatzpunkte bieten kann, weist jedoch darauf hin, dass sich das Grundmodell personenzentrierter Behandlung wegen der tiefgreifenden Beziehungsstörung nur schwer umsetzen lässt, und die Therapie mit dieser Klientel „häufig kreativ“ (Jacobs et al., 1990, S. 224) sein müsse. Fröhlich-Gildhoff (2006a) zitiert zur Verdeutlichung seiner Haltung folgende Stelle aus Elsner's Beitrag zur „Tätertherapie“:

Wir halten insgesamt eine therapeutische Haltung für nützlich, mit der wir den Täter sowohl unterstützen, zu Veränderungen ermutigen und in seinem Selbstwertgefühl stärken als auch kritisch hinterfragen, konfrontieren und ihm klare Grenzen setzen. Dabei ist im Therapieverlauf immer wieder die Balance herzustellen zwischen der Unterstützung des Patienten einerseits, ohne dabei in eine Kollusion mit ihm zu geraten, und einer angemessenen Konfrontation mit seiner deliktrelevanten Problematik andererseits, ohne dabei durch eine feindselige Haltung Gefühle von

Hilflosigkeit und Beschämung bei ihm hervorzurufen. (Elsner, 2004, zitiert nach Fröhlich-Gildhoff, 2006a, S. 69f)

Fröhlich-Gildhoff (1991, 2006a) sieht in der zwischenmenschlichen Beziehung - die durch bedingungslose Akzeptanz, einführendes Verstehen und Kongruenz charakterisiert wird - die wesentlichste Wirkvariable auf deren Basis erst eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. In der Kongruenz sieht er – wie bereits Rogers - den entscheidenden Aspekt in der Beziehungsgestaltung der Schutz und Struktur geben soll. Auf der Basis der dadurch vermittelten Erfahrung des Angenommen-, Gemocht- und Geschütztwerdens kommt es zur Entwicklung einer inneren Haltung, durch die der Betroffene lernt sich selbst wertzuschätzen. Seitens des Therapeuten sind nach Fröhlich-Gildhoff (1991, 2006c) jedoch zusätzlich deutliche, konfrontative „Anstöße“ zur Selbstreflexion, zum Aufbau von Selbstverantwortung und damit letztlich zur Selbstveränderung zu machen. Er fordert in der Therapie mit aggressiven Kindern sowohl „Wertschätzung“ als auch „Konfrontation“. Mit diesem Anspruch erfahrungsaktivierender Interventionen beruft er sich auf Jacobs et al. (1990), die für die Behandlung mit psychisch kranken Delinquenten eine Erweiterung des Handlungs- und Therapiemodells auf dem Boden eines personenzentrierten Ansatzes vorschlagen.

Um die hilfreichen Bedingungen für therapeutische Veränderungen bei dieser Klientel überhaupt herstellen zu können, sind nach den Autoren generell eine stärkere Selbsteinbringung der Therapeuten, z.B. durch stärkere Konfrontation zur Erleichterung der Selbstreflexion, sowie eine klare Strukturierung erforderlich. Zusätzlich wird gefordert, dass das Beziehungsangebot im Sinne einer „vorgeschalteten“ oder „therapiebegleitenden informellen Beziehung“ erweitert werden sollte, und der Therapeut in verstärktem Ausmaß auf die Realitätseinschätzung des Klienten zu achten hat (Jacobs et al., 1990, S. 227). Fröhlich-Gildhoff plädiert 1991 in Anlehnung an Biermann-Ratjen und Eckert (1982) und Jacobs et al. (1990) auch dafür, dass zum Verstehen des Geschehens auf der Beziehungsebene tiefenpsychologisches und kommunikationspsychologisches Wissen hinzuzuziehen ist. Diese Forderung begründet er damit, dass so die „Hartnäckigkeit“ mit der diese Kinder an ihren negativen Verhaltensweisen festhalten leichter verstehbar, akzeptierbar und annehmbar wird. Diese Flexibilität und Erweiterung durch die vorgeschlagenen Maßnahmen wird nach Jacobs et al. (1990, S. 224) aber nicht als eine Abweichung vom klientenzentrierten Ansatz, sondern als sein bestmöglicher Ausdruck verstanden.

Die 1991 und 1996 aufgestellten Forderungen fasst er gemeinsam mit neuen Erkenntnissen 2006 im Rahmen der Formulierung von fünf handlungsleitenden Grundhaltungen zusammen und ergänzt sie 2009 um zwei weitere. Im Folgenden möchte ich alle sieben Prinzipien aus seiner Publikation von 2009 kurz darstellen.

1. *„Die Basis jeder therapeutischen Intervention ist eine gute, tragfähige und haltgebende Beziehung.“*

Mit dieser 2009 hinzugekommenen Grundhaltung betont Fröhlich-Gildhoff die große Bedeutung des therapeutischen Beziehungsangebotes. Er weist besonders darauf hin, dass sich die Therapeutenperson entgegen den vom Kind internalisierten Abwertungserwartungen zu verhalten habe und ihm, der Person, unbedingte Akzeptanz entgegenzubringen hat.

2. *„Aufbau von Motivation.“*

Aufgrund der Tatsache, dass Kinder dieser Zielgruppe oft in die Therapie „geschickt“ werden, weisen sie eine sehr geringe Veränderungsmotivation auf. Fröhlich-Gildhoff streicht die unbedingte Notwendigkeit einer minimalen Unzufriedenheit mit der momentanen Situation des Kindes hervor, welche es vom Therapeuten aufzugreifen gilt. Zum Aufbau der Motivation sich auf eine Veränderung einzulassen schlägt der Autor vor, zumindest partiell konfrontativ zu arbeiten und (vorübergehend) klassischer Elemente der Verhaltenstherapie (z.B. Verstärkerpläne) einzusetzen.

3. *„Die therapeutische Haltung sollte durch Wertschätzung und Konfrontation zugleich gekennzeichnet sein.“*

Angelehnt an Axlines Ausführungen von 1947 betont Fröhlich-Gildhoff, dass sich die Wertschätzung nur auf die Person, nicht jedoch auf seine aggressiv-dissozialen Verhaltensweisen bezieht. Die Formulierung dieses Grundprinzips stützt er auf die Ergebnisse einer Untersuchung bei Straftätern von Marshall et al. (2002) welche belegt, dass eine empathische Haltung den Erwerb neuer Bewältigungsstrategien fördert und Bagatellisierungen der Straftaten verhindert.

Als Konsequenz aus dieser Grundbedingung ergibt sich die Notwendigkeit einer störungsspezifischen Konkretisierung personenzentrierten Handelns. Kinder müssen, zum Einen auf der Grundlage einer verstehenden Beziehungsgestaltung mit ihrem

Handeln konfrontiert werden, zum Anderen ist ein stärker strukturiertes und fokussiertes Vorgehen erforderlich.

4. *„Arbeiten an der Selbstverantwortung der Betroffenen.“*

Fröhlich-Gildhoff (2006a, 2009) sieht angelehnt an Elsner (2004) das Aufbrechen der feindlichen Haltung gegenüber der Umwelt und das Aufdecken der Wahrnehmungsverzerrungen nur über die direkte Konfrontation ermöglicht. Elsner (2004) betont jedoch, dass Konfrontationen „nur in einer respektvollen Beziehung wirksam“ (S. 113) sein können.

5. *„Ansetzen an der zugrunde liegenden Strukturstörung.“*

Die durch die Erfahrungen mit Anderen entstandenen und sich über die Zeit verfestigten „intrapyschischen Schemata“ sollen in der Therapie aufgebrochen werden. Dies geschieht, indem durch ein klares Setting und klare Grenzsetzungen den Betroffenen die notwendige Struktur geboten wird. Auch die Technik des genauen „Spiegelns“ führt zur Differenzierung der Emotionen und schließlich zur Veränderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Als besonders wichtiges Element der Therapie nennt er in diesem Zusammenhang, neben den bereits genannten, das Initiieren von Selbstwirksamkeitserfahrungen ohne Aggression.

6. *„Alternative Verhaltensweisen einüben.“*

Das oftmals automatisierte Ablaufen aggressiver Verhaltensweisen bei diesen Kindern macht es notwendig alternative Handlungsmöglichkeiten in Symbol- oder Rollenspielen einzuüben. Im Zuge dieser zweiten 2009 hinzugekommenen Forderung weist Fröhlich-Gildhoff auf die Möglichkeiten hin, die eine Gruppentherapie diesebezüglich bieten kann.

7. *„Supervision und Selbstschutz.“*

Aufgrund der Komplexität und Langwierigkeit der Arbeit mit aggressiv-dissozialen Kindern betont Fröhlich-Gildhoff auch die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Burn-Out Prophylaxe seitens des Professionellen.

Basierend auf diesen Grundprinzipien hat Fröhlich Gildhoff 2006b das „Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT)“, ein Interventionsprogramm für aggressive Kinder entwickelt, welches durch die Berücksichtigung und den Einbezug des sozialen Umfeldes (Familie, Schule, Peergroup) zu den multimodalen Ansätzen zählt. Zu solchen breit angelegten Ansätzen, die im rein therapeutischen Setting nicht durchzuführen sind, zählen auch das „Training mit aggressiven Kindern“ von Petermann und Petermann (2005).

Als Erweiterung der bisherigen Ausführungen therapeutischer Vorgehensweisen bei oppositionellen, aggressiven Kindern unternahmen Fröhlich-Gildhoff und Rose (i. Vorb.) den Versuch der Erstellung störungsspezifischer Handlungsleitlinien für die personenzentrierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens.

Da es das Ziel meiner Arbeit ist einen Überblick von am Individuum orientierten pädagogisch-therapeutischen Interventionskonzepten zu geben, möchte ich an dieser Stelle nicht genauer auf die einzelnen Schritte dieser Programme eingehen und verweise den Leser zu angeführter Primärliteratur der Autoren.

Die wichtigsten Punkte der hier vorgestellten individuumzentrierten Interventionskonzepte bei aggressiven Kindern auf Basis der Personenzentrierten Spieltherapie werde in nun zur besseren Übersicht in Tabellenform zusammenfassen und anschließend ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausarbeiten. Eine Analyse hinsichtlich der Fragestellung auf theoretischem Hintergrundwissen folgt erst im finalen Kapitel.

6.11 Zusammenfassung

Tabelle 3

Überblick über die von verschiedenen Autoren vorgeschlagenen Schwerpunktsetzungen im Zuge der Intervention bei aggressiven Kindern

Autor/en	Interventionstechniken
H. Just (1982)	<p>Auf Basis einer empathischen, akzeptierenden, kongruenten Beziehung ein differentielles Therapieangebot in Form von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen und Hinterfragen von Verhaltensprozessen, Spannungen und Diskrepanzen • Problematisieren und Überspitzen • Lenken und Grenzen setzen • Ignorieren unangepassten Verhaltens • Positive Verstärkung angemessenen Verhaltens • Informationsvermittlung • Fragen • Gelegentliches provozierendes Verhalten • Gelegentliches interpretatives Verhalten • Vorsichtiges Alternativangebot • Therapiebegleitende Beratungsgespräche mit den Eltern
F. Kemper (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Konsequentes Anbieten einer empathischen, wertschätzenden und kongruenten Beziehung • Verstehen der Aggressionen des Kindes • des Auslebens der Aggressionen • stärkere Lenkung durch klare Strukturierung der Therapiesituation, die positive Verstärkung erwünschten Verhaltens, positive bewertende Stellungnahmen, Informationsvermittlung, Problemlösungsstrategien, Grenzsetzungen • Einüben sozialer Kompetenzen • Einbezug wichtiger Bezugspersonen
S. Peterson Johnson & P. Chuck (2001) / G. Landreth (1991)	<p>Grundlage für Veränderung bietet eine empathische, wertschätzende und kongruente Beziehungserfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unstrukturiertes sowie strukturiertes Vorgehen • Aktives Ausleben aggressiven Verhaltens mit Hilfe aggressionsfördernder Spielmaterialien • Effektive Grenzsetzung nach dem ACT-Modell

Fortsetzung

Autor/en	Interventionstechniken
M. Behr (1996/2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensvolle Beziehung herstellen • Klare Regeln setzen • Gewährendes statt interaktives Beziehungsangebot • Einbeziehung des familiären und außerfamiliären Umfeldes
H. Goetze (2002)	<p>Herstellung einer sicheren, tragfähigen Beziehung als Grundlage für differentielle Interventionstechniken nach Just (1982) zudem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare Grenzen setzen • Ausspielen der Aggressionen (nicht jedoch bei extrem gestörten, aggressiven Kindern) • Ökosystemischen Zusammenhang berücksichtigen
S. Weinberger (2001/2007)	<p>Neben einer empathischen, wertschätzenden und kongruenten Beziehung braucht es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine beobachtende, wache Therapeutenperson • Klare, schnelle Grenzsetzung • Eine reizarme Umgebung • Das Ausspielen der Aggressionen • Das Erlernen alternativer Verhaltensweisen im Rahmen von Trainingsprogrammen • Begleitende Elternarbeit
S. Schmidtchen (2001a, b; 2003a, b)	<p>Das Angebot eines differentiellen klientenzentrierten Interventionskonzeptes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personzentrierte Beziehungsgestaltung • Nicht-direktive Spiel- und Gesprächsführung • Einsatz prozessleitender Hilfen (Informationsvermittlung; Selbstwirksamkeitsverhalten stimulieren; Gefühle, Gedanken, Inkongruenzen markieren; Fokussierung auf Zielsetzungs- und Erfahrungsprozesse; bedürfnisorientierte Spielinszentrierungen; Verhaltensmodelle anbieten; Hilfen beim Problemlösen; Übernahme von Rollen im Rahmen der Mitspieltätigkeit; Verhinderung von Grenzüberschreitungen; Bewusstmachung von Handlungsalternativen; Selbstexploration anregen) • Begleitende Familientherapie und Umfeldarbeit

Fortsetzung

Autor/en	Interventionstechniken
D. Crenshaw & J. Mordock (2005/2007a, b)	<p>Grundlage für Veränderung ist eine vertrauensvolle Beziehung (jedoch keine explizite Nennung von Rogers' "core conditions")</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betonung von Grenzsetzungen (verbal oder nonverbal) • Stärkere Strukturierung der Therapie anhand unterschiedlicher zum Einsatz kommender Techniken (z.B. Techniken zur Erhöhung der Empathiefähigkeiten oder des Gefühlsausdrucks; Techniken zum Umgang mit Aggression z.B. symbolisch oder verbal) • Verwendung empathischer und psychodynamischer Interpretationen • Einsatz strukturierter Methoden zur Traumaverarbeitung
K. Fröhlich-Gildhoff (1991; 1996/2002; 2006a,b,c; 2007; 2008; 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Wesentliche Wirkvariable ist die zwischenmenschliche Beziehung • Forderung nach Wertschätzung UND Konfrontation • Erweiterung des personenzentrierten Handlungs- und Therapiemodells durch stärkere Selbsteinbringung des Therapeuten; stärkere Strukturierung; Erweiterung des Beziehungsangebots; Hinzuziehen von tiefenpsychologischem und kommunikationspsychologischem Wissen; Einsatz erlebnisaktivierender Methoden; Schaffung von Möglichkeiten zu Selbstwirksamkeitserfahrungen; Arbeiten an der Selbst-Verantwortung; Erlernen sozialer Kompetenzen; Aufstellen klarer Regeln; geschlechtsdifferenzierte Angebote • Berücksichtigung und Einbezug des sozialen Umfeldes (Familie, Schule, Peergroup) • Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT)

Aus der Zusammenschau des aktuellen Forschungsstandes therapeutisch-pädagogischer Herangehensweisen bei aggressiven, antisozialen Kindern im englischen und deutschen Sprachraum lässt sich folgendes Bild erkennen:

Aufgrund der lang verbreiteten Annahme, dass Kinder, die schwere Symptome aggressiven, antisozialen Verhaltens aufweisen, von einer Personenzentrierten Spieltherapie nicht erreicht werden können, und dass reine Einzelpsychotherapie als „klassische Reaktion“ auf Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der Ätiologie dieser Klienten wenig erfolgversprechend ist, gibt es nur sehr wenige einzeltherapeutische Interventionsvorschläge.

Die recherchierbaren Publikationen zu dieser Thematik reichen von Hildegard Just (1982), welche als erste Autorin gilt, die explizit auf spezifische Besonderheiten in der Therapie aggressiver Kinder eingeht, bis Klaus Fröhlich-Gildhoff, der erstmalig den Versuch der Erstellung störungsspezifischer Handlungsleitlinien für den personenzentrierten Umgang mit diesen Kindern wagt.

Die Ausführungen von Crenshaw und Mordock (2005/2007a, b) nehmen eine spezielle Rolle ein, da ihre Auffassungen zwar ein personenzentriertes Menschenbild vermuten lassen, sie sich jedoch nicht explizit auf die Personenzentrierte Therapie beziehen. Die von ihnen vorgeschlagenen Schwerpunktsetzungen in der Therapie mit aggressiven Kindern entsprechen demnach zwar weitgehend denjenigen von Vertretern der Personenzentrierten Spieltherapie, die theoretische Fundierung im Personenzentrierten Therapiekonzept fehlt jedoch. Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf Interventionskonzepte welche sich explizit auf die Therapietheorie von Rogers berufen.

Unabhängig vom Alter der recherchierten Publikationen ist erkennbar, dass sich alle Autoren in erster Linie auf die positiven Möglichkeiten und Räume zur Selbstentwicklung sowie auf die Kraft berufen, die im Angebot einer tragfähigen, konstanten Beziehung liegt. Die Beziehung zwischen den Erkenntnissen aus der Bindungstheorie und den Beziehungsproblemen dieser Kinder wird von den Fürsprechern der personenzentrierten Herangehensweise als Hinweis darauf angenommen, dass gerade sie mit ihrer Betonung auf die Beziehung hier besonders hilfreich sein kann. So herrscht Einigkeit darüber, dass Kinder, die bereits sehr früh negative Beziehungserfahrungen gemacht haben, die Erfahrung einer tragfähigen Beziehung für die Veränderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung und damit zur Verhaltensänderung die größte Wirkvariable darstellt. Auf ihrer Basis muss es jedoch zu einer Erweiterung der klassischen nicht-direktiven Vorgehensweise kommen. Die Autoren sind sich darüber einig, dass die relativ unstrukturierte Therapiesituation zu Gunsten einer stärkeren Strukturierung und Lenkung durch die Therapeutenperson erweitert werden muss. Generell lassen sich die unterschiedlichen Interventionsvorschläge mit der Forderung nach einem konfrontativeren Vorgehen umschreiben. Allerdings teilen sich bei Kindern, die sehr aggressives Verhalten zeigen, die Meinungen. Während Behr (1996/2002) und Goetze (2002) die Sichtweise vertreten, dass bei extrem gestörten, aggressiven Kindern eine unmittelbare und dynamische Auseinandersetzung (z.B. in Form von Aggressionsspielen) vorerst

unterbleiben sollte, plädieren die anderen Autoren mehr oder weniger für ein aktives Ausleben aggressiven Verhaltens mit Hilfe aggressionsfördernder Spielmaterialien. Konsens besteht jedoch hinsichtlich eines stärkeren Grenzsetzungsverhaltens.

Neben der einheitlichen Forderung nach stärkerer Konfrontation des Klienten lässt die Zusammenschau der Literatur auch eine starke Übereinstimmung aller Autoren hinsichtlich der großen Bedeutsamkeit der Berücksichtigung und des Einbezugs des sozialen Umfeldes (Familie, Schule, Peergroup) erkennen. So wird über alle Beiträge hinweg zumindest angedeutet, dass der Erfolg einer Therapie auf Basis der personenzentrierten Beziehungsgestaltung bei oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern mit dem Ausmaß des Einbezugs und der Mitarbeit der sozialen Umwelt steht und fällt.

Alles in Allem machen die hier beschriebenen Ausführungen verschiedenster Autoren der letzten dreißig Jahre deutlich, dass bei personenzentriert-therapeutischen Interventionen aggressiver Kindern eine Entwicklung von verstehenden zu eher konfrontierenden, von begleitenden, situationsorientierten zu hochstrukturierten und systematischen Ansätzen zu erkennen ist.

Von Seiten der angeführten Autoren, die Maßnahmen zur Erweiterung des klassischen nicht-direktiven Vorgehens für notwendig halten, um bei dieser Klientel erfolgreich sein zu können, wird stets betont, dass diese Erweiterung nicht als Abweichung vom personenzentrierten Ansatz zu missverstehen ist, sondern als sein bestmöglicher Ausdruck.

Bevor ich nun im Anschluss das Ergebnis der Zusammenschau aller recherchierbaren Wirksamkeitsstudien Personenzentrierter Kinderspieltherapie bei aggressiven, antisozialen Kindern im englischen und deutschen Sprachraum darstelle, erwähne ich einleitend kurz die Geschichte von Wirksamkeitsstudien in der Personenzentrierten Kinderspieltherapie.

7 Wirksamkeitsstudien

Zwar hat bereits C. R. Rogers 1942b in einem Artikel auf die große Bedeutsamkeit der Wirksamkeit therapeutischer Vorgehensweisen hingewiesen, Effektivitätsstudien der Personenzentrierter Therapie blieben jedoch aufgrund der damaligen Probleme bei der Datengewinnung und Aufzeichnung noch aus. Den Beginn systematischer Studien markieren die ersten Inhaltsanalysen von Tonaufnahmen anhand von Transkripten.

Erste Erwähnung von Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Kindertherapie finden sich in Dorfman's Beitrag von Rogers'1951 erschienenem Buch, wovon jene von Finke (1947) bereits unter anderem die Entwicklung „aggressiver Bemerkungen“ im Laufe der Therapie untersuchte und einen Rückgang dieser verzeichnen konnte. Dorfman plädierte zwar für weitere Untersuchungen in diese Richtung, die Outcomeforschung konzentrierte sich in Folge jedoch auf die Erwachsenentherapie.

Generell ist zur gegenwärtigen Situation der Wirksamkeitsforschung der Kinderspieltherapie folgendes zu sagen: Zwar wird die Kinderspieltherapie von einer großen Zahl an Therapeuten angewendet, aber nur wenige beschäftigen sich nach wie vor mit dem wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit. Folglich muss man – trotz des massiven Anstiegs im letzten Jahrzehnt - von einem Mangel an Effektivitätsstudien Personenzentrierter Kinder- (und Jugendlichen)therapie sprechen. Statt durch methodisch sorgfältig kontrollierte Gruppenvergleiche, passiert ein Nachweis der Wirksamkeit oft noch immer in Einzelfallstudien oder unkontrollierten Gruppenstudien. Dementsprechend stehen einige wenige klinische Studien einer großen Zahl an Einzelfallstudien gegenüber. Obwohl klinische Studien durch ihre generalisierbaren Ergebnisse breitere Akzeptanz finden als Einzelfallstudien, können auch diese einen großen Beitrag zur Glaubwürdigkeit der Wirksamkeit dieser Therapiemethode leisten. Dies hat zur Folge, dass sowohl empirische Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Kinderspieltherapie als auch Einzelfallstudien aus der modernen Psychotherapie nicht mehr wegzudenken sind.

Ziel dieses Teils meiner Arbeit ist es, eine Zusammenschau der Ergebnisse aus sechs Jahrzehnten Wirksamkeitsforschung Personenzentrierten Spieltherapie bei aggressiven, antisozialen Kindern zu erarbeiten, um daraus Schlussfolgerungen über den sinnvollen Einsatz bei dieser Klientel zu ziehen.

Eine umfassende Literatursuche über eine Zeitspanne von sechzig Jahren (1951 – 2011) im englischen und deutschen Sprachraum brachte 7 kontrollierte klinische Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Kindertherapie mit aggressiven, antisozialen Kindern hervor (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Überblick über Anzahl der Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Spieltherapie mit oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern von 1950 bis heute

Decade (Jahrzehnt)	Anzahl gefundener Studien
1950-1960	-
1960-1970	1
1970-1980	-
1980-1990	2
1990-2000	2
2000-2011	2

Aus der Tabelle lässt sich bezüglich der Forschungsaktivitäten zur Wirksamkeit Personenzentrierter Spieltherapie bei aggressiven Kindern ein Mangel an kontrollierten Studien feststellen. Arbeiten, welche die Variable „Aggression“ isoliert mittels eines Kontrollgruppendesigns untersuchen sind bisher äußerst rar. In den letzten drei Jahrzehnten ist jedoch eine vermehrte Auseinandersetzung erkennbar. Diese Entwicklung ist einerseits auf die steigende Notwendigkeit empirischer Wirksamkeitsnachweise in der Psychotherapie generell zurückzuführen, andererseits auf den von Vertretern des personenzentrierten Ansatzes gewachsenen Glauben in ihre Psychotherapieschule.

Die Mehrzahl der genannten Wirksamkeitsstudien vergleicht eine Versuchsgruppe (mit spieltherapeutischer Intervention) mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention. Zwei Studien vergleichen die Versuchsgruppe mit spieltherapeutischer Intervention mit mindestens einer anderen Intervention. Bei drei der gefundenen Studien wird eine Ergebnismessung nicht nur zu zwei, sondern zu drei Messzeitpunkten durchgeführt. Die Anzahl der durchgeführten

Spieltherapiesitzungen reicht von 12 bis 37, mit durchschnittlich 19 Sitzungen pro Kind. Das Alter der behandelten Kinder reicht von 4 bis 13 Jahre. Alle genannten Studien orientieren sich an den Grundsätzen der Personenzentrierten Spieltherapie wie sie von Axline und Moustakas entworfen wurde.

7.1 Ray, Blanco, Sullivan und Holliman (2009)

Diese Studie gilt als erster Nachweis der Wirksamkeit Personenzentrierter Spieltherapie bei aggressiven Kindern, bei der die isolierten Variable "Aggression" im Zuge eines Kontrollgruppendesigns untersucht wurde.

Insgesamt nahmen an dieser Studie 42 Kinder zweier Grundschulen der USA teil, welche nach der Erfüllung der Kriterien einer, von den Autoren zusammengestellten, sich an der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000, 2001) orientierenden, Liste aggressiver Verhaltensweisen ausgewählt wurden. Aufgrund der Bitte der Schule jene Kinder, die stärkere Ausprägungen aggressiven Verhaltens zeigen zuerst therapeutisch zu behandeln, mussten die Autoren auf die geplante randomisierte Zuteilung der Kinder zur Interventions- und Kontrollgruppe verzichten. In Folge dessen wurden 19 Teilnehmer, wovon 15 männlich und 4 weiblich waren, der Interventionsgruppe zugeteilt; sie erhielten innerhalb von 7 Wochen vierzehn 30-minütige Einzelspieltherapieeinheiten. Die Kontrollgruppe, welche innerhalb der 7 Wochen keine Intervention erhielt, setzte sich nach dem Wegfall eines Schülers aus 22 Kindern zusammen und zeigte ebenso eine größere Anzahl männlicher (16) als weiblicher Schüler (6). Die Altersverteilung der Gruppen reichte von 4 bis 11 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 7;2 Jahren. Hinsichtlich der Ethnizität zeigte sich folgendes Bild: 6 afroamerikanische Kinder (1 VG; 5 KG), 13 lateinamerikanische (5 VG; 8 KG), 18 kaukasische (9 VG; 9 KG) und 4 Kinder (VG) gemischt-ethnischen Ursprungs.

Zur Messung der Veränderung kindlicher aggressiver Verhaltensweisen entschieden sich die Autoren für die englischen Versionen der "Child Behavior Checklist" (CBCL) für Kinder von 1;5 - 5 (Achenbach & Rescorla, 2000) und von 6-18 Jahren (Achenbach & Rescorla, 2001), sowie für die "Teacher Report Form" (TRF, Achenbach & Rescorla, 2001). Der Elternfragebogen (CBCL) erfasst durch die Beantwortung von 118 Items das Ausmaß problematischer Verhaltensweisen der Kinder in der häuslichen Umgebung. Die Items, welche sich zu sieben Problemskalen (Emotionale Reaktivität; Ängstlich/Depressiv;

Körperliche Beschwerden; Sozialer Rückzug; Schlafprobleme; Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten) zuordnen lassen, bilden drei übergeordnete Skalen, nämlich „Externalisierende Auffälligkeiten“, „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Gesamtauffälligkeit“ ab. Die Eltern aller teilnehmenden 41 Kinder wurden vor und nach den 7 Wochen mit oder ohne spieltherapeutischer Intervention gebeten ihre Einschätzungen mit Hilfe der Child-Behavior-Checklist abzugeben.

Die englische Fassung des Fragebogens für Erzieher (TRF), mit welchem die Problemverhaltensweisen in der schulischen Umgebung aus Sicht der Lehrpersonen erfasst wurden, besitzt analog zum CBCL dieselbe Anzahl an Items, welche dieselben sechs Problemskalen abbilden. Ebenso wie die Eltern wurden auch die Lehrer gebeten für jedes teilnehmende Kind ihre Einschätzungen anhand des Fragebogens für Erzieher abzugeben.

Die teilnehmenden Spieltherapeuten, alles Studenten mit mindestens zwei absolvierten Kursen in Spieltherapie, wurden während des Interventionszeitraumes von einem zertifizierten Spieltherapeuten supervidiert. Anhand der von Ray (2004) entwickelten „Play Therapy Skills Checklist“ wurde von den Supervisoren personenzentriertes, spieltherapeutisches Vorgehen sichergestellt.

Betrachtet man die Resultate der statistischen Auswertung der Elternaussagen der „Child Behavior Checklist“, so konnten im Pretestdatenmaterial keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gefunden werden. Die Ergebnisse des Pre- und Posttestvergleichs sprechen für keinen statistisch signifikanten Rückgang aggressiver Verhaltensweisen, mittlere Effektstärken deuten jedoch darauf hin, dass die gefundenen Mittelwertunterschiede der Gruppen möglicherweise durch die Intervention zu erklären sind. An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass die CBCL zum Prätestzeitpunkt von 39 Eltern(paaren) bearbeitet wurde, zum Posttestzeitpunkt erklärten sich jedoch nur mehr 32 dazu bereit sie zu bearbeiten.

Dem gegenüber sprechen die Ergebnisse des Lehrerfragebogens für einen statistisch signifikanten Rückgang aggressiver Verhaltensweisen der Schüler der Interventionsgruppe. Bezogen auf die Kontrollgruppe waren keine statistisch bedeutsamen Veränderungen erkennbar. Auch die Ergebnisse der „Teacher Report Form“ wiesen im Pretest keine statistisch signifikanten Unterschiede auf.

7.2 Schumann (2005)¹⁹

Ziel der Studie von Schumann war die Bestimmung der Wirksamkeit Personenzentrierter Kinderspieltherapie verglichen mit einem, in den Lehrplan integrierten, Kleingruppeninterventionsprogramm zur Gewaltbekämpfung. Insgesamt nahmen 37 –von Eltern und Lehrern verwiesene – Kinder zwischen 5 und 12 Jahren, an der Studie teil. Die Teilnehmer wurden nach Jahrgangszugehörigkeit “gepaart” und zufällig einer der Interventionsgruppen zugewiesen. Die 20 Kinder der Interventionsgruppe 1, erhielten 12 bis 15 dreißig-minütige Einzelspieltherapiesitzungen. Die 17 Kinder der Interventionsgruppe 2, nahmen hingegen zwischen 12 und 19 mal an den in den Lehrplan integrierten Kleingruppeninterventionsprogrammen teil.

Zur Messung der Veränderung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten verwendete Schumann je nach Zielgruppe folgende Instrumente: Das “Behavior Assessment System for Children” (BASC, k. A.) – bestehend aus einer “Teacher Rating Scale” (TRS) und einer “Parent rating scale” (PRS) - und die “Child Behavior Checklist” (CBCL, k. A.) sowie die “Caregiver/Teacher Report Form” (C-TRF, k. A.). Ergänzend zu diesen quantitativen Daten wurden auch qualitative Daten gesammelt. Die Einschätzung der Verhaltensauffälligkeiten anhand dieser Instrumente wurde von Eltern und Lehrern zu zwei Messzeitpunkten, einmal vor und einmal nach der Intervention, vorgenommen.

Ein Blick auf die Ergebnisse dieser Studie zeigt, dass sich Personenzentrierte Einzelspieltherapie und in den Lehrplan integrierte Kleingruppeninterventions-programme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei der Reduktion aggressiver Verhaltensweisen nicht unterscheiden. Durch beide Interventionen konnte eine signifikante Reduktion aggressiver Verhaltensweisen erzielt werden. Dieses Ergebnis fand in der Analyse der qualitativen Daten von Eltern und Lehrern seine Entsprechung, wobei die Daten auf eine höhere Effektivität Personenzentrierter Kinderspieltherapie hinweisen.

¹⁹ Da es sich bei dieser Studie um eine unveröffentlichte Diplomarbeit handelt, konnte der Volltext nicht recherchiert werden. Die angeführten Informationen wurden dem Abstract entnommen.

7.3 Kot, Landreth und Giordano (1998)

Kot, Landreth und Giordano ermittelten 1998 die Wirksamkeit hochfrequenter Personenzentrierter Kinderspieltherapie bei Kindern die Zeugen häuslicher Gewalt wurden. Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Erfahrungen kindliches Verhalten beeinflussen und sie mit größerer Wahrscheinlichkeit internalisierende, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, oder beides aufweisen. Im Detail wurden deshalb die Auswirkungen der Intervention auf das Selbst-Konzept, auf internalisierendes und externalisierendes Verhalten und auf das Spielverhalten der Kinder untersucht.

Die Teilnehmer der Studie wurden in drei verschiedenen Kinderschutzzentren für Gewaltopfer rekrutiert in denen die Betroffenen für mehrere Monate lebten. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war neben einem mindestens der Dauer der Studie entsprechenden Aufenthalt in einem dieser Zentren, die Zustimmung der Mutter, sowie ein Alter zwischen 4 und 10 Jahren. Nach dem Wegfall von 18 Kindern im Laufe der Studie blieben 22 übrig, wovon die Hälfte der Interventionsgruppe und die andere Hälfte der Kontrollgruppe zugeteilt wurde. Von den 11 Kindern der Interventionsgruppe, welche zwölf 45-minütige Personenzentrierte Einzelspieltherapiesitzungen innerhalb von 12 Tagen, oder 3 Wochen erhielten, waren 6 Mädchen und 5 Buben. Hinsichtlich ihrer Ethnizität ergab sich folgendes Bild: 46% der Kinder hatten kaukasischen Ursprung, 27% lateinamerikanischen und 27% hatten afroamerikanische Wurzeln. Von den 11 Kindern der Kontrollgruppe, die während ihres Aufenthalts in der Einrichtung keine spezielle Behandlung bekamen und deren Testung erst erfolgte, nachdem die Kinder der Interventionsgruppe die Einrichtung verlassen hatten, waren 7 Mädchen und 4 Buben. Von diesen Kindern waren 15% kaukasischen Ursprungs, 15% lateinamerikanischen und 70% afroamerikanischen Ursprungs. Sowohl die Kinder der Interventions- als auch die der Kontrollgruppe nahmen während der Studie an den regulären Programmen der Einrichtungen teil.

Um zu Ergebnissen in Bezug auf die Veränderungen des kindlichen Verhaltens zu gelangen, verwendeten Kot und Kollegen (1998) folgende Erhebungsinstrumente: die "Joseph Preschool and Primary Self-Concept Scale" (JPPSST, Joseph, 1979) zur Erfassung des des Selbstkonzeptes der Kinder anhand von Bildern, sowie die "Child Behavior Checklist" (CBCL, Achenbach, 1991) zur Messung kindlicher Verhaltensweisen und Kompetenzen anhand von Aussagen der Mütter. Zudem wurde das Verhalten aller teilnehmenden Kinder während einer 45-minütigen Extraspieltherapieeinheit vor und nach der eigentlichen

Intervention per Video aufgezeichnet und anhand eines selbstentwickelten Instruments - der "Children's Play Session Behavior Rating Scale" (CPSBRS, Kot, k. A.) – analysiert. Anhand dieser 5-stufigen Ratingskala wurden folgende acht Dimensionen erfasst: (1) Affection, (2) Contact, (3) Physical Proximity, (4) Self-direction, (5) Aggression, (6) Mood, (7) Play Themes und (8) Food Nurturing. Sowohl vor der ersten, wie auch nach der letzten Extra-Spieltherapieeinheit wurde die CBCL den Eltern, und den Kindern die JPPSST vorgegeben.

Die Prä- und Posttest Resultate aller zum Einsatz gekommener Instrumente (CBCL; JPPSST; CPSBRS) wurden von geschulten Studenten, welche nicht darüber informiert waren welche Daten vor und welche nach der Intervention gewonnen wurden ausgewertet. Die Ergebnisse des JPPSST weisen auf eine hoch-signifikante Erhöhung des Selbstkonzeptes der Kinder der Interventionsgruppe gegenüber jenen der Kontrollgruppe hin. Diese Resultate bestätigen sich durch die berichteten Wahrnehmungen der Mütter. Die Analyse der Aussagen der Mütter der CBCL zeigt eine signifikante Reduktion der externalisierenden Verhaltensweisen und in der Skala "Verhaltensauffälligkeiten gesamt" zum Posttestzeitpunkt bei Kindern der Interventionsgruppe. Zum zweiten Testzeitpunkt berichteten die Mütter von weniger aggressiven und delinquenten Verhaltensweisen ihrer Kinder. Ein Rückgang der Aggression von Kindern der Interventionsgruppe ließ sich zudem durch die Videoanalysen feststellen, dieser fiel jedoch nicht signifikant aus. Zwar gab es auch Berichte über eine Reduktion internalisierender Verhaltensweisen der Kinder der Interventionsgruppe, die Unterschiede zwischen den Gruppen zum Posttestzeitpunkt erreichte jedoch nicht statistische Signifikanz. Dagegen sprechen die Videoanalysen anhand der CPSBRS für signifikante Unterschiede der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe beim Zulassen körperlicher Nähe zur Therapeutenperson (3) und für signifikante Unterschiede hinsichtlich der Spielthemen (7). Die Autoren berichten von einer zunehmenden Zahl fürsorglicher, konstruktiver und kreativer Spieltätigkeiten, und einem Rückgang konflikthafter Spielthemen. Hinsichtlich der durch die CPSBRS erfassten Dimensionen „Affection“, „Contact“, „Self-direction“, „Aggression“, „Mood“ and „Food Nurturing“ konnten durch die spieltherapeutische Intervention keine signifikanten Veränderungen erzielt werden.

7.4 Dogra und Veeraraghavan (1994)²⁰

Zum Zweck der Untersuchung der Wirksamkeit Personenzentrierter Kinderspieltherapie wurden in der Studie von Dogra und Veeraraghavan (1994) 20 Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren entweder der Versuchsgruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Jene Kinder der Versuchsgruppe erhielten innerhalb der 8 Wochen dauernden Intervention 16 Personenzentrierte Kinderspieltherapieeinheiten mit begleitenden Elterngesprächen.

Zur Messung der Veränderung wurden folgende Verfahren zu zwei Messzeitpunkten, einem vor und einem nach der Intervention, vorgelegt: Den teilnehmenden Kindern wurde der projektive „Rosenzweig Picture-Frustration Test“ (PFT, Rosenzweig, k.A.) vorgelegt, welcher zur Erfassung der Belastbarkeit in sozialen Konfliktsituationen dient. Die Auswertung erfolgte anhand dreier Aggressionsrichtungen: „Extrapunitivität“ (Aggressionen werden gegen die frustrierende Außenwelt gerichtet), „Intropunitivität“ (aggressive Impulse werden gegen die eigene Person gerichtet) und „Impunitivität“ (es wird versucht Aggressionen völlig zu umgehen; Bagatellisieren). Parallel dazu füllten die Eltern die „Child Behavior Rating Scale“ (CBRS, k.A.) aus.

Die Auswertung des „Rosenzweig Picture-Frustration Tests“ (PFT, Rosenzweig, k.A.) ergab für die Personenzentrierte Spieltherapiegruppe eine signifikante Reduktion extrapunitiver Aussagen, sowie eine signifikante Zunahme impunitiver Aussagen, sowie der Tendenz das Bedürfnisziel weiterhin zu verfolgen. Weiters ergab die Auswertung der „Child Behavior Rating Scale“ (CBRS, k.A.) signifikante Veränderungen der Versuchsgruppe hinsichtlich ihrer allgemeinen Anpassung, sowie eine Abnahme aggressiver Verhaltensweisen.

7.5 Kazdin, Bass, Siegel und Thomas (1989)

Die Autoren untersuchten in ihrer Studie von 1989 die Wirksamkeit der Personenzentrierten Kindertherapie im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie bei antisozialen Kindern.

Von den für die Studie rekrutierten 112 Kindern (25 Mädchen, 87 Buben) im Alter von 7 bis 13 Jahren, und einem Durchschnittsalter von 11 Jahren, hatten 54,5% US-amerikanischen und 45,5% afroamerikanischen Ursprung. 84 dieser Kinder waren aufgrund ihrer starken

²⁰ Der Volltext dieser Studie konnte nicht recherchiert werden. Die vorhandenen Informationen wurden einem Artikel von Bratton und Ray (2000) entnommen.

antisozialen Verhaltensweisen zwischen einem und drei Monaten in stationärer Behandlung, die restlichen 28 Kinder wurden ambulant behandelt. Als Störungsbilder nach DSM III Diagnosen (American Psychiatric Association, 1980) zeigten 81 Kinder eine Verhaltensstörung, 13 Kinder eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, 4 hatten ADHS, 3 Kinder litten an Anpassungsstörungen und 11 an anderen als den genannten psychische Störungen.

Die Studienteilnehmer wurden zufällig einer von drei verschiedenen Interventionsmethoden zugewiesen. 37 Kinder der Interventionsgruppe 1 (Problem-Solving-Skills Training, PSST) nahmen ein- bis zweimal pro Woche an 25 circa 50-minütigen Problemlösetrainingsseinheiten teil. Um eine Veränderung antisozialer Verhaltensweisen zu erzielen, kamen kognitiv-behaviorale Techniken wie Rollenspiele, Feedbacktechniken, soziale Verstärkung etc. zum Einsatz. Die 38 Kinder der Interventionsgruppe 2 (Problem-Solving-Skills Training with in vivo Practice, PSST-P) nahmen an einem der Gruppe 1 identen Problemlösetraining teil, jedoch wurde dieses ergänzt durch therapeutisch geplante praktische Übungen, deren Anleitung nach und nach den Erziehungsberechtigten übergeben wurde. Die restlichen 37 Kinder der Interventionsgruppe 3 erhielten 25 circa 50-minütige Einheiten Personenzentrierter Kindertherapie (relationship therapy, RT), in deren Rahmen vor allem in den ersten Therapiekontakten Spielmaterialien zur Unterstützung des Gesprächs Anwendung fanden. Von den ursprünglich für die Studien rekrutierten 112 Kindern brachen 15 die Teilnahme noch vor Ende der Studie ab, wovon 3 aus der PSST- Bedingung waren, 6 aus der PSST-P Bedingung und 6 aus der RT- Gruppe. Ergänzend zu den unterschiedlichen Interventionen wurden von der Stationsleitung der Einrichtung Tokenprogramme zur Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen („Chips“), sowie „Time-out-“, oder „Ausschlusstechniken“ bei unkontrollierbarem Verhalten eingesetzt.

Die Leitung der Therapieeinheiten hatten 5 Frauen zwischen 21 und 40 Jahren, mit abgeschlossenen Universitätsstudien in Sozialarbeit, Klinischer Psychologie oder anderen die psychische Gesundheit betreffenden Studien, inne. Im Vorfeld der Studie mussten diese an einem ca. 6 Monate dauerndem Intensivtrainingsprogramm teilnehmen, in welchem ihnen die jeweiligen Behandlungstechniken vermittelt wurden. Um die Integrität der durchgeführten therapeutischen Interventionen zu wahren, wurden sie zudem mit einem Manual ausgestattet, welches sich aus Beschreibungen der Inhalte der Therapieeinheiten, der Materialien, des Ablaufs sowie aus Beispieldialogen zusammensetzte. Die durchgeführten Therapieeinheiten wurden beobachtet, auf Band aufgenommen und in der Gruppe diskutiert.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, verwendete die Forschergruppe um Kazdin (1989) 8 verschiedene Erhebungsinstrumente welche zu drei verschiedenen Testzeitpunkten (vor der Intervention; 3 bis 4 Wochen nach der Intervention; ein Jahr nach der Intervention) Lehrern, Eltern und den Kindern vorgegeben wurden. In Bezug auf die Einschätzung der kindlichen Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld wurde den Eltern die „Child Behavior Checklist“ (CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1983) bestehend aus Skalen für Problemverhalten, sowie einer Skala für soziale Kompetenzen. Zusätzlich dazu kam es im Zuge des „Parent Daily Report“ (PDR, Patterson, 1982) zu täglichen Telefonanrufen bei den Eltern, welche die Häufigkeit von 23 Verhaltensitems innerhalb der letzten 24 Stunden einschätzen mussten. Ergänzend dazu mussten die Eltern anhand des strukturierten „Interviews of Antisocial Behavior“ (IAB, Kazdin & Esveldt-Dawson, 1986) die antisozialen Verhaltensweisen ihrer Kinder auf einer fünfstufigen-, sowie deren Dauer auf einer dreistufigen Skala einschätzen. Zur Erfassung der schulischen Verhaltensweisen wurde den Lehrpersonen die „School Behavior Checklist“ (SBCL, Miller, 1977) vorgelegt, von welcher drei Skalen (Low „Need Achievement“, „Aggression“, „Hostile Isolation“), sowie die „Total Disability“ Skala, welche den generellen Schweregrad der Funktionsstörungen misst, zur Auswertung herangezogen.

Ebenso wie Eltern und Lehrern, wurden auch den Kindern vor und nach der Intervention folgende Instrumente vorgelegt: „Children’s Action Tendency Scale“ (CATS, Deluty, 1979) zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen, sowie das „Self-Esteem Inventory“ (SEI, Coopersmith, 1967) welches für die Messung typischer durch die Personenzentrierte Therapie hervorgerufener Veränderungen herangezogen wurde. Um die Zusammenhänge zwischen den Therapiefortschritten der Kinder und der psychischen Verfassung v.a. in Bezug auf mütterliche Depression zu untersuchen, wurden außerdem noch die „Hopkins Symptom Checklist“ (SCL-90, Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), sowie das „Beck Depression Inventory“ (BDI, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961) vorgegeben. Am Ende der letzten Therapiestunde wurden schließlich zur Evaluation der Therapie den Kindern das „Child Evaluation Inventory“ (CEI) vorgegeben, deren Eltern das „Parent Evaluation Inventory“ (PEI).

Die Auswertung dieser umfangreichen Erhebungen zeigte folgendes Bild :

Jene Kinder der PSST-Interventionsgruppe und jene der PSST-P Gruppe zeigten im häuslichen und schulischen Bereich bis zu einem Jahr nach der Intervention gegenüber jenen Kindern der RT-Bedingung eine signifikant größere Reduktion antisozialer Verhaltensweisen und genereller Problemverhaltensweisen, sowie vermehrt prosoziales Verhalten. Verglichen mit den, durch die PSST-Bedingung, erzielten Veränderungen waren jene der PSST-P Bedingung zwar größer, jedoch mit der Einschränkung, dass diese nur zum zweiten Testzeitpunkt und im Schulkontext messbar waren. Hinsichtlich der Verhaltensweisen der Kinder der RT-Bedingung konnten keine Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten festgestellt werden.

Trotz aller signifikanter Verbesserungen die durch die PSST und die PSST-P erzielt werden konnten, blieben alle Stichproben weiterhin außerhalb des Normbereichs für Verhaltensauffälligkeiten.

7.6 Kazdin, Esveldt-Dawson, French und Unis (1987)

Bereits zwei Jahre vor 1989 verwirklichte Kazdin mit Unterstützung von Esveldt-Dawson, French und Unis eine Studie über den Vergleich der Wirksamkeit eines kognitiv-behavioralen und eines personenzentrierten Ansatzes bei antisozialen Kindern. Im Unterschied zu seiner Studie von 1989, die er gemeinsam mit Bass, Siegel und Thomas durchführte, wurde diese als Dreigruppendedesign, inklusive einer Kontrollgruppe, geplant. Ursprünglich wurden 56 psychiatrisch stationär aufgenommene Kinder (11 Mädchen und 45 Buben) im Alter von 7 bis 13 Jahren (Durchschnittsalter : 10;9) für die Studie rekrutiert, wovon 76,8% US-amerikanischer und 23,2% afroamerikanischer Herkunft waren. Im Zuge ihrer Einweisung wurden gemäß DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) folgende Diagnosen gestellt : bei 32 Kindern wurde eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert, bei 2 Kindern ADHS, 6 Kinder litten an einer Depression, 4 Kinder zeigten eine Anpassungsstörung und der Rest (12 Kinder) litt an anderen psychischen Störungen. Der Umstand, dass alle Studienteilnehmer während der Studie für 2 bis 3 Monate stationär aufgenommen waren, hatte zur Folge, dass sie auch in Rotuinemaßnahmen der Stationen eingebunden waren, in deren Rahmen unterschiedliche Techniken zum Einsatz kamen wie z.B. „Time-out“, Lob, Verlust von Privilegien etc.. Diese Maßnahmen waren jedoch nicht im Speziellen auf die Behandlung der Verhaltensprobleme ausgerichtet.

Die Gesamtzahl der Studienteilnehmer wurde zufällig einer von drei Bedingungen zugeteilt. Bei den 20 Kindern der Versuchsgruppe 1 (PSST-Bedingung), welche an 20 circa 45-minütigen kognitiv-behavioralen Problemlösetrainingsseinheiten teilnahmen, kamen Techniken wie das Überlegen alternativer Handlungsmöglichkeiten, das Andenken von Konsequenzen unangepassten Verhaltens, Perspektivenübernahme, Hausübungen etc. zum Einsatz. Der Schwerpunkt lag dabei stets auf der Thematisierung zwischenmenschlicher Beziehungen und aktueller Problemsituationen. Die 19 Kinder der Versuchsgruppe 2 (RT-Bedingung) erhielten dagegen 20 circa 45-minütige Einheiten einer Personenzentrierten Kindertherapie in deren Rahmen vor allem in den ersten Sitzungen verschiedenste Aktivitäten und Spielmaterialien zur Problembearbeitung eingesetzt wurden. Die restlichen 17 Kinder, die zufällig der Kontrollgruppe zugeteilt wurden, erhielten ebenfalls 20 Einzelsitzungen mit einem Therapeuten, welche jedoch nur von 20-minütiger Dauer waren und in dessen Rahmen der Therapeut über Routinevorkommnisse in der Klasse oder mit Freunden sprach, sowie Spiele spielte. Ergänzend zu den drei unterschiedlichen Interventionen erhielten alle Kinder „Chips“ als Belohnung für bestimmte Verhaltensweisen oder Handlungen, welche sie am Ende der Therapie gegen Preise eintauschen konnten.

Alle leitenden Therapeuten – vier Frauen zwischen 25 und 31 Jahren – konnten eine postgraduale Ausbildung (kindliche Entwicklung) vorweisen, oder ein anderes die psychische Gesundheit betreffendes Studium. Im Vorfeld der Studie nahmen sie an einem ca. 6 Monate dauerndem Intensivtrainingsprogramm teil, in welchem ihnen, die je nach Therapierichtung unterschiedlichen, Behandlungstechniken vermittelt wurden. Zur Qualitätssicherung der therapeutischen Intervention wurden den Therapeuten zudem Manuale ausgehändigt, welche detaillierte Beschreibungen der Inhalte der Einheiten, der Materialien, des Ablaufs sowie Beispieldialoge enthielten. Die Aktivitäten der Therapeuten wurden supervisorisch begleitet.

Die Wirksamkeit der unterschiedlichen Interventionen wurde anhand der Ergebnisse verschiedener, zu drei Messzeitpunkten vorgegebener (bei der Aufnahme in die Klinik; 1 Monat nach der letzten Therapieeinheit; 4, 8 und 12 Monate nach der Behandlung) Instrumente erfasst.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen hinsichtlich der Einschätzung der kindlichen Verhaltensweisen durch die Eltern zu kommen, wurde diesen die „Child Behavior Checklist“ (CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1983) vorgegeben. Von zentralem Interesse für die Studie

waren in erster Linie jene Skala, welche die Ausprägungen externalisierender Verhaltensweisen misst, sowie die Skalen zur Erfassung der Sozialkompetenz („activities scale“, „social scale“, „school scale“).

Ein weiteres Instrument der Studie war die „School Behavior Checklist“ (SBCL-Form A 2, Miller, 1977) zur Erfassung der Lehrerurteile anhand sechs verschiedener Skalen, von welcher die Aggressionsskala als für die Studie am bedeutsamsten, ausgewählt wurde. Ergänzend dazu wurde auch die „generelle Arbeitsunfähigkeit“ erfasst, welche einen Gesamtwert über die sechs Skalen bildet. Zusätzlich wurden anhand zusätzlicher Items die Lehrerurteile über die intellektuellen Fähigkeiten, die schulischen Fertigkeiten und die Leistungsfähigkeit, sowie die emotionale Anpassung und das Auftreten der Kinder erfasst.

Zur Evaluation der Akzeptanz der Intervention und der Erfassung des Zusammenhangs zwischen den Therapeuteneinschätzungen und dem tatsächlichen späteren Verhalten, wurde sowohl Therapeuten als auch Kindern am Ende der letzten Therapieeinheit das „Therapist Evaluation Inventory“ (TEI) und das „Child Evaluation Inventory“ (CEI) vorgegeben.

Die folgende Darstellung der Ergebnisse der Studie bezieht sich nicht auf die ursprünglichen 56 Datensätze, da es im Laufe der Studie zu Ausfällen kam : von den rekrutierten 56 Kindern nahmen nur 51 Kinder an allen 20 Therapieeinheiten teil. Zwei Kinder der PSST-Bedingung, ein Kind der RT-Bedingung und zwei Kinder der Kontrollgruppe schieden vorzeitig aus. Zu einer weiteren Reduktion kam es zum zweiten Messzeitpunkt, zu dem von ursprünglich 56 nur 47 Datensätze retourniert wurden (17 der PSST-Bedingung, 14 der RT-Bedingung und 16 der Kontrollgruppe) Zum dritten Messzeitpunkt konnten nur mehr 42 Datensätze erhoben werden.

Die Auswertung der gesammelten Datensätze zeigte folgendes Bild :

Die Kinder der PSST-Bedingung zeigten signifikant weniger Funktionsstörungen als jene der RT-Bedingung und der Kontrollgruppe. Im Detail waren eine größere Reduktion externalisierender, aggressiver Verhaltensweisen und genereller Problemverhaltensweisen im häuslichen als auch im schulischen Umfeld erkennbar. Außerdem konnte eine Steigerung prosozialer Verhaltensweisen, und eine generell größere Anpassung der Kinder des Problemlösetrainings gegenüber jenen Kindern der Personenzentrierten Therapie und jenen der Kontrollgruppe festgestellt werden. Diese Effekte zeigten sich sowohl direkt nach der Intervention, als auch zum Follow-up Messzeitpunkt ein Jahr später. Obwohl auch bei den

Kindern der RT-Bedingung ein Rückgang aggressiven Verhaltens, sowie vermehrt prosoziale Verhaltensweisen verzeichnet werden konnten, waren die Unterschiede zur Kontrollgruppe nicht statistisch signifikant. Vergleiche mit einer nichtklinischen Population zeigten, dass ein größerer Teil der Kinder der PSST-Bedingung nach der Intervention ein unauffälliges Ausmaß aggressiver Verhaltensweisen zeigte als aus der RT-Bedingung, oder der Kontrollgruppe. Trotz der erzielten Veränderungen blieb die Mehrheit der Kinder aller drei Bedingungen weiterhin außerhalb der Range für normales Problemverhalten.

7.7 Seeman, Barry und Ellinwood (1964)

Für die Auswahl der Studienteilnehmer wählten Seeman und Kollegen (1964) folgendes Vorgehen: Allen 150 Kindern der zweiten und dritten Klassen einer amerikanischen Volksschule wurde zu drei Messzeitpunkten (vor der Intervention ; 7 Monate später ; ein Jahr nach der Testung) der „Tuddenham Reputation Tests“ (Tuddenham, 1952), sowie deren Lehrern die „Teacher Rating Scale“ (Radke-Varrow, 1946) zur Verhaltensmessung vorgegeben. Anhand der Ergebnisse dieser Instrumente wurden die Kinder einer von drei Kategorien (hohe Anpasstheit, Aggression, Zurückgezogenheit) zugeordnet, und ein Gesamtwert gebildet. Jene 16 Kinder mit den niedrigsten Gesamtwerten wurden für die Teilnahme an der Studie ausgewählt, wobei 8 der Therapiegruppe und 8 der Kontrollgruppe zugeteilt wurden. Beide Gruppen unterschieden sich weder hinsichtlich ihres Geschlechtes, ihres Alters, ihrer aggressiven oder zurückgezogenen Verhaltensweisen oder der Therapiemotivation voneinander. Trotz des Wegfalls zweier Kinder im Laufe der Studie, wovon je eines der Versuchsgruppe und eines der Kontrollgruppe zugeteilt war, konnte die Gleichverteilung aufrecht gehalten werden. Die Intervention der Therapiegruppe sah eine Personenzentrierte Einzelspieltherapieeinheit pro Woche, mit einer durchschnittlichen Dauer von 37 Therapiestunden vor. Zudem achteten die Autoren darauf, dass es während der Studiendauer zu keinen Elternkontakten, weder mit den Eltern der Versuchsgruppe, noch mit jenen der Kontrollgruppe kam.

Die Resultate der Untersuchung von Seeman et al. (1964) wiesen auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hin. Signifikante Veränderungen zu Gunsten der Versuchsgruppe zeigte zwar der „Tuddenham Reputation Test“ (Tuddenham, 1952) der Kinder, die Lehrerurteile der „Teacher Rating Scale“ (Radke-Varrow, 1946) unterschieden sich jedoch generell nur marginal.

Hinsichtlich der Kategorie „Aggression“ zeigten die Kinder der Spieltherapiegruppe zwar niedrigere Werte als der Durchschnitt der Kinder der zweiten und dritten Volksschulklassen, jedoch waren diese nicht statistisch signifikant. Die Aggressionswerte der Kinder der Kontrollgruppe blieben hingegen auf einem Level über dem Durchschnitt.

Im nun folgenden Teil werde ich die wichtigsten Informationen der hier vorgestellten Wirksamkeitsstudien der Personenzentrierten Spieltherapie bei aggressiven Kindern in Tabellenform gegenüberstellen. Den Fokus lege ich dabei auf 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.

7.8 Zusammenfassung

Tabelle 5

Empirische Wirksamkeitsstudien bei aggressiven Kindern

	Ray, Blanco, Sullivan & Holliman (2009)	Schumann (2005)
Art der Studie	Prä- und Posttest VG und KG (ohne Intervention) nicht-randomisierte Zuweisung	Prä- und Posttest VG1 und VG2 randomisierte Zuweisung
Anzahl und Alter der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 42 Kinder • VG: 19 Kinder • KG: 23 (-1) Kinder • Zwischen 4 und 11 Jahren (Ø 7;2 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 37 Kinder • VG 1: 20 Kinder • VG 2: 17 Kinder • Zwischen 5 und 12 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	VG: 4 ♀ 15 ♂ KG: 6 ♀ 16 ♂	-
Frequenz und Dauer	Vierzehn 30-minütige Einzeltherapieeinheiten (je 2 Einheiten pro Woche) innerhalb von 7 Wochen	VG1: 12 bis 15 ca. 30-minütige Einzeltherapiesitzungen VG2: 12 bis 19 Einheiten eines in den Lehrplan integrierten Kleingruppeninterventionsprogramms zur Gewaltbekämpfung
Erhebungsinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2000, 2001) • Teacher-Report Form (TRF, Achenbach & Rescorla, 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2000, 2001) • Teacher-Report Form (TRF, Achenbach & Rescorla, 2001) • Behavior Assessment System for Children (BASC-2, Reynolds & Kamphaus, 2004)
Statistisch signifikante Aspekte	Reduktion aggressiver Verhaltensweisen nach Angaben der Lehrer	Reduktion aggressiver Verhaltensweisen
Unveränderte bzw. nicht-signifikante Aspekte	Keine statistisch signifikante Reduktion aggressiver Verhaltensweisen nach Angaben der Eltern im häuslichen Umfeld	-

Tabelle 6

Empirische Wirksamkeitsstudien bei aggressiven Kindern

	Kot, Landreth & Giordano (1998)	Dogra & Veeraraghavan (1994)
Art der Studie	Prä- und Posttest VG und KG (ohne Intervention)	Prä- und Posttest VG und KG (ohne Intervention)
Anzahl und Alter der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 40 (-18) • VG: 11 Kinder (Ø 6;9 Jahre) • KG: 11 Kinder (Ø 5;9 Jahre) • zwischen 4 und 10 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 20 Kinder • zwischen 8 und 12 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	VG: 6 ♀ 5 ♂ KG: 7 ♀ 4 ♂	-
Frequenz und Dauer	zwölf 45-minütige Einzeltherapiesitzungen innerhalb von 12 Tagen oder 3 Wochen	16 Kinderspieltherapieeinheiten mit begleitenden Elterngesprächen innerhalb von 8 Wochen
Erhebungsinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991) • Joseph Preschool and Primary Self-Concept Scale (JPPSST, Joseph, 1979) • Children´s Play Session Behavior Rating Scale (CPSBRS, Kot) 	<ul style="list-style-type: none"> • Child Behavior Rating Scale (CBRS) • Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT, Rosenzweig)
Statistisch signifikante Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung des Selbstkonzeptes • Reduktion externalisierender sowie aller durch die CBCL erfassten Verhaltensauffälligkeiten • Verbesserte Fähigkeiten Nähe zum Therapeuten zuzulassen • Änderung der Spielthemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion extrapunitiver Aussagen • Zunahme impunitiver Aussagen und der Tendenz das Bedürfnisziel weiter zu verfolgen • Verbesserte allgemeine Anpassung • Abnahme aggressiver Verhaltensweisen
Unveränderte bzw. nicht-signifikante Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten • In den Dimensionen „Affection“, „Contact“, „Self-direction“, „Aggression“ „Mood“ and „Food Nurturing“ 	-

Tabelle 7

Empirische Wirksamkeitsstudien bei aggressiven Kindern

	Kazdin, Bass, Siegel & Thomas (1989)	Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis (1987)
Art der Studie	Prä- und Posttest + Follow-Up VG1, VG2, VG3 randomisierte Zuweisung	Prä- und Posttest + Follow-Up VG1, VG2, KG randomisierte Zuweisung
Anzahl und Alter der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 112 (-15) Kinder • PSST-Gruppe: 37 (-3) Kinder • PSST-P Gruppe: 38 (-6) Kinder • RT-Gruppe: 37 (-6) Kinder • zwischen 7 und 13 Jahren (Ø 11 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 56 (-5; -9) Kinder • PSST-Gruppe: 20 (-2; -1) Kinder • RT-Gruppe: 19 (-1; -4) Kinder • KG: 17 (-2) Kinder • zw. 7 und 13 Jahren (Ø 10;9)
Geschlecht der Teilnehmer	Von den ursprünglichen 112 Kindern 25 ♀ 87 ♂	Von den ursprünglichen 56 Kindern 11 ♀ und 45 ♂
Frequenz und Dauer der Intervention	25 circa 50-minütige Einzeltherapiesitzungen	20 circa 45-minütige Einzeltherapiesitzungen
Erhebungsinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Edelbroch, 1983) • Parent Daily Report (PDR, Patterson, 1982) • Interviews of Antisocial Behavior (IAB, Kazdin & Esveldt-Dawson, 1986) • School Behavior Checklist (SBCL, Miller, 1977) • Children's Action Tendency Scale (CATS, Deluty, 1979) • Self-Esteem Inventory (SEI, Coopersmith, 1967) • Hopkins Symptom Checklist (SCL-90, Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974) • Beck Depression Inventory (BDI, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961) • Child/Parent Evaluation Inventory (CEI, PEI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Edelbroch, 1983) • School Behavior Checklist (SBCL- Form A2, Miller, 1977) • Child Evaluation Inventory (CEI) • Therapist Evaluation Inventory (TEI)
Statistisch signifikante Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • signifikante Reduktion sowohl antisozialer Verhaltensweisen, wie auch genereller Verhaltensprobleme durch PSST und PSST-P 	<ul style="list-style-type: none"> • signifikante weniger externalisierende, aggressive Verhaltens und genereller Problemverhaltensweisen durch PSST als durch RT oder KG
Unveränderte bzw. nicht-sig. Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Keine sig. Unterschiede zw. RT-Gruppe und KG 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine sig. Unterschiede zw. RT-Gruppe und KG

Tabelle 8

Empirische Wirksamkeitsstudien bei aggressiven Kindern

**Seeman, Barry & Ellinwood
(1964)**

Art der Studie	Prä- und Posttest + Follow-Up VG und KG
Anzahl und Alter der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt: 16 (-2) Kinder • VG: 8 (-1) Kinder • KG: 8 (-1) Kinder • zwischen 7 und 9 Jahren
Geschlecht der Teilnehmer	k. A.
Frequenz und Dauer	ca. 37 Einzelspieltherapieeinheiten
Erhebungsinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Tuddenham Reputation Tests (Tuddenham, 1952) • Teacher Rating Scale (Radke-Varrow, 1946)
Statistisch signifikante Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Unterschiede zwischen VG und KG
Unveränderte bzw. nicht-signifikante Aspekte	-

Die Forschungsaktivitäten im Bereich der Einzelspieltherapie mit oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern der letzten 60 Jahre wiesen mehrheitlich signifikante Veränderungen der an Personenzentrierter Kindertherapie teilnehmenden Klienten auf.

- Vier Studien belgen eine Reduktion externalisierender Verhaltensweisen bei den betroffenen Kindern, vor allem der Aggressivität (Ray et al. 2009; Schumann, 2005; Kot et al. 1998; Dogra & Veeraraghavan, 1994).
- Eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der allgemeinen Anpassung zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zeigte sich auch in der Studie von Seeman et al. (1964), jedoch nicht in Bezug auf die Aggressionswerte.
- Eine Studie zeigte eine signifikant verminderte Neigung Aggressionen gegen die frustrierende Außenwelt zu richten und die statistisch signifikante Tendenz Aggressionen zu bagatellisieren (Dogra & Veeraraghavan, 1994).
- Zusätzlich wirkte sich die Personenzentrierte Kindertherapie auf die Erhöhung des Selbstkonzeptes der Kinder aus, auf die Spielthemen generell und auf die Fähigkeit Nähe zuzulassen (Kot et al. 1998).
- Zwei Studien wiesen eine signifikante Reduktion aggressiver, antisozialer Verhaltensweisen und genereller Problemverhaltensweisen nur im Zuge eines behavioral-kognitiven Problemlösetrainings nach, während sich die Kinder der personenzentrierten Intervention nicht signifikant von der Kontrollgruppe unterschieden (Kazdin et al. 1989; Kazdin et al. 1987).

Im finalen Kapitel werde ich nun die dargestellten Ergebnisse unter Berücksichtigung und Einbeziehung aktuellen theoretischen Hintergrundwissens und bestehender Kontroversen diskutieren und interpretieren.

8 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Generell lässt die Zusammenschau der wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit personenzentrierten Vorgehensweisen bei aggressiven Kindern und deren Wirksamkeit erkennen, dass die diesbezügliche Forschung, welche lange Zeit aus bereits angeführten Gründen kaum vorhanden war, in den letzten 10 bis 20 Jahren vermehrt stattfindet. Während Überlegungen zu Interventionskonzepten bei aggressiven Kindern zu einem Großteil aus dem deutschen Sprachraum kommen, werden die Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Kindertherapie bei dieser Klientel bisher schwerpunktmäßig im englischen Sprachraum durchgeführt.

Im Folgenden widme ich mich zunächst den Ergebnissen aus der Zusammenschau der Interventionskonzepte und anschließend jenen der Wirksamkeitsstudien.

Der Überblick über bisherige Arbeiten verschiedenster Vertreter des personenzentrierten Ansatzes zeigt einen Wandel von der lang verbreiteten Annahme, dass Kinder, die schwere Symptome aggressiven, antisozialen Verhaltens aufweisen aufgrund ihrer Ätiologie von einer Personenzentrierten Spieltherapie nicht erreicht werden können, hin zu der Auffassung, dass gerade diesem Therapieansatz durch die Beziehungsarbeit bei dieser Klientel besondere Bedeutung zukommt. Besonders jene Kinder die schon sehr früh negative Beziehungserfahrungen, die aus personenzentrierter Sicht als Hauptursache für oppositionelles, aggressiv-dissoziales Verhalten angenommen werden, machen mussten, können, so die Annahme, durch die Erfahrung einer tragfähigen Beziehung von einer personenzentrierten Vorgehensweise in der Therapie profitieren. Einigkeit herrscht unter den Autoren nicht nur bezüglich der Vermutung der wertschätzenden, akzeptierenden und kongruenten Beziehungsgestaltung als größte Wirkvariable bei diesen Problemkindern, sondern auch dahingehend, dass es auf ihrer Basis zu einer Erweiterung der klassischen nicht-direktiven Vorgehensweise kommen muss, damit Verhaltensänderungen eintreten. Als unerlässlich bei der Arbeit mit diesen Kindern wird eine stärkere Strukturierung und Lenkung durch die Therapeutenperson gesehen, sowie ein generell konfrontativeres Vorgehen. In diesem Zusammenhang wird auch stets die Wichtigkeit eines sparsamen, eindeutigen Grenzsetzungsverhalten betont, welches den Therapeuten bei seiner größten Herausforderung im Umgang mit diesen Kindern unterstützt, nämlich bei der Aufrechterhaltung der Personenzentrierten Grundhaltung trotz der externalisierenden Verhaltensweisen.

Bezugnehmend auf das Ausleben der aggressiven Verhaltensweisen in der Therapie äußern sich die genannten Autoren durchwegs positiv und befürworten den Einsatz aggressionsfördernder Spielmaterialien. In der Literatur finden sich jedoch auch gegenteilige Stimmen (z. B. Schaefer & Mattei, 2005), die dem Ausleben von Aggression keinen kathartischen Effekt zusprechen, sondern im Gegenteil sogar davor warnen, dass dieses Ausleben gemäß der sozialen Lerntheorie zu einer Erhöhung der Aggression beitrage. Behr (1996/2002) und Goetze (2002) weisen als Einzige der angeführten Autoren auf die möglichen negativen Auswirkungen unmittelbarer, dynamischer Auseinandersetzungen in Form von Aggressionspielen bei extrem gestörten, aggressiven Kindern hin. Die Tatsache, dass die rege Beschäftigung mit diesem Thema in der Literatur (Drewes, 2008; Trotter und Landreth, 2003) bisher keine einheitlichen Ergebnisse hervorgebracht hat, macht deutlich, dass es bezüglich der Auswirkungen auf die Therapie noch vermehrt kontrollierter Studien bedarf, an deren Ergebnissen sich die Vorgehensweisen Personenzentrierter Therapeuten bei der Arbeit mit aggressiven Kinder zu orientieren hätten.

Wenn es um die Therapie aggressiver Kinder geht, herrscht Einigkeit unter den Autoren darüber, auf Grund seines großen Einflusses auf die Herausbildung abweichenden Verhaltens auch den familiären Kontext in dem sich diese Verhaltensweisen entwickelt haben und fortbestehen, in den Therapieprozess einzubeziehen. Obwohl Rogers zwar bereits 1939 kritisierte, dass die Eltern und das Umfeld des Kindes viel zu wenig in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden, entstanden konkrete Überlegungen dazu erst einige Jahre später bei Ellinwood (1959). Heute existieren unterschiedliche Modelle zum Einbezug der Eltern in den spieltherapeutischen Prozess ihrer Kinder, mit dem Ziel die „Heilungspotentiale“ der Kindertherapie wie auch der Familientherapie zusammenzuführen. Es gibt Modelle, die begleitende Elterngespräche vorsehen, wie jenes von Schmidtchen (1991), mit simultan ablaufenden Spiel- und Familientherapien, andere bei denen die Kinderpsychotherapie der Familientherapie vorausgeht oder umgekehrt, und Modelle einer eingeschobenen Familientherapie oder einer eingeschobenen Spieltherapie. Gestützt werden diese Entwicklungen durch die Ergebnisse aus Meta- Analysen (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005; LeBlanc & Ritchie, 2001), welche zeigen, dass die Effektivität von Spieltherapie maßgeblich durch den Einbezug der Eltern erhöht werden kann. Die Tatsache dass viele Eltern jedoch nicht fähig und/oder unwillig sind, am spieltherapeutischen Prozess

teilzunehmen bzw. selbst therapeutische Hilfe anzunehmen, weist umso mehr auf die Notwendigkeit erfolgreicher kindzentrierter Interventionen bei dieser Klientel hin.

Generell spricht die Literatur dafür, dass gegenwärtig auf Seiten der Personenzentrierten Therapeuten kein Zweifel mehr darüber besteht, dass diesen Kindern geholfen werden kann. Jedoch müssen, wie bereits Fröhlich-Gildhoff (2005) erkannt hat, therapeutische und pädagogische Begegnungen zwar einerseits korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen anbieten, andererseits aber auch deutliche „Anstöße“, im Sinne neuer, schemaaktivierender Erfahrungen, zur Selbstveränderung gegeben werden. Seit Bowlby (1969, 1973, 1980, 1988), der auf die enge Verbindung zwischen frühen Bindungsbeziehungen und der späteren Entwicklung des Selbst und Bindungsmustern mit anderen hingewiesen hat, steht fest, dass eine empathische, wertschätzende und kongruente Beziehungserfahrung zu Recht von Personenzentrierten Psychotherapeuten als größte Wirkvariable genannt wird. Die therapeutische Arbeit mit Problemkindern hat jedoch gezeigt, dass es darüber hinaus auch andere Dinge braucht, um die individuellen Bedürfnisse dieser zu erfüllen. Diese Erkenntnisse aus der Praxis haben in der Literatur zu einem Paradigmenwechsel der Philosophie von personenzentrierten Interventionsverfahren bei aggressivem Verhalten geführt, welcher sich von verstehenden und begleitenden hin zu eher konfrontierenden, strukturierten und systematischen Ansätzen vollzieht (Fröhlich-Gildhoff, 2006a). Die Praxis hat ebenso gezeigt, dass die Arbeit bei diesen Kindern nur von Erfolg gekrönt sein wird, wenn auf ihre individuellen Bedürfnisse mit einer eklektischen Vorgehensweise reagiert wird, die sich am Konzept einer allgemeinen, integrativen Psychotherapie orientiert. Neben korrektiven Beziehungserfahrungen erfordern diese speziellen Kinder unter anderem auch den Einbezug von tiefenpsychologischem, kommunikationspsychologischem Wissen, von Methoden aus der Verhaltenstherapie und eine stärkere Bezugspersonen- und Umfeldarbeit. Dies hat wiederum Konsequenzen für ein therapeutisches Vorgehen, das die Diskussion um eine störungsspezifische, personenzentrierte Therapie aufgreift (Boeck-Singelmann et al. 1996/2002b). Anders als in der Erwachsenentherapie werden, wie es scheint, von deutschsprachigen Kindertherapeuten die jeweils notwendigen störungsspezifischen Erweiterungen ohne Diskussion mitgemacht. Während man sich vor nicht allzu langer Zeit bei der Behandlung kindlicher Störungen noch an dem jeweils schulenspezifischen Methodeninventar orientierte und dem Hilfesuchenden die am besten passende Technik anbot, ist gerade im Rahmen der Therapie aggressiver Kinder zu erkennen, dass man im Sinne der

jeweiligen Bedürfnisse der Betroffenen nicht länger rigide in den Therapieschulenkonzerten verhaftet bleibt, sondern sich an fremdem Methodeninventar bedient und somit die Grenzen zwischen den Therapieschulen überwindet.

Die Kindertherapeuten haben erkannt, dass die Betroffenen deutlich aufzeigen was sie benötigen, um dem Ziel einer voll entwickelten Persönlichkeit immer näher zu kommen – und dass diese Bedürfnisse nicht vor den Grenzen der jeweiligen Therapieschule halt machen. Sie haben auch eingesehen, dass im Sinne der Kinder, über Therapieschulengrenzen hinweg, jeweils störungsspezifisch mit unterschiedlichen Methoden aus den zahlreichen Therapieschulen auf ihre Bedürfnisse reagiert werden muss, um ihnen den Weg zu einer Verhaltensänderung zu erleichtern.

Wenn es das Ziel ist, Klienten in ihrem Wachsen, in ihrer Autonomie, zu unterstützen, dann muss auf ihre Signale gehört und ohne Rücksichtnahme auf schulenspezifische Therapiekonzepte die jeweils passende und auf den Klienten abgestimmten Methode in das personenzentrierte Inventar integriert werden.

Ich denke, dass gerade die Personenzentrierte Psychotherapie diesbezüglich eine Vorreiterrolle einnimmt. Ihre Vertreter wurden Jahrzehnte lang darin geschult, sich von den Betroffenen den Weg weisen zu lassen, ihnen zu folgen und auf das Streben nach Entfaltung zu vertrauen. Sie sind aufgerufen, anderen Therapieschulen aufzuzeigen, welche ungeahnten Möglichkeiten in einer allgemeinen Psychotherapie stecken, die mit einem breiten Methodeninventar auf sämtliche Bedürfnisse ihrer Klienten eingehen und sie somit in ihrem Wachstum unterstützen kann.

Der Personenzentrierten Psychotherapie ist für die Zukunft zu wünschen, dass sich Theoretiker vermehrt mit Interventionsmöglichkeiten bei genau jenen Problemkindern beschäftigen, die mehr brauchen, als eine Personenzentrierte Beziehungsgestaltung. Erst die Auseinandersetzung mit den Grenzen ihrer Anwendung ermöglicht Erweiterungen des Konzeptes und der verfügbaren Interventionstechniken, die sich an den Bedürfnissen der Kinder orientieren, denen diese letzten Endes zu Gute kommen werden. Erst dann- und nur dann - kann und wird die Personenzentrierte Psychotherapie tatsächlich eine „Methode für alle Fälle“ (Hutterer, 2005) sein.

Die Zusammenschau der Ergebnisse kontrollierter Studien der Wirksamkeit Personenzentrierter Spieltherapie bei oppositionellen, aggressiv-dissozialen Kindern weist zwar mehrheitlich signifikante Veränderungen bei den Betroffenen auf (Dogra & Veeraraghavan, 1994; Kot et al. 1998; Ray et al. 2009; Schumann, 2005; Seeman et al. 1964), jedoch finden sich auch widersprüchliche Resultate (Kazdin et al. 1989 ; Kazdin et al. 1987).

Bereits im Zuge meiner Studienauswahl habe ich besonderes Augenmerk darauf gelegt, nur kontrollierte, empirische Studien in den Review einzubeziehen, um zu gewährleisten, dass die nachgewiesenen Effekte auf die spieltherapeutische Intervention und nicht auf konfundierende Faktoren zurückzuführen sind. Basierend auf diesem Anspruch liess ich bewusst Einzelfallstudien außer Acht, welche keine generalisierbaren Ergebnisse liefern, obwohl diese, nichts desto trotz, einen großen Beitrag zur Glaubwürdigkeit der Wirksamkeit einer Therapiemethode leisten. Jedoch bich ich trotz der gewählten Vorgehensweise zu der Auffassung gelangt, dass auch die Ergebnisse dieser selektiv ausgewählten Studien aufgrund zahlreicher methodologischer Schwächen eine Übertragbarkeit als manchmal mehr und manchmal weniger sinnvoll erscheinen lassen.

Obwohl bei allen Studien zumindest eine Vergleichsgruppe vorgesehen war, fehlt es meiner Meinung nach – allen ethischen Bedenken zum Trotz – bei manchen Studien an einer Kontrollgruppe, deren Teilnehmer nicht in den Genuss einer therapeutischen Intervention kommen. Da es im Laufe der kindlichen Entwicklung gerade bei aggressiven Verhaltensweisen zu massiven Schwankungen kommt, braucht es, um festzustellen ob Verhaltensänderungen auf eine bestimmte Intervention zurückzuführen oder durch den Entwicklungsverlauf bestimmt sind, eine Vergleichsgruppe ohne Intervention.

Als problematisch erachte ich auch die Tatsache, dass es sich bei den teilnehmenden Kindern oftmals nicht um Probanden handelt, die aus einer klinischen Population stammen, sondern die gezielt für die Studie angeworben wurden. Dieser Umstand bedingt, dass die rekrutierten Kinder oftmals nur milde, subklinische Ausmaße oppositionellen, aggressiv-dissozialen Verhaltens aufweisen. Um die Wirksamkeit einer Intervention bei einer bestimmten Störungsgruppe zugehörigen Kindern feststellen zu können, braucht es jedoch eine eindeutige diesbezügliche Diagnose.

Ein weiteres Manko sehe ich hinsichtlich einer bei manchen Studien fehlenden randomisierten Zuweisung, durch die sichergestellt werden kann, dass bekannte sowie unbekannte Störgrößen gleichermaßen auf die Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt sind. Bei Ergebnissen von Studien, deren Teilnehmer keiner zufälligen Zuweisung unterzogen wurden, muss davon ausgegangen werden, dass der nachgewiesene Effekt potentiell einer systematischen Verzerrung unterliegt.

Zur Messbarmachung der Langzeiteffekte spieltherapeutischer Interventionen bedarf es – wie bei jenen Studien von Kazdin et al. (1989), Kazdin et al. (1987) und Seeman et al. (1964) – mindestens eines weiteren Messzeitpunktes.

Obwohl die Gesamtteilnehmerzahl der Studien relativ groß ausfällt, kommt es durch die Aufteilung der Probanden auf die Versuchs- und Kontrollgruppen, sowie durch den nicht planmäßigen Wegfall von Studienteilnehmern im Laufe der Untersuchung, zu kleinen Stichprobengrößen. Diese geringe Anzahl an Probanden pro Gruppe führt einerseits dazu, dass eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse nur mehr eingeschränkt möglich ist, andererseits zu höheren Effekten.

Ein weiterer besonders wichtiger Kritikpunkt betrifft die Anzahl der durchgeführten Therapiestunden. Vier von sieben Studien sahen lediglich eine Anzahl zwischen 12 und 16 Therapieeinheiten vor. Studien wie jene von LeBlanc und Ritchie (2001) weisen jedoch darauf hin, dass maximale Effektstärken bei 30 bis 35 Therapieeinheiten erzielt werden. „At least 20 sessions would appear to be recommended based on the results of this study. Short-term therapies (i.e., less than 10 sessions) may actually result in negative outcomes that might be due to a tendency for children to ‚act out‘ unexpressed feelings in the early stages of therapy“ (LeBlanc & Ritchie, 2001, S. 159).

Zukünftige Studien sollten die Tatsache berücksichtigen, dass gerade in der Personenzentrierten Spieltherapie Kinder zum Ausleben ihrer aggressiven Gefühle motiviert werden, was sich vor allem in den ersten Sitzungen entsprechend in den Ergebnissen widerspiegelt.

Ähnliche Resultate liefern auch die Studien von Bratton et al. (2005), sowie von Tsai und Ray (2011).

Ein letzter und meiner Meinung nach besonders wichtiger, weil grundlegender Kritikpunkt betrifft die Ausbildung der Therapeuten im Rahmen dieser Studien. Ein extremes Beispiel hierfür sind die beiden Studien von Kazdin et al. (1989) und Kazdin et al. (1987). In beiden Studien mussten die Therapeuten im Vorfeld der Studie lediglich an einem ca. 6 Monate dauernden Intensivtrainingsprogramm teilnehmen. Angesichts der Komplexität der therapeutischen Vorgehensweise, welche nicht im Schnellverfahren erlernt werden kann, sondern im Laufe vieler Lehrjahre *erfahren* werden muss, halte ich die Ergebnisse dieser Studien – zumindest jener der personenzentrierten Intervention – für äußerst fragwürdig. Die Tatsache, dass sie lediglich dann verlässliche Ergebnisse hervorbringen, wenn die teilnehmenden Therapeuten eine fundierte, langjährige Ausbildung genossen haben und um die Feinheiten einer Therapiemethode bescheid wissen, sollte bei zukünftigen Wirksamkeitsuntersuchungen stets mitbedacht werden.

Im Gegensatz zu den mittlerweile vergleichsweise zahlreich vorhandenen Effektivitätsstudien spieltherapeutischer Vorgehensweisen gibt es nur eine sehr geringe Anzahl an kontrollierten Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Kindertherapie bei aggressivem Verhalten, obwohl es eines der häufigsten Probleme im Kindes- (und Jugendalter) darstellt. Diese geringe Anzahl gefundener Publikationen deutet darauf hin, dass in der Spieltherapie kaum von einer Evaluierung störungsspezifischer Vorgehensweisen gesprochen werden kann. Dieser Mangel kann jedoch auch als Chance dahingehend betrachtet werden, dass sich alle spieltherapeutischen Schulen auf ihre Gemeinsamkeiten besinnen und verstärkt störungsspezifische Konzepte entwickeln, die im weiteren Verlauf auf ihre Effektivität hin geprüft werden.

Im Zuge der längst überfälligen sowie notwendigen theoretischen Zusammenschau bisheriger personenzentrierter Interventionsmodelle konnte zwar ein guter Überblick über individuumzentrierte therapeutisch-pädagogische Handlungsweisen gegeben werden, eine Zusammenschau der gerade für den Schulkontext wichtigen Präventiven Gruppeninterventionsprogramme ist jedoch weiterhin ausständig. Die Übersicht über die bisherige Wirksamkeitsforschung personenzentrierter Interventionen bei aggressiven Kindern

hat deutlich gemacht, dass es, um exakte Aussagen machen zu können, diesbezüglich vermehrter Forschung bedarf. Ebenso fehlen differenzierte Analysen der Wechselwirkung zwischen dem Einsatz methodischer, verhaltensbezogener Elemente und der Bedeutung einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung.

Diesen Kindern, die keine andere Möglichkeit sehen mit der feindlichen Welt fertig zu werden als gegen sie zu kämpfen, ist in jedem Fall weitere Forschungsarbeit auf dem Gebiet der therapeutischen Interventionen und deren Wirksamkeit zu wünschen.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S. (1974/2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. E. Grossmann (Hrsg.) & K. Grossmann (Übers.). Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie (S. 414-421). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, F. H. (1934). Therapeutic work with children: A statement of a point of view. American Journal of Orthopsychiatry, 4, 193-202.
- Allen, F. H. (1942/2001). Psychotherapy with children. New York, NY: W. W. Norton (1942) and London: Routledge (2001).
- Aster, M. von, Reitzle, M. & Steinhausen, H. C. (1994). Differentielle therapeutische und pädagogische Entscheidungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Psychotherapeut, 39, 360 – 367.
- Axline, V. M. (1947/2002). Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. (R. Bang, Übers.). München: Reinhardt. (Original erschienen 1947: Play Therapy. The inner dynamics of childhood)
- Axline, V. M. (1964/2008). Dibs. Ein kleiner Junge befreit sich aus seinem seelischen Gefängnis. (R. Pauer, Übers.). München: Knaur. (Original erschienen 1964: Dibs in search of self)
- Barrett-Lennard, T. (1998). Carl Rogers' helping system. Journey & substance. London: SAGE.
- Baumgärtel, F. (1976). Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. München: Pfeiffer.
- Baving, L. (2008). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (S. 295-310). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (1996/2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte (S. 95-122). Göttingen: Hogrefe.

- Behr, M. (2003). Interactive resonance in work with children and adolescents - A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 89-103.
- Behr, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kritz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 151-164). Wien: UTB.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998). Das Phänomen Aggression betrachtet im Rahmen der Klientenzentrierten Entwicklungspsychologie. *Person*, 1, 64-68.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006a). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73-94). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006b). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93-116). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (1982). Du sollst merken – wie willst du sonst verstehen. Plädoyer für das tiefenpsychologische Modell der Entwicklung der Person in der Gesprächspsychotherapie. In E. Biehl, E. Jaeggi, W. R. Minsel, R. van Quekelberghe & D. Tscheulin (Hrsg.), *Neue Konzepte der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 36-39). München: Steinbauer & Rau.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979/1995/2002). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bills, R. E. (1950). Nondirective play therapy with retarded readers. *Journal of Consulting Psychology*, 14 (2), 140-149.
- Bixler, R. H. (1949). Limits are therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13 (1), 1-11.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.). (1996/2002a). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.). (1996/2002b). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.

- Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.). (2003). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Boumann, H. (2008). *Diagnose: „Störung des Sozialverhaltens“: Kinder- und Jugendpsychiatrie unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1, Attachment*. New York, NY: Basic.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2, Separation*. New York, NY: Basic.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3, Loss, sadness and depression*. New York, NY: Basic.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York, NY: Basic.
- Bratton, S. & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9 (1), 47-88.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390.
- Cierpka, M. (2005). >> . . . und da hat er ihr einfach eine vors Schienbein gegeben, einfach so! << Familiärer Kontext, individuelle Entwicklung und Gewalt. In M. Cierpka (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (S. 13-35). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cochran, J. L., Cochran, N. H., Nordling, W. J., McAdam, A. & Miller, D. T. (2010). Monitoring two boy's processes through the stages of child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 19 (2), 106-116.
- Coie, J. D. & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development* (pp. 779-862). Hoboken, NJ: Wiley.
- Connor, D. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Crenshaw, C. & Mordock, J. (2005/2007a). *Understanding and treating the aggression of children. Fawns in Gorilla Suits*. New York, NY: Jason Aronson.
- Crenshaw, D. & Mordock, J. (2005/2007b). *A handbook of play therapy with aggressive children*. New York, NY: Jason Aronson.

- Crick, N. R. & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2006). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Hans Huber.
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 171-180). New York, NY: Wiley.
- Dogra, A. & Veeraraghavan, V. (1994). A study of psychological intervention of children with aggressive conduct disorder. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 21 (1), 28-32.
- Dorfman, E. (1951/2005). Spieltherapie. In C. R. Rogers (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 219-254). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dornes, M. (2004). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Dornes, M. (2006). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Drewes, A. A. (2008). Bobo revisited: What the research says. *International Journal of Play Therapy*, 17 (1), 52-65.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Ellinwood, C. (1989). The young child in person-centered family therapy. *Person-Centered Review*, 4, 256-262.
- Elsner, K. (2004). Tätertherapie. Grundlagen und kognitiv-behavioraler Schwerpunkt. In M. Broda, S. Fliegel, A. von Schlippe, J. Schweitzer, W. Senf & U. Streeck (Hrsg.), *Psychotherapie im Dialog*, 5 (2), 109-119.
- Engel, G. L. (1977/1979). Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells. Eine Herausforderung der Biomedizin. In H. Keupp (Hrsg.), *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Fortschritte der klinischen Psychologie*. (S. 63-86). München: Baltimore. (Original erschienen 1977: *The need for a new medical model: a chance for biomedicine*, Science)

- Essau, C. A. & Conradt, J. (2004). Aggression bei Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt.
- Finke, H. (1947). Changes in the expression of emotionalized attitudes in six cases of play therapy. Unpublished Master's thesis, University of Chicago.
- Finke, J. (1994). Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (1991). Beziehung statt Ausgrenzung!? Heilpädagogische Intensivbetreuung (HPIB, Einzelbetreuung) als Angebot und Chance für Jugendliche, die auf der Schwelle gesellschaftlicher Ausgrenzung stehen, GwG- Zeitschrift, 82, 70-75.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen (S. 239-326). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2004). Depression bei Kindern und Jugendlichen. Symptomatik – Ursachen - Therapie. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 35 (2), 101-110.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2005). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (PTKJ) – eine aktuelle Bestandsaufnahme. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 36 (1), 17-21.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006a). Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006b). Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT). Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006c). Personenzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. Person, 10 (2), 151-163.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kinder und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). Person-centred interventions with violent children and adolescents. In Behr, M. & Cornelius-White, J. (Eds.), Facilitating young peoples development. International perspectives on person-centred theory and practice (pp. 96-107). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Gewalttätige Kinder und Jugendliche - Ein Forschungssurvey zu den Ursachen und ein personzentriertes Interventionskonzept. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen - Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte (S. 219-240). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011, August). Kleine Jungen müssen raufen?! Entstehung von Aggression und Gewalt – und die pädagogische Begegnung [PDF]. Zentrum für Kinder- und Jugendforschung Evangelische Hochschule Freiburg. Verfügbar unter: <http://zfkj.de/?q=node/23> [Datum: 07.02.2012].
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hanne, K. (1996/2002). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte (S. 369-389). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In R. Dittrich & P. Michels (Hrsg.), Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (S. 161-194). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Glass, G. V. (1978). Integrating findings: The meta-analysis of research. *Review of Research in Education*, 5, 351-379.
- Glass, G. V., McGaw, B. & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26 (3), 357-370.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004, März). Von der Verhaltenstherapie zur Neuropsychotherapie [PDF]. Institut für Psychologie der Universität Bern. Verfügbar unter: www.gwg-ev.org/docs/grawe-neuropsychotherapie.pdf [Datum: 07.02.2012].

- Guernsey, B. G. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28 (4), 304-310.
- Hensel, T. (2008). Personzentrierte Spieltherapie als Grundlage. In T. Simon & G. Weiss (Hrsg.), *Heilpädagogische Spieltherapie. Konzepte – Methoden – Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hinshaw, S. P., Lahey, B. B. & Har, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Hobi, R. (1998). Therapie durch das Spiel. Brennpunkt Sondernummer '98. SGGT-Fachtagung 1996 Personzentriert - Thema und Variationen.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G. W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie heute* (S. 30-53). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 1* (S. 17-32). Köln: GwG-Verlag.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 35 - 79), Göttingen: Hogrefe.
- Hupert, W. & Dann, H. D. (2001). *KTM Kompakt. Basistraining, Zerstörungsreduktion und Gewaltprävention für pädagogische und helfende Berufe auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells*. Bern: Huber.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. *Person*, 9 (1), 21-41.
- Hutterer, R. (2008). *Narrative Reviews – Zweck und methodische Vorgangsweise*. Universität Wien.
- Jacobs, S., Hoyer, J., Katthän, U., Zahnow, U. (1990). Psychotherapie mit psychisch kranken Delinquenten. Die Erweiterung des klientenzentrierten Interventionsrepertoires. *GwG-Zeitschrift*, 80, 223-227.

- Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen und Konzepte (S. 123 - 149). Göttingen: Hogrefe.
- Jenny, B., Goetschel, P., Käppler, C., Samson, B. & Steinhausen, H.-C. (2006). Personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person*, 2, 93-107.
- Jernberg, A. M. (1987). *Theraplay – Eine directive Spieltherapie*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Just, H. (1982). Kindzentrierte Spieltherapie mit aggressiven Kindern. In J. Benecken (Hrsg.), *Kinderspieltherapie. Fallstudien. Verhaltensmodifikation. Diagnostik. Beratung. Therapie* (S. 149-179). Stuttgart: Kohlhammer.
- Juul, J. (1997). *Das kompetente Kind. Auf dem Weg zu einer neuen Wertgrundlage für die ganze Familie*. Reinbek: Rowohlt.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks: SAGE.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T. & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (4), 522 – 535.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H. & Unis, A. S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 76 – 85.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 1-62). Wien: Springer.
- Kemper, F. (1988). Personenzentrierte Psychotherapie bei aggressiven Kindern. In U. Franke (Hrsg.), *Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie* (S. 125-148). Berlin: Springer.
- Kemper, F. (1999). Personenzentrierte Familienspieltherapie bei aggressiven Kindern. Neuere Konzeptkonturen. In U. Franke (Hrsg.), *Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder* (S. 169-181). Stuttgart: Urban & Fischer.

- Kleiber, D. & Meixner, S. (2000). Aggression und (Gewalt-)Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen: Ausmaß, Entwicklungszusammenhänge und Prävention. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 31, 191 - 205.
- Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2006). Emotionale und verhaltensbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter. Wien: WUV.
- Kot, S., Landreth, G. L., Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17-36.
- Lahey, B. B., Goodman, S. H., Canino, G., Bird, H., Schwab-Stone, M., Waldman, I. D. et al. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 488-503.
- Landreth, G. L. (1991/2002). *Play Therapy: The art of the relationship*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (Eds.). (2001). *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., Homeyer, L. E., Glover, G. & Sweeney, D. S. (Eds.). (1996). *Play therapy interventions with children's problems*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- LeBlanc, M. & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 149-163.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks: SAGE.
- Lutz, W. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Marées, N. von & Petermann, F. (2009). Bullying an Grundschulen. Formen, Geschlechtsunterschiede und psychosoziale Korrelate. *Psychologische Rundschau*, 60 (3), 152-162.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y. M., Mann, R. E. & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 395-405.
- McConaughy, S. H. & Achenbach, T. (1994). Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1141-1157.
- Moustakas, C. E. (1953). *Children in play therapy*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Moustakas, C. E. (1959/1970). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York, NY: Harper & Row.
- Moustakas, C. E. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (1997). *Reaching children through play therapy. An experiential approach*. Denver: The Publishing Cooperative.
- Oaklander, V. (1981). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- O'Connor, K. (2001). Ecosystemic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 33-44.
- Ostbomk-Fischer, E. (2000). Gewaltverhalten bei Jugendlichen. Zum Verhältnis von Ursachen, Prävention und Korrektur. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 185-190.
- Österreichischer Rundfunk (ORF) (2007). Verfügbar unter: <http://oesv1.orf.at/stories/216654> [Datum: 17.01.2012].
- Österreichisches Zentrum für psychologische Gewaltprävention im Schulbereich (ÖZGPS). Verfügbar unter: <http://www.oezpgs.at> [Datum: 02.12.2011].
- Panagiotopoulos, P. (1993). Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag von Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In J. Eckert, D. Höger und H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 43-55). Köln: GwG-Verlag.
- Pelinka, B. (2000). Klientenzentrierte Kindertherapie – Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers. *Person*, 4 (1), 43-51.
- Perrig-Chiello, P. (1997). Über die lebenslange Bedeutung frühkindlicher Bindungserfahrung. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 153-160.
- Petermann, F. (2000). Aggression – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 1-2.
- Petermann, F. (2009). Aggression und Gewalt – Editorial zum Themenschwerpunkt. *Psychologische Rundschau*, 60 (3), 135-136.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2000). *Aggressionsdiagnostik. Kompendien, Psychologische Diagnostik. Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern*. Weinheim: Beltz.

- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Peterson, J. & Flanders, J. (2005). Play and the regulation of aggression. In R. Tremblay, W. Hartup & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 133-157). New York, NY: Guilford Press.
- Peterson Johnson, S. & Chuck, P. (2001). Play therapy with aggressive acting-out children. In G. Landreth (Eds.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 239-255). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Phillips, R. D. & Landreth, G. L. (1998). Play therapists on play therapy: II. Clinical issues in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 1-24.
- Rank, O. (1926/2006). *Technik der Psychoanalyse*. Band I – III. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M. & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18 (3), 162-175.
- Reisel, B. (2001). The clinical treatment of the problem child: Carl Rogers als Kindertherapeut. *Person*, 2, 55-67.
- Reisel, B. (2002). Wenn die Erfahrung zum Feind wird. Zum Verständnis kindlicher Verhaltensauffälligkeiten im Personzentrierten Ansatz. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemenskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmidt & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Festschrift zum Jubiläums-Symposium 25. bis 27 Februar 2000 in Salzburg* (S. 408-424). Köln: GwG-Verlag.
- Reisel, B. & Fehringer, C. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 335-352). New York, NY: Springer.
- Renouf, A. G., Kovacs, M. & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 998-1004.
- Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Die nicht-direktive Beratung* (E. Nosbüs, Übers.). München: Kindler (Original erschienen 1942: *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*)

- Rogers, C.R. (1942b). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434.
- Rogers C. R. (1951/2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (E. Nosbüsch, Übers.). Frankfurt a. Main: Fischer. (Original erschienen 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory)
- Rogers, C. R. (1956). Client-centered therapy: A current view. In F. Fromm-Reichmann & J. L. Moreno (Eds.), *Progress in Psychotherapy, Volume 1* (pp. 199-209). New York, NY: Grune & Stratton.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung entwickelt im klientenzentrierten Ansatz*. Köln: GwG-Verlag. (Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework)
- Rogers, C. R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (J. Giere, Übers.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy)
- Rogers, C. R. (1977/1978). *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler. (Original erschienen 1977: On personal power. Inner strength and its revolutionary impact)
- Rutter, M. (1997). Antisocial behavior: Developmental psychopathology perspectives. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 115-124). New York, NY: Wiley.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig M. & Houben I. (2003). *American Psychiatric Association: Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, C. E. & Mattei D. (2005). Catharsis: effectiveness in children's aggression. *International Journal of Play Therapy*, 14 (2), 103-109.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2002). Aggression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 187-226). Bern: Hogrefe.

- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2004). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie* (S. 367-406). Berlin: Springer.
- Schlack, R., Hölling, H. & Petermann, F. (2009). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. *Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. Psychologische Rundschau*, 60 (3), 137-151.
- Schmidt, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis, Ein Handbuch. Band II. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmidt, P. F. (2001). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 294-323). Wien: WUV.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmidtchen, S. (1996/2002). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 153-194). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtchen, S. (2001a). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (2001b). Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen – Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In I. Langer (Hrsg.), *Reinhard Tausch – Festschrift zu seinem 80. Geburtstag* (S. 281 – 324). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (2003a). Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen* (S. 79 – 104). Göttingen: Hogrefe.

- Schmidtchen, S. (2003b). Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4, 213-220.
- Schumann, B. (2005). Effects of child-centered play therapy and curriculum-based small group guidance on the behaviors of children referred for aggression in an elementary school setting. *Dissertation Abstracts International*, 65/12, 4476.
- Seeman, J., Barry, E. & Ellinwood, C. (1964). Interpersonal assessment of play therapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 64-66.
- Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). *Psychologie der Aggressivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegler, R., DeLoache, J. & Eisenberg, N. (2005). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. München: Spektrum.
- Silverthorn, P. & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101-126.
- Stern, D. N. (1985/2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1986: *The interpersonal world of the infant*)
- Taft, J. (1933). *The dynamics of therapy in a controlled relationship*. New York, NY: Macmillan.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Trotter, K. & Landreth, G. (2003). A place for bobo in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 12 (1), 117-139.
- Tsai, M.-H. & Ray, D. C. (2011). Play therapy outcome prediction: An exploratory study at a university-based clinic. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 94-108.
- Vitiello, B. & Stoff, C. M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 307-315.
- Weinberger, S. (2001/2007). *Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- West, J. (1996). *Child-centered play therapy*. London: Edward Arnold.
- Wilson, K., Kendrick, P. & Ryan, V. (1992). *Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents*. London: Bailliere Tindall.
- Zulliger, H. (1952/2007). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Magdeburg: Dietmar Klotz.

ERHEBUNGSINSTRUMENTE

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: W. H. Freeman.
- Deluty, R. H. (1979). Children's action tendency scale: A self-report measure of aggressiveness, assertiveness, and submissiveness in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1061-1071.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. In P. Pichot (Eds.), *Psychological measurement: Modern problems in pharmacopsychiatry*, Volume 7 (pp. 79-110). Basel: Karger.
- Joseph, J. (1979). *Joseph pre-school and primary self-concept screening test*. Chicago, IL: Stoelting.
- Kazdin, A. E. & Esveldt-Dawson, K. (1986). The interview of antisocial behavior: psychometric characteristics and concurrent validity with child psychiatric inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 289-303.
- Miller, L. C. (1977). *School Behavior Checklist manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

- Radke-Varrow, M. J. (1946). The relation of parental authority to children's behavior and attitudes. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory and Research*, 32, 28-41.
- Tuddenham, R. D. (1952). Studies in reputation. *Psychological Monographs*, 66 (1).

Anhang: Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Ingrid Schuster
Geboren am: 11.12.1984
Staatsbürgerschaft: Österreich

AUSBILDUNG

Seit 01/12 **Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP)**
Psychotherapeutisches Propädeutikum

Seit 10/03 **Universität Wien** Studium der Psychologie
Schwerpunkte: Klinische- und Gesundheitspsychologie; Kinder- und
Jugendpsychologie

Seit 10/03 **Universität Wien** Studium der Bildungswissenschaften
Schwerpunkte: Personenzentrierte Psychotherapie; Psychoanalytische
Pädagogik; Sonder- & Heilpädagogik

BERUFSERFAHRUNG

Seit 07/07 **Kinderbüro der Universität Wien** – Wissenschaftsvermittlerin
Programmerstellung, Elternarbeit, Kinderbetreuung

Seit 05/07 **Österreichisches Jugendherbergswerk** – Trainerin
Konzeption u. Durchführung von Workshops („soziales Lernen“)

07/06 und 07/07 **Kinderwerk Niederösterreich** – Betreuungsperson
Betreuung verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher

PRAKTIKA

Seit 10/11 **Bundesblindeninstitut (BBI)**
Psychologisch-psychotherapeutisches Praktikum

10/10-12/10 **Lehr- und Forschungspraxis** der Arbeitsgruppe Klinische und
Gesundheitspsychologie der Fakultät für Psychologie der Universität
Wien (LeFoP) – Psychologisches Praktikum

10/08-03/08 **Institut für Bildungswissenschaft**
Beraterin für online Literaturrecherche und Schreibberatung

10/07-01/08 **Wiener Sprachheilschule – Standort West**
Sprachheilpädagogische Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern