

# Die Wirkung von Theraplay

Die Wirkung von Theraplay auf Klein- und Vorschulkinder  
mit klinisch bedeutsamen Verhaltensstörungen,  
Aufmerksamkeitsdefiziten mit und ohne Hyperaktivität  
und mit rezeptiven Sprachstörungen

Dissertation

vorgelegt von

Herbert H. G. Wettig

Diplompsychologe

zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie  
der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg

Gutachter

Prof. em. Dr. Hans-Joachim Ahrens

Prof. Dr. Peter Fiedler

---

*Für Ulrike Franke,  
die Theraplay in Deutschland einführte,  
und  
für die Eltern und Kinder,  
die an dieser Forschung teilgenommen haben.*

## ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die nachstehende Dissertation zum Thema „Die Wirkung von Theraplay auf Klein- und Vorschulkinder mit klinisch bedeutsamen Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefiziten mit und ohne Hyperaktivität und mit rezeptiven Sprachstörungen“ selbständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

Ich erkläre zugleich, dass ich diese Dissertation nicht in dieser oder einer anderen Form bereits anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Einige vorläufige Ergebnisse der von mir 1998-2006 in Heidelberg durchgeführten Längsschnittstudie und der 2000-2006 in Deutschland und Österreich durchgeführten Multi-Center-Studie wurden in Zusammenarbeit mit Ulrike Franke in den Jahren 2003-2007 bereits in Deutschland, United Kingdom und USA im Rahmen von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt, in Fachzeitschriftenbeiträgen und im Buch von Charles E. Schaefer & Heidi Gerard Kaduson (Eds.) „Contemporary Play Therapy. Theory, Research, and Practice“, 2006, S. 103-135, New York: The Guilford Press, veröffentlicht.

Leonberg, 15. August 2007



Herbert H.G. Wettig  
Diplompsychologe

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>1 THERAPLAY®</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Modell und Beschreibung von Theraplay</b>	<b>13</b>
1.1.1 Theraplay als entwicklungsorientierte Spieltherapie	14
1.1.2 Theraplay als interaktive Spieltherapie	15
1.1.3 Theraplay als direkte Spieltherapie	16
1.1.4 Theraplay als Kurzzeit-Spieltherapie	16
<b>1.2 Therapeutische Elemente von Theraplay</b>	<b>17</b>
1.2.1 Fürsorglichkeit	17
1.2.2 Eindringlichkeit, Engagement	18
1.2.3 Struktur	20
1.2.4 Herausforderung	21
1.2.5 Rolle der Eltern	22
1.2.6 Therapeutisches Setting	24
<b>1.3 Typische Phasen des Therapieverlaufs</b>	<b>25</b>
1.3.1 Anamnese und Interaktionsdiagnostik	25
1.3.2 Typischer Sitzungsverlauf	26
1.3.3 Typischer Therapieverlauf	27
<b>1.4 Indikationen und Kontraindikationen</b>	<b>28</b>
<b>2 THEORETISCHER TEIL</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Theorien zu anlagebedingten Unterschieden zwischen Kindern</b>	<b>34</b>
2.1.1 Geschlechtsunterschiede	36
2.1.2 Temperamentsunterschiede	38
2.1.3 Intelligenzunterschiede	43

<b>2.2</b>	<b>Theorien zu umweltbedingten Einflüssen auf die kindliche Entwicklung</b>	<b>46</b>
2.2.1	Individuum-Umwelt-Beziehung	46
2.2.2	Entwicklung	47
2.2.3	Bindung	49
2.2.4	Funktion des Spielens	52
2.2.5	Funktion des Berührens	55
2.2.6	Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung	56
2.2.7	Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungs- und Verhaltensstörungen	58
2.2.8	Sprachentwicklung	61
<b>2.3</b>	<b>Theorien zur kindlichen Vulnerabilität und neurobiologischen Entwicklung</b>	<b>64</b>
2.3.1	Salutogenese, Pathogenese, Resilienz und Vulnerabilität	65
2.3.2	Diathese-Stress-Modell und Entwicklungspsychopathologisches Modell	68
2.3.3	Neuronale Entwicklung und Veränderbarkeit des Gehirns	71
2.3.4	Spiegelneuronen und wechselseitige Empathie (Theory of Mind)	80
<b>2.4</b>	<b>Zusammenfassung des theoretischen Teils</b>	<b>81</b>
<b>3</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>83</b>
<b>3.1</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen zur Wirkung von Theraplay</b>	<b>84</b>
<b>3.2</b>	<b>Methodik der Feldstudien zur Wirkung von Theraplay</b>	<b>89</b>
3.2.1	Rahmenbedingungen zum Untersuchungsansatz	89
3.2.2	Art, Größe und Struktur der Stichproben	97
3.2.3	Informierte Zustimmung der Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder	110
3.2.4	Erhebungszeitraum, Erhebungszeitpunkte und Ausgangspunkt der Messung der Effektivität von Theraplay	111
3.2.5	Unabhängige, abhängige und Moderatorvariablen	113
3.2.6	Erhebungsinstrumente	114
3.2.7	Methoden der Datenprüfung, -aufbereitung, und -auswertung	124

<b>3.3</b>	<b>Ergebnisse der Evaluation der Wirkung von Theraplay</b>	<b>131</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Die Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes Verhalten von Klein- und Vorschulkindern</b>	<b>134</b>
3.3.1.1	Beschreibung oppositionell verweigernden Verhaltens	134
3.3.1.2	Art, Größe und Struktur der Stichproben	134
3.3.1.3	Entwicklungsstand der oppositionell verweigernden Kinder	137
3.3.1.4	Anamnese der oppositionell verweigernden Kinder	138
3.3.1.5	Häufigkeit und Ausprägung oppositionell verweigernden Verhaltens	139
3.3.1.6	Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens im Therapieverlauf	142
3.3.1.7	Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes Verhalten: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen	146
3.3.1.8	Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)	153
3.3.1.9	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden Kinder auf Kind und Eltern aus Sicht der Kliniker und der Eltern	155
3.3.1.10	Zusammenfassung	161
<b>3.3.2</b>	<b>Die Wirkung von Theraplay auf scheues Verhalten von Klein- und Vorschulkindern</b>	<b>164</b>
3.3.2.1	Beschreibung scheuen Verhaltens	164
3.3.2.2	Art, Größe und Struktur der Stichproben	165
3.3.2.3	Entwicklungsstand der scheuen Kinder	168
3.3.2.4	Anamnese der scheuen Kinder	169
3.3.2.5	Häufigkeit und Ausprägung scheuen Verhaltens	170
3.3.2.6	Veränderung scheuen Verhaltens im Therapieverlauf	173
3.3.2.7	Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf scheues Verhalten: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen	176
3.3.2.8	Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)	184

3.3.2.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen Kinder auf Kind und Eltern aus der Sicht der Kliniker und der Eltern	185
3.3.2.10 Zusammenfassung	190
<b>3.3.3 Die Wirkung von Theraplay auf autistoiden</b>	
<b>Mangel an sozialer Gegenseitigkeit bei Klein- und Vorschulkindern</b>	<b>193</b>
3.3.3.1 Beschreibung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit	193
3.3.3.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben	195
3.3.3.3 Entwicklungsstand der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	198
3.3.3.4 Anamnese der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	199
3.3.3.5 Häufigkeit und Ausprägung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit	201
3.3.3.6 Veränderung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit im Therapieverlauf	203
3.3.3.7 Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen	206
3.3.3.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)	217
3.3.3.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf Kind und Eltern aus Sicht der Kliniker und der Eltern	218
3.3.3.10 Zusammenfassung	223
<b>3.3.4 Die Wirkung von Theraplay auf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (ADS) von Klein- und Vorschulkindern</b>	<b>228</b>
3.3.4.1 Beschreibung der Aufmerksamkeitsstörungen ADHS und ADS	228
3.3.4.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben	231
3.3.4.3 Entwicklungsstand der Kinder mit ADHS und ADS	236

3.3.4.4 Anamnese der Kinder mit ADHS und ADS	238
3.3.4.5 Häufigkeit und Ausprägung von ADHS und ADS	240
3.3.4.6 Veränderung von ADHS und ADS im Therapieverlauf	244
3.3.4.7 Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf ADHS bzw. ADS: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen	250
3.3.4.7.1 Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf ADHS	251
3.3.4.7.2 Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf ADS	260
3.3.4.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)	271
3.3.4.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kindern mit ADHS und ADS auf Kind und Eltern aus Sicht der Kliniker und der Eltern	273
3.3.3.10 Zusammenfassung	280
<b>3.3.5 Die Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen von Klein- und Vorschulkindern</b>	<b>287</b>
3.3.5.1 Beschreibung rezeptiver Sprachstörungen	288
3.3.5.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben	290
3.3.5.3 Entwicklungsstand der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen	294
3.3.5.4 Anamnese der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen	296
3.3.5.5 Häufigkeit und Ausprägung rezeptiver Sprachstörungen	298
3.3.5.6 Veränderung rezeptiver Sprachstörungen im Therapieverlauf	299
3.3.5.7 Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen	304
3.3.5.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)	317
3.3.5.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen auf Kind und Eltern aus Sicht der Kliniker und der Eltern	318
3.3.5.10 Zusammenfassung	324



<b>3.4</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse zur Evaluation der Wirkung von Theraplay</b>	<b>329</b>
3.4.1	Bestätigung und Widerlegung der Hypothesen zur Wirkung von Theraplay	330
3.4.2	Hypothetisches Modell der Wirkung von Theraplay	340
3.4.3	Versuch einer Erklärung der Wirkung von Theraplay	342
3.4.4	Stärken und Schwächen des Forschungsprojektes zur Evaluation der Wirkung von Theraplay	343
3.4.5	Ausblick	351
<b>4</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>353</b>
	Zusammenfassung (Abstrakt)	353
	Summary (Abstract)	356
<b>5</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>359</b>
<b>6</b>	<b>ANHANG</b>	<b>375</b>
	Verzeichnis des Anhangs	375

## TABELLENVERZEICHNIS

Tab.	Titel	Seite
1	Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachproduktion im Kleinkind- und Vorschulalter (nach Resch, 1999, S. 121)	62
2	Größe der Brutto-, Netto- und Katamnese-Stichproben der beiden Feldstudien Multi-Center Studie (MCS) und Längsschnittstudie (LSS) mit Kontrollgruppen	99
3	Art und Größe der Substichproben zur Evaluation der Wirkung von Theraplay	100
4	Anteile an Mädchen und Jungen in den symptomspezifischen Substichproben	103
5	Durchschnittliches Lebensalter in Jahren;Monaten (J;M ± Standardabweichung) der Patient/innen, Mädchen und Jungen der verschiedenen Substichproben	105
6	Vergleich des Entwicklungsstandes der Patient/innen der LSS bei Therapiebeginn $t_1$ mit dem der klinisch unauffälligen Kontrollkinder bei Erhebungsbeginn $t_1$	107
7	Soziodemografische Auffälligkeiten in den Stichproben der LSS und MCS	109
8	Übersicht über die in der LSS und MCS verwendeten Erhebungsinstrumente	115
9	Übersicht über Erhebungsinstrumente der LSS, die <i>nicht</i> beschrieben werden	123
10	Homogenität der Varianz der Merkmale der LSS-Therapiegruppen TG1/TG2	125
11	Interraterreliabilität der Einschätzung von 18 Veränderungsvariablen	125

Tabellen zur Wirkung von Theraplay auf sechs Symptome (u.V.) im Überblick						
Gegenstand/Inhalt der Tabellen je Kapitel	3.3.1 OPP	3.3.2 SCH	3.3.3 AUT	3.3.4 ADHS	3.3.4 ADS	3.3.5 REZ
Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben	12	22	34	47		64
Allgemeiner und Sprachentwicklungsstand der Stichproben	-	23	35	48		65,66
Ausgewählte anamnestiche Merkmale der Stichproben	13	24	36	49		67
Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome	14	25	37	50	51	68
Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung der Kernsymptome: Bedeutsamkeit, Effektgröße, Signifikanz	15	26	38	52	55	69,70
Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung ausgewählter Begleitsymptome der Kernsymptome	16	27,28	40,41	53	56,57	71 72,73
Korrelation der Kernsymptome mit Begleitsymptomen	17	29	42	54	58	74
Therapiedauer (notwendige Anzahl der Therapiesitzungen)	18	30	43	59		75
Auswirkung der therapiebedingten Veränderung des Kindes auf die Mutter-Kind-Interaktionen aus Sicht der Kliniker	19	31	44	60	61	76
Auswirkung der Veränderung auf das Kind aus Elternsicht	20	32	45	62		77
Auswirkung der Veränderung auf die Eltern aus Elternsicht	21	33	46	63		78

Erklärungen: OPP=oppositionell verweigerndes Verhalten; SCH=scheues Verhalten; AUT=autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit; ADHS=Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätstörung; ADS=Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität; REZ=rezeptive Sprachstörung

Tab.	Titel	Seite
<b>3.3.1 Tabellen zur Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes Verhalten</b>		
12	Ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichproben der oppositionell verweigernden Patient/innen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder	136
13	Ausgewählte anamnestische Merkmale der oppositionell verweigernden Patient/innen (LSS- und MCS-Stichproben) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	138
14	Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt $t_1$ )	140
15	Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	147
16	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störendem Verhaltens und rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome oppositionell verweigernden Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	151
17	Korrelation oppositionell verweigernden Verhaltens mit begleitenden Symptomen	152
18	Therapiedauer der oppositionell verweigernden Patient/innen	154
19	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen auf die Mutter-Kind- Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker	157
20	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung oppositionell verweigernder LSS-Patient/innen auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern	159
21	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern	160

<b>Tab.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
<b>3.3.2 Tabellen zur Wirkung von Theraplay auf scheues Verhalten</b>		
22	Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben der scheuen Patient/innen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder	167
23	Entwicklungsstand der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren Kontrollkindern (UKG), Zeitpunkt $t_1$	169
24	Ausgewählte anamnestiche Merkmale der scheuen Patient/innen (LSS- und MCS-Stichproben) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	170
25	Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt $t_1$ )	172
26	Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung scheuen Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	177
27	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens als Begleitsymptom scheuen Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	181
28	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome scheuen Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	182
29	Korrelation scheuen Verhaltens mit begleitenden Symptomen	184
30	Therapiedauer der scheuen Patient/innen	185
31	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen LSS-Patient/innen auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker	187
32	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen LSS-Patient/innen auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern	189
33	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen LSS-Patient/innen auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern	190

<b>Tab.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
<b>3.3.3 Tabellen zur Wirkung von Theraplay</b>		
<b>auf autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit</b>		
34	Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder	197
35	Entwicklungsstand der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG), Zeitpunkt $t_1$	198
36	Ausgewählte anamnestische Merkmale der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (LSS- und MCS-Stichprobe) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	200
37	Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt $t_1$ )	202
38	Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	207
39	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung autistoiden Verhaltens als Begleitsymptom autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	211
40	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens als Begleitsymptom autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	212
41	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Sprach- und Sprechstörungen als Begleitsymptome autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	214
42	Korrelation autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit mit begleitenden Symptomen	216

<b>Tab.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
43	Therapiedauer der Patient/innen mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	217
44	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker	219
45	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern	221
46	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern	222
<b>3.3.4 Tabellen zur Wirkung von Theraplay auf Aufmerksamkeitsstörungen mit bzw. ohne Hyperaktivität (ADHS bzw. ADS)</b>		
47	Ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichproben der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder	235
48	Entwicklungsstand der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS der LSS-Stichprobe im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG), Zeitpunkt $t_1$	237
49	Ausgewählte anamnestiche Merkmale der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS (LSS- und MCS-Stichprobe) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)	239
50	Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome von ADHS in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt $t_1$ )	242
51	Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome von ADS in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt $t_1$ )	243

<b>Tab.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
52	Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von ADHS sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	252
53	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens und rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome von ADHS sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	258
54	Korrelation von ADHS mit begleitenden Symptomen	259
55	Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von ADS sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	261
56	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens und mangelnden Selbstvertrauens als Begleitsymptome von ADS sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	268
57	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome von ADS sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	269
58	Korrelation von ADS mit begleitenden Symptomen	270
59	Therapiedauer der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS	272
60	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADHS auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker	274
61	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADS auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker	276
62	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADHS bzw. ADS auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern	277
63	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADHS bzw. ADS auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern	279

<b>Tab.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
<b>3.3.5 Tabellen zur Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen</b>		
64	Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder	293
65	Allgemeiner Entwicklungsstand der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG), Zeitpunkt $t_1$	295
66	Sprachentwicklungsstand der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) zum Zeitpunkt $t_1$	295
67	Ausgewählte anamnestische Merkmale der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	297
68	Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt $t_1$ )	299
69	Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung rezeptiver Sprachstörungen sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	305
70	Besserung des Sprachentwicklungsstandes der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) vom Zeitpunkt $t_1$ bis Zeitpunkt $t_6$	308
71	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Sprach- und Sprechstörungen als Begleitsymptome rezeptiver Sprachstörungen sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	310
72	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung hyperkinetischen Verhaltens als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	313



<b>Tab.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
73	Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen sowie praktische Bedeutsamkeit $D$ , statistische Signifikanz $p$ und Effektgröße $d$ der Veränderung nach Theraplay	314
74	Korrelation rezeptiver Sprachstörungen mit begleitenden Symptomen	316
75	Therapiedauer der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen	317
76	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker	319
77	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern	322
78	Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern	323
<b>3.4.1 Tabellen zur Diskussion der Ergebnisse zur Wirkung von Theraplay</b>		
79	Schnelle und nachhaltige Verringerung der Kernsymptome von Störungen des Sozialverhaltens wie unkooperatives Verhalten, oppositionell verweigerndes Verhalten, scheues und sozial zurückgezogenes Verhalten nach Theraplay	331
80	Nachhaltige Wirkung von Theraplay auf eher umweltbedingt ausgebildete Begleitsymptome vermutlich eher anlagedisponierter psychischer Störungen wie ADHS und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	332
81	Relative schnelle, jedoch keine nachhaltig Wirkung auf die Kernsymptome von ADHS und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit nach Theraplay	333
82	Verringerung und Nachhaltigkeit der Verringerung rezeptiver Sprachstörungen sowie weitere Besserung des angebahnten Sprachverständnisses in den zwei Jahren nach Ende der Behandlung mit Theraplay	334

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Titel	Seite
1	Ann M. Jernberg, Ph.D., 1986 während eines Vortrags in Heidelberg	12
2	Setting der Behandlung eines Kindes mit Theraplay	24
3	Dimensionen differentieller Variabilität und Veränderlichkeit von Menschen im Zeitverlauf nach H. J. Ahrens (1991, S. 160).	47
4	Modell der interaktiven Entwicklung psychopathologischer Phänomene nach Franz Resch (1999, S. 246)	70
5	Altersabhängige Veränderung der Gewebebestandteile des Gehirns nach Allan N. Schore (2003, Figure A-2b)	73
6	6-stufige Skala zur Einschätzung des beobachteten Verhaltens und der eigenen Beurteilungssicherheit	117
7	Skalierungsanleitung der Eltern zur Beurteilung ihres Kindes und der eigenen Beurteilungssicherheit	122

Abbildungen im Überblick zur Wirkung von Theraplay auf sechs Kernsymptome (unabhängige Variablen)						
Gegenstand/Inhalt der Abbildungen	Kap. 3.3.1 OPP	Kap. 3.3.2 SCH	Kap. 3.3.3 AUT	Kap. 3.3.4 ADHS	Kap. 3.3.4 ADS	Kap. 3.3.5 REZ
Verbesserung der Symptome im Therapieverlauf: Empathie (u.a.); Vertrauen in andere; Kontaktbereitschaft	8	13	18	24	27	42
Verbesserung der Symptome im Therapieverlauf: Frustrationstoleranz (u.a.); Aufmerksamkeit, Selbstsicherheit	9	14	19	23	26	41
Verbesserung der Symptome im Therapieverlauf: Emotionale Gestimmtheit, Wohlgefühl, Beziehungsfähigkeit	10	15	20	25	28	43
Verringerung und Nachhaltigkeit der Verringerung der Kernsymptome und ausgewählter Begleitsymptome	11	16	21	29,30	34, 35,36	44
Verringerung und Nachhaltigkeit der Verringerung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomausprägungen	12	17	22	31,32	37 38,39	45
Erklärungen: OPP=oppositionell verweigerndes Verhalten; SCH=scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten AUT=autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit; ADHS=Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätstörung; ADS=Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität; REZ=rezeptive Sprachstörung (Sprachverständnisstörung)						

<b>Abb.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
<b>3.3.1 Abbildungen</b>		
<b>zur Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes Verhalten</b>		
8	Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)	143
9	Verbesserung der Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)	144
10	Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation	144
11	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	148
12	Positive Veränderung schwerer, deutlicher und leichter Ausprägung oppositionell verweigernden Verhaltens der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	149
<b>3.3.2 Abbildungen zur Wirkung von Theraplay auf scheues Verhalten von Klein- und Vorschulkindern</b>		
13	Verringerung von Scheu im Therapieverlauf und zugleich Verbesserung des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der scheuen LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	173
14	Verbesserung der Risikobereitschaft, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der scheuen LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	174
15	Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der scheuen LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation	174

<b>Abb.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
16	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung scheuen Verhaltens der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	177
17	Positive Veränderung schwerer, deutlicher und leichter Ausprägung scheuen Verhaltens der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	179
<b>3.3.3 Abbildungen zur Wirkung von Theraplay auf autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit</b>		
18	Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	203
19	Verbesserung der Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	204
20	Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühls und der Beziehungsfähigkeit der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation	205
21	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	208
22	Positive Veränderung schweren, deutlichen und leichten autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	209
<b>3.3.4 Abbildungen der Wirkung von Theraplay auf unaufmerksames Verhalten mit und ohne Hyperaktivität (ADHS, ADS)</b>		
23	Verbesserung der Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit sowie Verringerung der Hyperaktivität der LSS-Patient/innen mit ADHS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	245

---

<b>Abb.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
24	Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen mit ADHS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	246
25	Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der LSS-Patient/innen mit ADHS in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation	247
26	Verbesserung der Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit sowie Verringerung der Scheu der LSS-Patient/innen mit ADS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	248
27	Verbesserung der Risikobereitschaft, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen mit ADS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	249
28	Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der LSS-Patient/innen mit ADS in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation	249
29	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Unaufmerksamkeit der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	253
30	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Hyperaktivität der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	253
31	Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomatik von Unaufmerksamkeit der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	255
32	Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomatik von Hyperaktivität der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	255
33	Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomatik von unkooperativem Verhalten der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	256

---

<b>Abb.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
34	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Unaufmerksamkeit der ADS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	262
35	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung unkooperativen Verhaltens der ADS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	263
36	Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Scheu der ADS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	263
37	Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomatik von Unaufmerksamkeit der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	264
38	Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomatik unkooperativen Verhaltens der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	265
39	Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomatik von Scheu der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	266
<b>3.3.5 Abbildungen</b>		
<b>der Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen</b>		
40	Klinisch signifikante Besserung und Nachhaltigkeit der Besserung des Sprachverständnisses der LSS-Patient/innen vom Beginn bis 2 Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay	300
41	Verbesserung der Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der Interaktion	301
42	Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der Interaktion	302

---

<b>Abb.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
43	Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der Interaktion	303
44	Klinisch signifikante Verringerung und Nachhaltigkeit der Verringerung rezeptiver Sprachstörungen der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	306
45	Klinisch signifikante Verringerung schwerer, deutlicher und leichter Symptomatik rezeptiver Sprachstörungen der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern	307
 <b>3.4.2 Hypothetisches Modell der Wirkung von Theraplay</b>		
46	Hypothetisches Modell der Wirkung von Theraplay auf anlage- und umweltbedingte Symptome psychischer Störungen. Weiterführung des Modells der interaktiven Entwicklung psychopathologischer Phänomene nach F. Resch (1999, S. 246)	341

---

## VORWORT

Die Motivation zur empirischen Therapieforschung wurzelt in meiner Schulzeit Ende der 1940er Jahre. Damals hatte ich den Traum, wie meine Freunde eine Höhere Schule zu besuchen, die Hochschulreife zu erwerben, an einer Universität zu studieren und zu forschen. Leider konnten meine Eltern diesen Wunsch nicht erfüllen. In der Nachkriegszeit mussten Eltern die Schulausbildung und das Studium ihrer Kinder noch selbst bezahlen. Das schmale Einkommen meines Vaters reichte jedoch nicht aus, um für drei Kinder den Besuch einer Höheren Schule und ein Studium zu finanzieren. Er war ein Mann mit Sinn für Gerechtigkeit und wurde von meiner Mutter darin unterstützt, jedem seiner Kinder gleichermaßen eine mittlere Schulbildung und eine praktische Berufsausbildung zu ermöglichen. So konnte ich erst nach Ende meiner Berufstätigkeit meinen Traum verwirklichen, allerdings auf der Basis einer mehr als 40jährigen Berufserfahrung, davon 30 Jahre als Unternehmer in der psychologischen Markt- und Kommunikationsforschung.

Nach den ersten zehn Jahren meiner Berufstätigkeit gründete ich 1963 in Stuttgart das Compagnon Marktforschungsinstitut und leitete es bis Ende 1992. Danach übertrug ich es auf jüngere Mitarbeiter/innen, um am Kolleg des Stiftsgymnasiums in Sindelfingen, das mich trotz meines Alters als Schüler der Oberstufe akzeptierte, die Hochschulreife zu erwerben. Aufgrund des guten Notendurchschnitts konnte ich mich im Herbst 1996 trotz Numerus clausus sofort zum Studium der Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg immatrikulieren und es Anfang 2003 erfolgreich abschließen. Während des Studiums bekam mein Forschungsdrang eine klare Richtung. Auslöser waren zwei prägende Erfahrungen: Die Begegnung mit Ulrike Franke, die im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg Kinder mit dualer Diagnose von Sprachentwicklungs- und klinisch bedeutsamen Verhaltensstörungen mit Theraplay behandelte, und die Erlebnisse während eines psychologischen Praktikums in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums in Heidelberg.

Ulrike Franke ließ sich Anfang der 1980er Jahre in den USA durch die aus Heidelberg stammende Psychologin Ann M. Jernberg in der Anwendung von Theraplay ausbilden. Jernberg hatte diese Therapieform um 1967 für das *Head Start Project* des Office of Child Development, Department of Health, Education, and Welfare in Chicago entwickelt. Sie



stellte damit praxisbasiert eine entwicklungsorientierte, interaktive, von Therapeut/innen geführte wirksame Kurzzeit-Spieltherapie für verhaltensgestörte Kinder bereit, um deren soziales Verhalten zu verbessern und dadurch ihren *Cycle of Poverty* zu durchbrechen.

Die zweite prägende Erfahrung machte ich im Verlauf meines Psychologie-Praktikums unter Anleitung des Diplompsychologen Dr. Johann Haffner in der von Prof. Dr. med. Franz Resch geleiteten Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Heidelberg. Beiden möchte ich dafür danken, dass sie mir die Augen geöffnet haben für die Probleme der dort vorgestellten, psychisch gestörten Kinder und Jugendlichen. Ich begann darüber nachzudenken, ob die von Ulrike Franke so erfolgreich eingesetzte Therapieform auch diesen und anderen anpassungs-, bindungs- und verhaltensgestörten Kindern helfen könnte. Doch diese Frage konnte nur durch empirische Forschung beantwortet werden.

Literaturrecherchen ergaben, dass es, abgesehen von einigen Falldarstellungen, selbst in den USA keine wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit von Theraplay gab. Deshalb schlug ich dem ärztlichen Leiter des Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrums, Herrn Dr. med. Viktor Uttenweiler und seiner Mitarbeiterin Ulrike Franke vor, gemeinsam die Wirkung von Theraplay zu evaluieren. Mit ihrer Zustimmung begann die Therapieforschung, deren empirisch basierte Ergebnisse in dieser Dissertation berichtet werden.

1997 wurde der Untersuchungsplan konzipiert. In Zusammenarbeit mit der praxiserfahrenen Theraplay-Therapeutin Ulrike Franke und Dr. Klaus Eckart Rogge, Methodenlehre am Psychologischen Institut in Heidelberg, wurden Variablen operationalisiert, mit denen die durch Theraplay erreichten Verhaltensänderungen erfasst werden sollten. Zeitgleich wurde bei bilingualen Eltern in englischer und deutscher Sprache eine Pilotstudie mit einer ins Deutsche übertragenen Version eines in den USA gebräuchlichen *Parent-Child Relationship Inventory* (PCRI, Gerard, 1994) begonnen.

1998 bis Anfang 2006 wurde eine kontrollierte Längsschnittstudie mit mehreren Therapie- und Kontrollgruppen im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum durchgeführt. Dort behandelte Ulrike Franke Kinder, denen ein Facharzt Theraplay verordnet hatte. Sie wurden von Psychologinnen und Logopädinnen wiederholt von Beginn der Wartezeit bis zwei Jahre nach Ende der Therapie untersucht und in ihren Leistungen getestet. Parallel dazu wurde die Eltern-Kind Interaktion wiederholt mit der Heidelberger Version der ebenfalls aus den USA übernommenen *Marschak Interaktions-Methode* (H-MIM, Ritterfeld & Franke, 1994) beobachtet, video-protokolliert und systematisch analysiert. Alle Therapiesitzungen wurden auf Video aufgezeichnet und wegen der Interraterreliabilität unabhängig voneinander durch je

zwei geschulte klinische Auswerter/innen hinsichtlich des Therapieverlaufs und der therapiebedingten Veränderungen der kindlichen Interaktionen analysiert. Ergänzend wurden die Eltern wiederholt bis zwei Jahre nach Ende der Therapie ihrer Kinder befragt.

Im Jahre 2000 ließen die bis dahin gesammelten Daten erste Schlussfolgerungen hinsichtlich der Effektivität und Effizienz von Theraplay zu. Es blieben jedoch Zweifel hinsichtlich einer Generalisierung der beobachteten Therapieerfolge, denn die Daten waren nur bei einer spezifischen, nämlich einer sprachentwicklungsgestörten und zugleich verhaltensauffälligen Patientenpopulation erhoben worden, die ausschließlich von Ulrike Franke behandelt wurde. Es blieb die Frage offen, ob die evidenzbasierten Therapieerfolge durch Theraplay oder durch die Qualifikation der Therapeutin bewirkt wurden. Diese Frage wurde 2000-2006 in einer Multi-Center Studie bei unterschiedlichen Patientenkohorten verhaltensauffälliger Kinder geklärt. Entsprechende Fragestellungen der kontrollierten Längsschnittstudie wurden in einem Prä-Post-Forschungsansatz in neun therapeutischen Institutionen in Deutschland und Österreich repliziert. Vierzehn zertifizierte Theraplay Therapeut/innen erklärten sich bereit, im Rahmen der Qualitätssicherung in dieser Therapieerfolgskontrolle mitzuarbeiten.

Nun ist der Zeitpunkt gekommen, allen zu danken, die mir bei der Anlage, Durchführung und Auswertung dieser beiden Forschungsprojekte geholfen haben. Diese Dissertation ist Ulrike Franke gewidmet, deren Leistung damit anerkannt werden soll, Theraplay in Deutschland eingeführt, Therapeut/innen ausgebildet und supervidiert und diese Therapieforschung von Anfang bis Ende mitgetragen zu haben. Die Dissertation ist jedoch auch den Eltern und Kindern gewidmet, die an den beiden Feldstudien teilgenommen haben. Ohne die große Bereitschaft der Eltern zur jahrelangen kontinuierlichen Zusammenarbeit wäre diese Forschung nicht möglich gewesen. Ihnen sei herzlich gedankt.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. med. Viktor Uttenweiler, dem leitenden Arzt des Phoniatriisch Pädaudiologischen Zentrums, in dem die Längsschnittstudie durchgeführt wurde, den Ärzten, Psycholog/innen und Logopäd/innen der neun therapeutischen Institutionen, in denen im Rahmen der Multi-Center Studie die Daten der dort mit Theraplay behandelten Kinder erhoben wurden, sowie den vierzehn Therapeut/innen, deren mit Theraplay erreichte Therapieergebnisse evaluiert wurden, u.a. Astrid Gillmeister vom Behindertenzentrum in Dessau, Barbara Lleras vom Frühförderzentrum in Wien, Elke Fuhrmann, Erziehungsleiterin sozialpädagogischer Tagesgruppen in einem Sozialzentrum in Konstanz, Silke Bahr und Ines Vorwergk mit einer Gemeinschaftspraxis in Usingen im Taunus, Anne Zöllner-Deschner und ihren Mitarbeiterinnen in ihrer Praxis für Logopädie in Bad Friedrichshall, Markus Hoetzel,

Logopäde in Bochum, Christina Kleinjung, Leiterin der Abteilung für Logopädie des Universitätsklinikums in Regensburg und Helga Brand, psychologische Psychotherapeutin mit eigener Praxis für psychotherapeutische Familientherapie in Wiesloch.

Mein Dank gilt auch den Mathematikern Dr. rer. nat. Heribert Ramroth und Dipl.-Math. Dipl.-Psych. Beate Wild, die mir bei den Pilotstudien zur Seite standen, Dr. rer. nat. Klaus Eckart Rogge für seine Hilfe bei der Operationalisierung der Veränderungsvariablen, den Diplompsychologinnen Helga Brand und Cornelia Leutner für die Erhebung der persönlichen Daten und die Durchführung der psychologischen Tests mit den Kindern und die wiederholte Befragung der Eltern. Nicht vergessen werden sollen die zehn geschulten wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen, die im Rahmen der kontrollierten Längsschnittstudie die Videoaufzeichnungen der Therapieverläufe systematisch analysierten, und Olga Bittermann, die einen großen Teil der Daten in die EDV eingab.

Besonders dankbar bin ich Diplompsychologe Dr. Franz Josef Geider, Fachbereich Methodenlehre an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg, für seine klugen Ratschläge und seine hervorragende Unterstützung der umfangreichen Datenauswertung der beiden Studien mit dem Statistischen Analyse System SAS 9.0. Christine Mallau gilt meine Dank für das mit Sorgfalt und viel Sprachgefühl durchgeführte Lektorat dieser Dissertation.

Herrn Prof. em. Dr. Hans-Joachim Ahrens, meinem Berater, und Herrn Prof. Dr. Peter Fiedler möchte ich dafür danken, dass sie meine Dissertation zur Begutachtung angenommen und mich verständnisvoll begleitet haben.

Meine Hoffnung ist, dass die evidenzbasierten Therapieerfolge mit Theraplay, über die in dieser Dissertation berichtet wird, möglichst viele Kindertherapeutinnen und -therapeuten anregen mögen, sich in der Anwendung von Theraplay fortbilden und supervidieren zu lassen, um vielen verhaltensgestörten oder sprachentwicklungsverzögerten Kindern zu helfen, sich besser zu entwickeln und ihr Risiko künftiger Lernstörungen zu verringern.

15. August 2007

Herbert H.G. Wettig

---

## **EINLEITUNG**

Gegenstand dieser Dissertation ist die empirische Evaluation der Wirkung von Theraplay, einer entwicklungsorientierten, interaktiven, direktiven Kurzzeit-Spieltherapie. Diese Therapieform hat sich seit 1968 in der Praxis als geeignet erwiesen zur Behandlung emotional und sozial verhaltensauffälliger und bindungsgestörter Kinder im Kindergarten-, Vorschul- und Schulalter. Allerdings wurde die in der therapeutischen Alltagspraxis beobachtete Wirksamkeit bis zum Beginn dieser Therapieerfolgskontrolle noch nicht wissenschaftlich evaluiert, auch nicht in den USA.

Die Effektivität und Effizienz von Theraplay wurde vom Verfasser von 1997 bis Anfang 2006 in zwei Feldstudien evaluiert und analysiert, in einer kontrollierten Längsschnittstudie bis zwei Jahre nach Ende der Therapie und in einer replizierenden Multi-Center Studie. Die Ergebnisse bestätigen die positiven Praxiserfahrungen. Sie deuten jedoch darüber hinaus darauf hin, dass Theraplay auch die Sprache rezeptiv sprachgestörter, d.h. sprachverständnisverzögerter Kinder anbahnen kann. Falls die hier berichteten Forschungsergebnisse zur Wirkung von Theraplay durch weitere Replikationsstudien bestätigt werden, haben Kinder- und Jugendtherapeut/innen eine zuverlässige Therapie zur effektiven, nachhaltigen und in Hinsicht auf die Behandlungskosten effizienten Verringerung der klinischen Symptome unterschiedlicher psychischer Störungen, verbunden mit einer bedeutsamen Steigerung der Aufmerksamkeit und des Sprachverständnisses der Kinder.

Die Wirkung von Theraplay bekommt besondere Bedeutung vor dem Hintergrund, dass in Deutschland zunehmend mehr Schüler/innen durch Lernstörungen, durch emotional und sozial störendes Verhalten und durch Sprachdefizite auffallen. Sie behindern den Unterricht in den Schulklassen und beeinträchtigen die Lehrkräfte in ihrer pädagogischen Aufgabe, weil diese zu viel Zeit auf die Beruhigung der Klasse und die Integration der lerngestörten und verhaltensauffälligen Schüler/innen verwenden müssen. Der Unterricht könnte effektiver sein, wenn verhaltensgestörte Kinder bereits im Vorschulalter erkannt und therapiert würden, sodass sie ohne sozial störendes Verhalten und mit einem geringeren Risiko künftiger Lernstörungen eingeschult werden könnten. Vielleicht ließen sich dadurch auch die steigenden Kosten für sonderpädagogische Förderung begrenzen. Nach Angaben der Kultusministerkonferenz (KMK, 1999, 2005) ist die Zahl der sonderpädagogisch geförderten Schüler/innen in den zehn Jahren von 1994 bis 2003 um 28,9% gestiegen.

Im Jahre 2003 mussten rund 492.700 Schüler/innen sonderpädagogisch gefördert werden, davon

- 52,5% wegen Lernstörungen,
- 9,3% wegen Sprachstörungen,
- 8,7% wegen emotionaler und sozialer Entwicklungsstörungen,
- 29,5% wegen Seh-, Hör-, motorischer und geistiger Behinderungen  
oder wegen chronischer Erkrankungen.

Fast 260.000 Schüler/innen mussten also wegen Lernstörungen und mehr als 45.000 wegen Sprachstörungen gefördert werden. Sprachstörungen können organisch, infolge einer Hörstörung oder einer mangelnden Entwicklung des Sprachapparates, aber auch psychosozial oder kulturell bedingt sein. Nach statistischen Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz (2005, S. XV) stammen Kinder mit Lerndefiziten, mit Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung und mit sozial und kulturell bedingten Sprach- und Lernstörungen überproportional häufig aus Migrantenfamilien, auch aus denen der schon in Deutschland geborenen dritten Generation.

Diese Erkenntnis wurde von Grimm (2005, 120-121) im Rahmen des „Bielefelder Modellversuchs“ bestätigt. Sie testete die Sprachkompetenzen der vier- bis fünfjährigen Vorschulkinder einer ganzen Stadt, insgesamt 1.395, davon 347 nicht deutschsprachige Kinder. Die Ergebnisse zeigten, dass 72% der Kinder mit einer anderen Muttersprache als Deutsch mehr oder weniger ausgeprägte Sprachdefizite und eine schlechte Prognose für das Lernen in einer deutschsprachigen Schule hatten. Bei den deutschsprachigen Kindern war die Sprachentwicklung zwar deutlich besser, aber 19,8% benötigten nach Grimms Einschätzung Sprachförderung und weitere 9,7% litten unter einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SSES) und bedurften einer Sprachtherapie.

Die Baden-Württembergische Sozialministerin Stolz berichtete Ende November 2006, dass in dem Modellprojekt „Neukonzeption der Einschulungsuntersuchungen“ in 10 Gesundheitsämtern sich von 1.386 fünfjährigen Kindern im Sprachtest 14,2%, in der Spracherkennung sogar 25% als förderungsbedürftig und weitere 18% als therapiebedürftig erwiesen hätten. Sie vermutete, dass ein Grund darin zu sehen sei, dass in 34% der Familien während der ersten drei Lebensjahre der Kinder nicht Deutsch gesprochen wurde.

In den zehn Jahren von 1994-2003 sank die Zahl der jährlich lebend geborenen Kinder um 8,2% (Statistisches Bundesamt, 2003, 2005). Nach einer Statistik des Deutschen Jugendinstituts (2003) ist allerdings die Geburtenrate – abgesehen von kurzen Zeiten nach den

beiden Weltkriegen – schon seit mehr als 130 Jahren fortlaufend gesunken. Eine wesentliche Steigerung der Bereitschaft zum Kinderkriegen ist also kaum zu erwarten. Deshalb gilt es, bei sinkenden Geburtenraten dem zugleich wachsendem Anteil sprachlich, emotional und sozial gestörter Kinder noch vor der Einschulung entgegenzuwirken und durch Therapie im Vorschulalter die Einschulung potenziell lerngestörter Schüler/innen zu verringern. Eine fehlende oder verspätete Intervention würde das Problem für Kind, Eltern und Schulen verschlimmern und später die Kosten für die inzwischen möglicherweise manifesten Störungen erhöhen.

Es stellt sich die Frage, ob Risikokinder mit solchen Störungsbildern überhaupt frühzeitig erkannt werden. Ein Grund, weshalb viele Kinder mit psychotherapeutischem Bedarf keiner Diagnose und Intervention zugeführt werden, scheint ein zu spätes Erkennen oder Wahrhabenwollen zu sein. Nach Pohl (2001, 2003, S. 519) ist in Deutschland der Anteil der Kinder und Jugendlichen erheblich, die, obwohl sie dringenden Bedarf haben, keine Therapie erhalten. Er hat anhand von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die ambulante Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen dokumentiert und schätzt, dass in Deutschland „weniger als 40% des bundesweiten Bedarfs an Psychodiagnostik und weniger als 10% des Bedarfs an Psychotherapie der etwa 1,5 Millionen behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen gedeckt wird“. Knölker, Matzejat & Schulte-Markwort (2000, S. 311, 316, 374, 381) kritisieren „Fehler in Diagnostik und Therapie“ mancher Ärztinnen und Ärzte, die offenbar klinisch auffällige Störungen des Sozialverhaltens oder eine verzögerte Sprachentwicklung der Kinder nicht wahrhaben wollen und sich selbst und die besorgten Eltern damit trösten, dass sich das „schon noch auswachsen“ werde.

An den Eltern kann es kaum liegen, dass so viele Risikokinder eingeschult werden, denn viele von ihnen bemerken durchaus die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder. Das belegt eine 1996 und 2000 wiederholt regional durchgeführte epidemiologische Untersuchung des Gesundheitsamtes des Rhein-Neckar-Kreises in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg. Im Jahre 1996 wurden im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen die Eltern der Kinder des gesamten Einschulungsjahrgangs 1996/1997 schriftlich befragt. Vier Jahre später wurden die Eltern der 1996 eingeschulten Kinder erneut befragt (Haffner, J., Parzer, P., Raue, B., Steen, R., Münch, H., Giovannini, S., Esther, C., Klett, M. und Resch, F., 2001). 1996 umfasste die auswertbare Stichprobe 4.363 Eltern von Kindern im Einschulungsalter (2.319 Jungen, 2.044 Mädchen). Im Jahre 2000 konnten 3.981 Eltern der Kinder, die nun die vierte Grundschulklasse

besuchten, erneut befragt werden. Untersuchungsinstrument war zu beiden Erhebungszeitpunkten der *Elternfragebogen der Child Behavior Checklist für 4- bis 18-jährige Kinder* nach Achenbach (CBCL/4-18, 1991, deutsch 1998 durch die Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln). Fast drei Viertel der Eltern (73.7%) klagten am Ende der Grundschulzeit immer noch über Verhaltensprobleme ihrer Kinder. Das mag vielleicht nichts Besonderes sein, denn irgendwann klagen die meisten Eltern einmal über das Verhalten ihrer Kinder. Bedeutsam ist jedoch der Anstieg um fast zwei Drittel von 6.4% auf 10.6% der Eltern, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung wegen der Verhaltensprobleme ihrer Kinder Kontakt mit Psychologen oder Beratungsstellen suchten. Am häufigsten waren Störungen des Sozialverhaltens, weil 34.7% der Kinder zu Wutausbrüchen neigten, 5.1% sogar häufig. Von 1996 bis 2000 stieg die Anzahl der Eltern, die über mangelnde Konzentration ihrer Kinder klagten, um fast ein Viertel von 34,8% auf 42,6%; 10.2% der Kinder litten häufig unter Konzentrationsmangel. Zeitgleich verdoppelte sich der Anteil der in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigten Kinder. 1996 empfanden sich 8,7%, 2000 aber bereits 16,1% als wertlos und anderen unterlegen.

Was ist mit Lernstörungen der Vorschulkinder, die unter rezeptiven Sprachstörungen leiden? Literaturrecherchen ergaben, dass bisher nur wenige Arbeiten über Sprachverständnisstörungen sowie deren Diagnose und Therapie veröffentlicht wurden (u.a. Amorosa & Noterdaeme, 2003; Zollinger, 1995). Amorosa & Noterdaeme bestätigen in ihrem Therapiemanual für rezeptive Sprachstörungen (2003, S. 38-40) die Tatsache, dass bisher nur selten kontrollierte Studien zu Sprachverständnisstörungen durchgeführt wurden.

Warum wird hier so nachdrücklich auf die Probleme der zahlenmäßig gegenläufigen Entwicklung von immer weniger lebend geborenen Kindern und immer mehr Schüler/innen mit emotionalen und sozialen Problemen, mit Lernstörungen bzw. sonderpädagogischem Förderungsbedarf eingegangen? Erstens, um durch Publikation der Forschungsergebnisse öffentliches Interesse dafür zu wecken, dass künftig schon im Vorschulalter Maßnahmen eingeleitet werden sollten, um Verhaltensauffälligkeiten und Sprachdefizite frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, zweitens, um die Aufmerksamkeit zuständiger Kosten- und Entscheidungsträger, vornehmlich die der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, auf Theraplay zu lenken. Diese Therapieform scheint geeignet zu sein, schon im Vorschulalter wirksam und nachhaltig zu intervenieren und dadurch langfristig die Belastungen des Schulunterrichts durch verhaltensauffällige und lerngestörte Schüler/innen und den Aufwand für sonderpädagogische Fördermaßnahmen zu bremsen oder gar zu senken.

Die therapeutische Intervention im frühen Kindesalter hat auf lange Sicht ökonomische Vorteile. Die Ergebnisse amerikanischer Untersuchungen können zwar nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragen werden, aber die von Diefendorf & Goode (2004) in „Long Term Economic Benefits of High Quality Early Childhood Intervention Programs“ zusammengestellten Forschungsergebnisse machen deutlich, dass die Behandlung risikogefährdeter Kinder in der Vorschulzeit später erhebliche Einsparungen ermöglicht, z.B. eine Reduzierung der Kosten für sonderpädagogische Förderung, für Sozialeistungen und Jugendgerichtsbarkeit. So untersuchte Barnett (1996, 2000, 2004) in einer kontrollierten Langzeitstudie, was aus Kindern im Alter von 27 Jahren geworden ist, die zu Beginn der 1960er Jahre im Rahmen des *Scope Perry Preschool Program* gefördert wurden. Ergebnis: Kinder, die an diesem Programm teilnahmen, hatten sich im Vergleich mit einer nicht therapierten Kontrollgruppe in Bildung und Lebensstandard signifikant besser entwickelt. Barnetts Schlussfolgerung: das Programm war „a sound financial investment“. Belfield (2004) untersuchte in einer Metaanalyse 19 veröffentlichte Studien über *Early childhood education programs* und verglich deren Ergebnisse mit den finanziellen Ausgaben der Schulen im Staat New York. Er schätzt, dass die staatlichen New Yorker Schulen allein durch gesteigerte Lernproduktivität 291-437 Mill. USD sparen würden sowie 22-51 Mill. USD dadurch, dass weniger Schüler eine Klasse wiederholen müssen, weitere 241-340 Mill. USD durch Verringerung der Ausgaben für sonderpädagogische Förderung.

In Deutschland gibt es bisher kaum empirische Studien zur Wirksamkeit solcher Programme. Die diesbezügliche Forschungssituation im deutschsprachigen Raum wird von Döpfner (2003) als „bedrückend“ bezeichnet. Er sieht dringenden Handlungsbedarf für die Erforschung der Wirksamkeit entsprechender Therapieformen.

Mit dieser Dissertation werden nun Ergebnisse einer Therapieforschung vorgelegt, die hoffentlich die Aufmerksamkeit der Kinder- und Jugendlichentherapeut/innen finden werden. Die Ergebnisse der beiden empirischen Feldstudien, der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS), mit der die Wirkung von Theraplay bis zwei Jahre nach Ende der Behandlung evaluiert wurde, und der replizierenden Multi-Center Studie (MCS) belegen, dass Theraplay zumindest in drei Indikationsbereichen mit Beginn in der Kindheit wirksam sein kann:

- bei klinisch bedeutsamen Störungen des Sozialverhaltens, beispielsweise bei
  - oppositionell verweigerndem, z.T. aggressivem Verhalten,
  - scheuem, sozial ängstlichem, z.T. zurückgezogenem Verhalten,
  - autistoidem Verhalten mit mangelnder sozialer Gegenseitigkeit,



- bei Aufmerksamkeitsdefiziten mit und ohne Hyperaktivität (ADHS und ADS) und
- bei rezeptiven Sprachstörungen, oft Ursache von Sprachentwicklungsstörungen.

Außerdem ist praxisbasiert aus dem anglo-amerikanischen Raum bekannt, dass Theraplay sich oft auch bei Anpassungs- und Bindungsstörungen (attunement- and attachment disorder) von Adoptiv-, Pflege- und traumatisierten Kindern bewährt hat.

Ein wissenschaftlicher Glücksfall war die Erkenntnis, dass Theraplay auch geeignet erscheint, bei rezeptiv sprachgestörten, also bei sprachverständnisgestörten Vorschulkindern, die ein hohes Risiko zukünftiger Lernstörungen haben, Sprache anzubahnen. Das ist dem Zufall zuzuschreiben, dass die kontrollierte Längsschnittstudie im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum durchgeführt wurde, in dem Kinder zwar wegen ihrer Sprach- und Sprechprobleme dem Facharzt vorgestellt, aber wegen ihrer klinisch bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten mit Theraplay behandelt wurden.

Nach den strengen Regeln der American Psychiatric Association (Chambless & Hollon, 1998) kann Theraplay, wenn die vorliegenden Ergebnisse in klinischen Studien nach dem APA coding system [A-] evidenzbasiert repliziert werden, als effektiv zur Behandlung der hier untersuchten Störungen erwartet werden.

Die Dissertation gliedert sich in vier Teile:

1. die Beschreibung der Therapieform Theraplay
  - 1.1 Modell und Beschreibung von Theraplay
  - 1.2 Therapeutische Elemente von Theraplay
  - 1.3 Typische Phasen des Therapieverlaufs
  - 1.4 Indikationen und Kontraindikationen
2. den theoretischen Teil
  - 2.1 Theorien zu anlagebedingten Unterschieden zwischen Kindern
  - 2.2 Theorien zu umweltbedingten Einflüssen auf die kindliche Entwicklung
  - 2.3 Theorien zur kindlichen Vulnerabilität und neurobiologischen Entwicklung
3. den empirischen Teil
  - 3.1 Fragestellungen und Hypothesen zur Wirkung von Theraplay
  - 3.2 Methodik der Feldstudien zur Wirkung von Theraplay
  - 3.3 Ergebnisse der Evaluation der Wirkung von Theraplay
  - 3.4 Diskussion und Modell der Wirkung von Theraplay
4. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Wirkung von Theraplay.

---

# 1 THERAPLAY®

Theraplay wurde 1967 von der aus Heidelberg stammenden Psychologin Ann M. Jernberg in Chicago im Auftrag des Office of Child Development - Department of Health, Education, and Welfare und mit Unterstützung der amerikanischen Bundesregierung (federal grant) für das *Head Start Project* entwickelt. Jernbergs Aufgabe war die Suche nach einer wirksamen, von Therapeut/innen, Sozialpädagogen/innen und Erzieher/innen anwendbaren Therapie, mit der in Kindergärten und Schulen die Anpassungs-, Bindungs- und Verhaltensstörungen von Kindern mit geringem Kostenaufwand positiv verändert, ihre Selbstachtung (self-esteem) und ihre soziale Kompetenz gefördert und die Eltern-Kind Beziehung (parent-child relationship) verbessert werden sollten (Munns, 2003).

Jernbergs Vater war 1933 mit Frau und Kind in die USA ausgewandert. Jakov Marschak, Professor in Heidelberg, verlor seine Stellung infolge des am 31.3.1933 erlassenen Gesetzes zur Behebung der Not von Volk und Reich, des sogenannten *Ermächtigungsgesetzes*. Eine Ehrentafel im Rektorat der Universität Heidelberg erinnert heute noch an ihn und einige seiner jüdischen Kollegen. In den USA entwickelte seine Frau, die Psychologin Marianne Marschak (1960), die Marschak Interaction Method (MIM), ein Verfahren zur Diagnose des interaktiven Eltern-Kind Verhaltens, das in einer deutschen Version als Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (H-MIM) der europäischen Verhaltenskultur angepasst wurde (Ritterfeld & Franke, 1994). In diesem Klima wissenschaftlich ambitionierter Eltern wuchs ihre Tochter Ann heran.

Ann M. Jernberg (1979, S. 1-18) entwickelte Theraplay auf der Basis ihrer eigenen systematischen Beobachtung Hunderter von Mutter-Kind-Dyaden, ihrer therapeutischen Erfahrung als leitende Psychologin des Michael Reese Hospital, als Supervisorin des Psychologischen Dienstes des Day Care Head Start Projekts und durch die vorausgegangene Zusammenarbeit mit Austin DesLauriers und Viola Brody. Später arbeiteten Ann M. Jernberg und Phyllis Booth über Jahrzehnte bei der Weiterentwicklung von Theraplay eng zusammen (Jernberg & Booth, 1999, 2<sup>nd</sup> edition).

---

® Der Begriff Theraplay wurde als Therapiebezeichnung beim Europäischen Patentamt unter Nr. 39518465 und durch The Theraplay Institute, Chicago, weltweit gesetzlich geschützt, um die ausgebildeten, supervidierten, zertifizierten Theraplay-Therapeut/innen gegen Missbrauch der Therapiebezeichnung durch andere, nicht ausreichend ausgebildete, nicht supervidierte und nicht zertifizierte Therapeuten zu schützen.

DesLauriers (1962) erregte seinerzeit Aufsehen, weil er durch direkten Augen- und Körperkontakt das Interesse der von ihm behandelten autistischen und schizophrenen Kinder zu fesseln verstand (Munns, 2003, S. 156). Jernberg integrierte seine Theorie und seine damals einzigartige therapeutische Technik in Theraplay. Viola Brody (1966, 1978) entwickelte die *Developmental Play Therapy*, in der einfühlsame Fürsorglichkeit, körperliches Berühren, Imarmwiegen und Singen therapeutisch eingesetzt wurden, um die Entwicklung zurückgebliebener Kinder zu fördern. Jernberg übernahm diese Elemente in Theraplay. Munns (2003, S. 157) weist darauf hin, dass Jernberg auch kleinkindgemäße Aktivitäten in Theraplay integrierte, um in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder auf ihrem niedrigeren Entwicklungsstand verstehen, akzeptieren und liebevoll behandeln zu können.



Abbildung 1: Ann M. Jernberg †, Clinical Psychologist  
Ph. D. in Liberal Arts, Ph. D. in Human Development,  
1986 während eines Vortrags in Heidelberg (Foto: Franke).

1971 gründete Ann M. Jernberg in Chicago *The Theraplay Institute* und leitete dieses non-profit Institut bis zu ihrem Tod. Seitdem ist Phyllis Booth Klinische Direktorin in The Theraplay Institute, dessen Sitz inzwischen nach Wilmette, IL, verlegt wurde.

Phyllis Booth (2005) brachte ihre Erfahrungen aus dem *Tavistock Hospital* in London in die Entwicklung von Theraplay ein, ihr Wissen im Kontext der Bindungstheorie (context of attachment theory) und ihre Einstellung zum therapeutischen Spielen mit Kindern. Sie hatte ab Herbst 1968 bei John Bowlby und D.W. Winnicott studiert und war fasziniert von Winnicotts Theorien über die Mutter-Kind Beziehung (mother-child relationship), „the idea of the holding environment“ und der Theorie „of a good enough mother“. Mit dieser Theorie verband Winnicott die Vorstellung, dass Eltern nicht perfekt sein müssen, sondern nur gut genug, damit ihr Kind sich gesund entwickeln kann (Winnicott, 1965). Dort lernte sie auch J. A. Robertson und seinen damals viel diskutierten Film „A Two-Year-Old Goes to Hospital“ (1952) kennen. So begann Booth die Aspekte der Eltern-Kind Bindung, der frühkindlichen

Mutter-Kind-Interaktionen und der Theorien von Bowlby, Robertson und Winnicott in die therapeutischen Spielaktivitäten von Theraplay zu integrieren.

Jahrzehnte später beschrieb Booth (2005) in einem Rückblick, was sich im Laufe der Zeit in der Anwendung von Theraplay geändert hatte. Ausgelöst wurden diese Änderungen durch inzwischen veröffentlichte entwicklungspsychologische Forschungsergebnisse über die Einflussfaktoren einer ungestörten bzw. einer pathologischen Entwicklung des Kindes und durch das vertiefte Wissen über die Bedeutung elterlicher Verhaltensmuster, die es Kindern erlauben, eine sichere Bindung einzugehen.

Booth integrierte in Theraplay die Konzepte der Affektregulation (Stern, 1985, affect attunement; to attune: adjust, adapt, regulate, familiarize, assimilate), der sensibel und unmittelbar auf Signaläußerungen des Kindes reagierenden Mutter (Ainsworth, 1969, contingent response) und des empathischen Gedankenlesens zwischen Mutter und Kind zum gegenseitigen Verständnis des mentalen Zustands des anderen (Fonagy, 1991 reflective function of mind-reading). In der jüngeren Vergangenheit kamen noch Erkenntnisse über die Bedeutung der Regulation innerer Zustände, der externen Affektregulation durch die Mutter, (bzw. durch die Therapeutin) und der Selbstregulation (Schore, 2001, regulation of internal states) hinzu. Ihre grundlegende Erkenntnis war, dass Theraplay-Therapeut/innen bei allen Spielaktivitäten die Bedürfnisse und den inneren emotionalen Zustand des Kindes im Auge behalten müssen: „playful activities must be done with a sharp eye and heart attuned to the child's needs and emotional state“. So hat sich der Fokus vom Repertoire der therapeutischen Spielaktivitäten auf das Wahrnehmen der kindlichen Bedürfnisse und Reaktionen verschoben, auf die Fähigkeit der Therapeut/innen, die Reaktionen des Kindes sensibel zu erkennen, zu interpretieren und die Art und Intensität der Spielaktivitäten diesen anzupassen.

## **1.1 MODELL UND BESCHREIBUNG VON THERAPLAY**

Theraplay ist eine entwicklungsorientierte, interaktive, direktive Kurzzeit-Spieltherapie, die jedoch von anderen Formen der Spieltherapie abzugrenzen ist. Der Begriff Spieltherapie wird vermutlich spontan mit der *non-direktiven* Spieltherapie assoziiert (Axline, 1947; Moustakas, 1959). Theraplay ist jedoch eine *direktive* Spieltherapie, wie noch erläutert werden wird. Das therapeutische Spielrepertoire von Theraplay unterscheidet sich von anderen Spieltherapien auch durch den Verzicht auf Hilfsmittel. So werden weder Sandkasten als kommunikatives Medium (u.a. Lowenfeld, 1969), noch Puppen, die Rollen symbolisieren (u.a. Oaklander, 1978), noch anderes symbolträchtiges Spielzeug verwendet. Theraplay

unterscheidet sich durch den Verzicht auf symbolisches Spielzeug auch von der klientenzentrierten (Schmidtchen, 1978) und von der personenzentrierten Spieltherapie (u.a. Goetze, 2002; Landreth, 2002), die zwar ebenfalls eine direkte Verhaltensmodifikation des Kindes anstreben, aber mit Spielzeug arbeiten. Bei Theraplay spielen Therapeut/in und Kind interaktiv und ohne Spielzeug miteinander.

Jernberg (u.a. 1979, S. 32; dt. 1987, S. 21) orientierte sich mit Theraplay am Modell einer gesunden Mutter-Kind-Beziehung (a healthy mother infant relationship). Was macht normalerweise eine Mutter mit ihrem Kind? Sie prustet am Hals ihres Kindes oder bläst auf sein Bäuchlein bis es lacht, singt in sein Ohr, verdeckt seine Augen und spielt Guck-guck-da oder knabbert an den süßen, kleinen Fingern und Zehen. Sie nimmt das Kind fröhlich und zugewendet auf, wirbelt es herum, wiegt es in den Armen, gibt ihm freundliche kleine Klapse, kitzelt es, kurz: sie berührt es auf vielerlei Art – und die meisten Kinder genießen diese Nähe und Berührung. Die fürsorgliche Mutter hält ihr Kind an ihrem Körper, wiegt es liebevoll im Arm und füttert es. Wenn das Kind sich unglücklich oder traurig fühlt, tröstet sie es, stillt den Schmerz und versorgt kleine Blessuren durch sanftes Streicheln, Heile-Heile-Segen-Singen und fürsorgliches Eincremen. Sie flüstert mit ihrem Kind, summt, gurr, kichert, plappert und macht lustige Geräusche. Sie bewegt sich plötzlich aus dem Sichtfeld ihres kleinen Kindes heraus, um seine Aufmerksamkeit zu erregen, und kehrt zurück, um es wieder zu beruhigen. Sie blinzelt und zwinkert ihm zu, schaut mit großen, überraschten Augen und strahlt es an. Wenn das Kind zu temperamentvoll wird, hält sie es fest, hält es zurück, beruhigt es, zeigt ihm seine Grenzen. Sie erklärt ihm seine Umwelt, macht ihm Mut, gibt ihm Sicherheit und zugleich Autonomie.

### **1.1.1 Theraplay als entwicklungsorientierte Spieltherapie**

Kevin O'Connor (1991), Professor der Alliant University und Mitbegründer der amerikanischen *Association for Play Therapy*, unterschied aufgrund der jeweiligen Theorien zwischen psychoanalytischen, humanistischen, behavioralen und entwicklungsorientierten Spieltherapien. Theraplay von Jernberg (1979) bewertete er neben dem Developmental Play von Brody (1966, 1978) als die in Theorie und Praxis bündigste (most succinct) Therapieform einer entwicklungsorientierten Spieltherapie, weil Jernberg von Anfang an die Mutter-Kind-Interaktionen der ersten Lebensjahre als essentiell für die weitere mentale Entwicklung des Kindes betont und schon einige Theorien, die sich inzwischen bestätigt haben, vorweggenommen hatte, z. B. über die Bedeutung der Bindung, des Spielens und Berührens

für die gesunde Entwicklung eines Kindes (u. a. Field, 1993, 2001; Hughes, 1998; Schore, 1994, 2000, 2001). Darüber hinaus hatte sie von Beginn an die Theorie, dass die gleiche liebevolle Art der Mutter-Kind-Interaktion, die in den ersten Lebensjahren die kindliche Entwicklung fördert, auch später im Leben des Kindes noch wirksam sein, das Selbstwertgefühl fördern und das Verhalten positiv verändern könne.

O'Connor (1991, S. 33) wies darauf hin, dass es für ein Kind schreckliche Konsequenzen haben kann, wenn die fundamental wichtigen Eltern-Kind-Interaktionen früh in dessen Entwicklung gestört werden oder ganz unterbleiben. Es lernt dann nicht, sich in interpersonalen Interaktionen zu engagieren. Er schrieb die Ätiologie nahezu jedes psychopathologischen Krankheitsbildes vom Autismus über Schizophrenie, Psychopathie, Borderline bis zur Entwicklung einer narzisstischen Persönlichkeit frühkindlich mangelnden oder gestörten interpersonalen Beziehungen zu. Er vermutete, dass fehlende regulierende und fürsorgliche Aspekte in den kindlichen Beziehungen letztlich zu einem symptomatisch gestörten Verhalten führen. Andererseits wird die Entwicklung des Kindes durch liebevolle, sowohl lobend anerkennende als auch regelnde, strukturierende, Sicherheit gebende Bindungen und durch berührende, fürsorgliche, herausfordernde, engagierende Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind gefördert.

### **1.1.2 Theraplay als interaktive Spieltherapie**

Theraplay imitiert die Art, wie Eltern mit ihren Kindern spielen, und setzt dabei bewusst jene Aktivitäten ein, die die Entwicklung des Kindes fördern. Therapeut/in und Kind interagieren im Spiel miteinander. Dieses Miteinander regt die mentale Entwicklung des Kindes an, vermittelt ihm positive emotionale Erlebnisse, fördert spielerisch seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, lässt es durch Spielen lernen und Gelerntes durch Wiederholung üben. Therapeut/in und Kind haben miteinander Spaß, berühren sich liebevoll und fürsorglich, lassen sich vertrauensvoll aufeinander ein, fühlen sich miteinander wohl, erleben eben im gemeinsamen Spiel Freude, Wärme, Zuneigung, Liebe und etwas, das die kindliche Neugier auf die Wunder der Welt anregt oder befriedigt.

Das interaktive Spielen fesselt das Kind, motiviert es zur Kooperation und macht es für therapeutische Interaktionen zugänglich. Seine positiven Emotionen erreichen – neurobiologisch betrachtet - unmittelbar die für eine Änderung des neuronalen Netzwerks relevanten Areale der rechten Hirnhemisphäre, insbesondere den für Lernen und Gedächtnis bedeutsamen Hippocampus und den alle körperlichen und mentalen Aktivitäten planenden

und kontrollierenden präfrontalen Cortex. Durch wiederholtes Ansprechen dieser Areale verändern und vertiefen sich im neuronalen Netzwerk die miteinander assoziierten Synapsen, bilden aufgrund der in der Therapie erlebten positiven Erlebnisse neue Netzwerke und verändern das Verhalten positiv.

### **1.1.3 Theraplay als direkte Spieltherapie**

Die Therapeut/innen führen das therapeutische Spielen, sie bestimmen direktiv dessen Inhalt und Form. Sie sind für den therapeutischen Ablauf, die Wahl und die Eindringlichkeit der Spielaktivitäten und für die Art der interpersonalen Kommunikation verantwortlich. Sie führen, nachdem zwischen Kind und Therapeut/in eine vertrauensvolle und konsistente Beziehung gewachsen ist, das Kind durch die Therapie, liebevoll, fürsorglich, beruhigend, engagierend, herausfordernd oder strukturierend, je nach Art und Ausprägung der Symptomatik. Sie orientieren sich dabei an den diagnostizierten Symptomen, am Therapieziel, am Entwicklungsstand und den emotionalen Reaktionen des Kindes.

### **1.1.4 Theraplay als Kurzzeit-Spieltherapie**

Der an Jernberg für das Head Start Projekt erteilte Auftrag verlangte eine Kosten sparende Therapie. Die Therapiekosten mit Theraplay konnten in Kindergärten und Schulen durch Gruppentherapien (Rubin, 1978), andererseits in Einzel- bzw. Familientherapien durch eine vergleichsweise geringe Anzahl Therapiesitzungen nachhaltig gesenkt werden. Mit Theraplay wurde das Therapieziel beispielsweise bei verhaltensauffälligen Klein- und Vorschulkindern wie oppositionell verweigernden, z.T. aggressiven oder bei scheuen, sozial ängstlichen, z.T. sozial zurückgezogenen Kindern in durchschnittlich 17-20 Therapiesitzungen erreicht. Bei entwicklungsverzögerten Kindern mit autistoidem Mangel an Empathie und sozialer Gegenseitigkeit waren durchschnittlich 23-28 Therapiesitzungen notwendig, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (ADS) waren durchschnittlich 17-18, bei denen mit Hyperaktivität (ADHS) jedoch durchschnittlich 20-24 Therapiesitzungen notwendig, um ihre Aufmerksamkeit hinreichend zu bessern. Bei Kindern mit rezeptiven Sprachstörungen waren durchschnittlich 23-28 Sitzungen notwendig, um ihre Sprache anzubahnen. Es gab auch Fälle mit schwerer Symptomatik, die bis zu 50, in einem Fall eines geistig behinderten, entwicklungsgestörten Kindes 60 Therapiesitzungen erforderten. Ebenso gab es leichtere Fälle, die weniger als 17 Sitzungen brauchten, um das jeweilige Therapieziel zu erreichen.

## **1.2 THERAPEUTISCHE ELEMENTE VON THERAPLAY**

Jernberg (1979, S. 32) fand in Hunderten von frühkindlichen Mutter-Kind Dyaden, die sie beobachtet hatte, vier Arten von positiven Aktivitäten, die gesunde Mutter-Kind-Beziehungen im Wesentlichen kennzeichnen:

- Fürsorglichkeit,
- Eindringlichkeit, Engagement,
- Struktur,
- Herausforderung.

Welche therapeutischen Dimensionen in welchem Maße eingesetzt werden, wird durch die Symptomatik und den Entwicklungsstand sowie durch die in vorausgegangenen Sitzungen beobachteten Reaktionen des Kindes bestimmt. So brauchen beispielsweise oppositionell-verweigernde, aggressive Kinder schwerpunktmäßig mehr strukturierende, beruhigende, fürsorgliche, dagegen scheue, schüchterne und ängstliche Kinder mehr herausfordernde, engagierende, aber auch strukturierende und fürsorgliche Aktivitäten. Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder brauchen wieder andere Aktivitäten als autistische oder rezeptiv sprachgestörte Kinder.

### **1.2.1 Fürsorglichkeit**

Anfangs ist das kleine Kind nicht nur physisch, sondern auch psychisch vollständig von seiner Bezugsperson abhängig. Gute Eltern-Kind-Beziehungen sind im allgemeinen reich an emotionalen, liebevollen, körperlich berührenden, fürsorglichen Aktivitäten wie füttern, baden, küssen, umarmen, lieblosen, kuscheln, liebevoll halten, an sich drücken, schaukeln, sanft ins Ohr singen, um nur einige zu nennen. Solche Aktivitäten sind beruhigend, besänftigend, beschwichtigend und geben dem Kind, wenn die Bezugsperson empfindsam die Bedürfnisse des Kindes erkennt und darauf unmittelbar und liebevoll eingeht, das Gefühl, geliebt zu sein. Je mehr jedoch das Kind heranwächst, um so mehr wird seine Bezugsperson es ermuntern, seine physischen Bedürfnisse selbst zu befriedigen, z.B. eine Jacke anzuziehen, wenn es draußen kalt ist. Sie sollte aber auch Wünsche des Kindes akzeptieren, keine Jacke anzuziehen, wenn es draußen heftig herumrennen will oder es ihm ohnehin zu warm ist.

Theraplay imitiert viele dieser fürsorglichen Eltern-Kind-Aktivitäten, beispielsweise durch Füttern, durch liebevolles Pflegen und Eincremen von kleinen Blessuren, durch



Trösten, durch Imarmwiegen oder sanftes Schaukeln und durch angemessenes Berühren. Trost und Fürsorge sind Ausdruck der Zuneigung. Sie geben dem Kind das Gefühl, dass seine Umwelt warm und sicher ist und dass seine emotionalen Bedürfnisse befriedigt werden. Nach Jernberg & Booth (1999, S. 19) vermitteln fürsorgliche Aktivitäten dem Kind das Gefühl: „Du bist liebenswert. Ich werde auf deine Bedürfnisse nach Fürsorge, Zuneigung und Anerkennung reagieren und ich versichere Dir, dass Du Dich auf meine Fürsorge verlassen kannst“. Nach und nach erwächst aus beruhigender Fürsorge das Gefühl gegenseitiger Liebe und Zuneigung.

O'Connor (1991, S. 34) weist darauf hin, dass entwicklungspsychologisch zu viel Fürsorglichkeit im allgemeinen nicht als Problem gesehen wird. Es ist jedoch möglich, dass manche Kinder sich durch zu viel Fürsorge der Eltern überversorgt und überwältigt fühlen. Sie können dadurch in der Entwicklung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten eingeengt werden, weil sie nicht durch Bewältigung von Herausforderungen lernen können, was sie später im Leben brauchen. Er weist auch darauf hin, dass Kinder, die subjektiv das Gefühl haben, nicht geliebt zu werden, die nicht genügend Fürsorglichkeit bekommen, später ständig besorgt sein könnten, ihre seelischen und physischen Bedürfnisse nicht befriedigt zu bekommen. Kindern, die von ihren Eltern keine Fürsorglichkeit, Zuneigung und beruhigende Sicherheit bekommen haben, wird es später, wenn sie selbst Eltern geworden sind, möglicherweise schwer fallen, ihren Kindern über die Versorgung physischer Bedürfnisse hinaus liebevolle, zärtliche Zuwendung zu geben. Ihnen fehlt möglicherweise die mentale Repräsentation dafür. Ein Kind mit positiven Erfahrungen wird dagegen voraussichtlich später fähig sein, eigene Kinder fürsorglich, beruhigend und besänftigend zu lieben.

### **1.2.2 Eindringlichkeit, Engagement**

Aufmerksame Eltern reagieren empfindsam auf Blicke, Lächeln, Plappern des Kindes, auf seine Wissbegier, seinen Eifer, sein Interesse, die Welt kennen zu lernen. Sie interagieren mit ihm in sensibler Anpassung an die kindlichen Erwartungen. Sie versuchen, das Kind in die Interaktion zu locken, die Aufmerksamkeit und das Interesse ihres Kindes zu stimulieren, es zu fesseln und ein optimales Erregungsniveau aufrecht zu erhalten. Viele traditionelle Kinderspiele wie Guck-guck-da, Auf-den-Bauch-Prusten, Naschraten können dabei helfen.

Nach Jernberg (1979, dt. 1987) sind Eltern in der Interaktion mit ihrem Kind auf selbstverständliche Art und Weise eindringlich (intruding). Nach Jernberg & Booth (1999) ist es ein allgegenwärtiges elterliches Verhaltensmuster, eindringlich das Interesse ihres Kindes

zu wecken, es zum Mitmachen zu bewegen, es zu fesseln, das Kind für gemeinsame Aktivitäten zu gewinnen, so dass es seinen Widerstand aufgeben und sich auf das Miteinander einlassen, seinen Tonus und seine Affekte regulieren kann. Booth (2005) berichtet in ihrem Rückblick, dass die ursprünglich der Terminologie DesLauriers folgend als „eindringlich“ bezeichneten therapeutischen Aktivitäten inzwischen als das Bemühen um Engagement des Kindes redefiniert wurden. Der Begriff Eindringlichkeit hatte bei jenen, die mit Theraplay nicht vertraut waren, eine negative Konnotation und wurde oft missverstanden, als würde über die Gefühle des Kindes rücksichtslos hinweggegangen, als würden die Bedürfnisse, der emotionale Zustand und die Einzigartigkeit des Kindes ignoriert werden. Das wirkliche Ziel jeder Eindringlichkeit ist jedoch, ein Kind interaktiv zu engagieren.

Der Wechsel in den Begriffen von „Eindringlichkeit“ zu „Engagement“ bedeutet jedoch mehr als nur das Bemühen, ein wirkliches Bild dessen zu vermitteln, was Theraplay-Therapeut/innen mit einem Kind tun. Engagement vermittelt auch den therapeutischen Ansatz, unbedingt auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes einzugehen und es in eine positive Interaktion zu locken, z.B. es zum entspannten Lachen zu verführen und die Therapeutin wie eine vertraute Freundin erleben zu lassen, mit der es den Spaß am Spiel teilt. Nach Booth (2005) bedeutet gute Theraplay-Praxis also nicht nur, ein Repertoire an therapeutischen Spielaktivitäten zu haben, sondern auch die Fähigkeit der Therapeut/innen zum aufmerksamen Einfühlen in das Kind, damit es sich wirklich verbunden und verstanden fühlen kann.

Nach O'Connor (1991, S. 33-34) können Eindringlichkeit und Stimulation auch destruktiv sein, wenn sie eingesetzt werden, um die Bedürfnisse der Bezugsperson und nicht die des Kindes zu befriedigen. Das gilt beispielsweise für unglückliche oder einsame Bezugspersonen, die ihr Kind drängen, ihnen Gesten der Zuneigung zu zeigen, damit sie sich selbst besser fühlen können, die ihr schlafendes Kind wecken, um sich mit ihm zur Befriedigung eigener Bedürfnisse zu beschäftigen oder für leistungsorientierte Bezugspersonen, die aus Ehrgeiz oder Stolz ihre kleinen Kinder zu außergewöhnlichen Leistungen herausfordern, denen diese noch nicht gewachsen sind oder die ihnen Angst machen.

Nach Franke (2004, S. 69) haben Aktivitäten, die das Engagement stimulieren, auch immer strukturierende Komponenten. Es kommt auf den Entwicklungsstand, die Reaktion und die Symptomatik des Kindes an, ob die engagierenden Aktivitäten mehr stimulierend oder mehr strukturierend eingesetzt werden.

### 1.2.3 Struktur

Gute Eltern strukturieren die Umwelt ihres Kindes, so dass es sich seiner körperlichen und seelischen Sicherheit erfreuen und in diesem sicheren Gefühl seine Umwelt kennen lernen, verstehen und erobern kann. Durch die Vermittlung von klaren Strukturen helfen Eltern ihrem Kind, sich in der Umwelt, in der es lebt, zurechtzufinden. Nach Jernberg (1979, S. 17-18) vermitteln sie damit dem Kind die Botschaft: „Bei mir bist du sicher, weil ich gut auf dich aufpassen werde.“ Das Kind lernt durch Struktur und Regeln, dass die Eltern wissen, was richtig ist, dass das Kind ihrer Entscheidung vertrauen kann. Sie machen ihm klar, dass es gewisse ordnende Regeln gibt und dass nicht alle Wünsche sofort befriedigt werden können. Grenzen setzen hilft dem Kind, soziale Kompetenzen zu entwickeln. Letztlich profitieren alle Kinder von klaren Strukturen und eindeutigen Grenzen, besonders wichtig sind sie jedoch für hyperaktive, impulsive, unkonzentrierte, überstimulierte und manipulative Kinder, die darauf bedacht sind, die Kontrolle über die Situation zu behalten.

Theraplay repliziert strukturierende Verhaltens- und Interaktionsmuster. Struktur wird durch Eindeutigkeit, Regelmäßigkeit, Ritualisierung, durch klar erkennbare Regeln und Grenzen vermittelt. Die spielerischen Interaktionen zwischen Therapeut/in und Kind bekommen klare Strukturen durch erkennbaren Anfang, klare Mitte und eindeutiges Ende sowohl jeder therapeutischen Aktivität als auch des Verlaufs jeder therapeutischen Sitzung. Die therapeutische Sitzung muss auch die physische Sicherheit des Kindes gewährleisten, insbesondere bei herausfordernden Spielen. Aggressiven Kindern werden Grenzen gesetzt, so wird ihnen beispielsweise verdeutlicht: „Nicht weh tun! Niemals!“ Durch Interaktion wird eindeutig definiert, wo die Grenze des Erlaubten, wo die Grenze zwischen Kind und Therapeut/in ist. Durch spielerische Aktivitäten wie zeichnerisches Umreißen oder farbiges Abdrucken der Hände, der Füße oder liegend des ganzen Körpers wird dem Kind die Struktur seines Körpers, durch Berühren von Fläschchen mit warmen und kalten Flüssigkeiten wird die Grenze zwischen angenehmen und unangenehmen Gefühlen bewusst gemacht. Es ist hier nicht der Platz, alle strukturierenden therapeutischen Interaktionen aufzulisten. Franke (2004) hat dazu ein Nachschlagewerk herausgegeben.

Nach O'Connor (1991, S. 31-34) schaffen strukturierende Aktivitäten im allgemeinen sichere Bindungen zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson. Im Vorschulalter sollten Eltern für Regelmäßigkeit sorgen, z.B. dass ihre Kinder zu angemessener Zeit ins Bett gehen, regelmäßig gesunde Nahrung bekommen und lernen, für sich selbst zu sorgen, beispielsweise

die Zähne regelmäßig zu putzen, sich selbst zu waschen und anzuziehen. Die Regelmäßigkeit im Alltag gibt dem Kind Struktur. Nach O'Connor können Eltern die Welt ihres Kindes sowohl zu viel als auch zu wenig strukturieren. Mit zu viel Struktur kreieren sie im Kind je nach anlagebedingter Disposition entweder übermäßige Abhängigkeit von fremdbestimmter Strukturierung oder einen exzessiven Drang zur Rebellion gegen Strukturen. Zahllose strikte Regeln und Androhungen von Konsequenzen ohne eigenen Beitrag des Kindes können im familiären Alltag dazu führen, dass Kinder aus solchen Familien später ihr eigenes Leben durch ein zu hohes Maß an Regeln rigide erstarren lassen oder Regeln ausweichen und ihren eigenen Kindern später Laissez-faire erlauben, statt ihnen in vernünftigem Maße Regeln zu geben und Grenzen zu setzen.

#### **1.2.4 Herausforderung**

Eltern haben viele Möglichkeiten, ihr Kind herauszufordern. Die Herausforderungen dürfen jedoch die Möglichkeiten des Kindes nicht überfordern. Sie sollen dessen Mut anregen und ihm Selbstvertrauen geben, (kleine) Herausforderungen meistern zu können, ein Gefühl für die eigene Kompetenz und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln. In der Therapie dienen herausfordernde Aktivitäten dazu, das Kind zu ermutigen, Anforderungen und Schwierigkeiten zu bewältigen, statt ihnen auszuweichen. Die therapeutischen Herausforderungen sind jedoch so dimensioniert, dass sie vom Kind erfolgreich gemeistert werden können. Sie werden im spielerischen Miteinander immer wieder geübt, bis sie selbstverständlich geworden sind. Zum Beispiel kann ein vierjähriges Kind mit dem Entwicklungsstand eines Zweijährigen herausgefordert werden, auf einen Berg Kissen zu steigen, darauf zu balancieren und eins-zwei-drei in die ausgebreiteten Arme der Therapeutin zu springen. Solche Aktivitäten ermutigen das Kind, etwas zu wagen, und geben ihm Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

O'Connor (1991, 33-34) weist darauf hin, dass die Grenze zwischen Herausforderung und Frustration des Kindes zu beachten sei. Eine Mutter, die beispielsweise ihr dreijähriges Kind auffordert, sich ein Glas Milch aus einer nahezu leeren, leichten Packung zu füllen, fordert es heraus: Das Kind lernt, dass es das kann. Wenn sie es dagegen drängt, das Glas aus einer randvollen Packung zu füllen, gar noch schimpft, wenn dabei Milch vergossen wird, frustriert sie das Kind und es lernt, dass es dazu nicht fähig ist. Wenn ein Kind wiederholt von seiner Bezugsperson, der es vertraut, zu inadäquaten Leistungen angespornt wird und versagt, kann es den Mut verlieren und hinter seinen Entwicklungsmöglichkeiten zurückbleiben. Es

wird so dazu erzogen zu denken: „Ich kann das nicht, mach du das!“ Umgekehrt kann ein Kind, das immer wieder bis zum Erleben einer frustrierenden Enttäuschung herausgefordert wird, jedoch auch ärgerlich werden und künftig Widerstand leisten, sobald es auch nur andeutungsweise in eine Situation gerät, in der es glaubt, dass seine Fähigkeiten getestet werden sollen. Kinder, denen von übermäßig fürsorglichen Bezugspersonen bei vielen Anlässen gesagt wird: „Lass' das. Das kannst du nicht. Dazu bist du zu klein. Ich mache das für dich!“, erlernen möglicherweise Hilflosigkeit statt der Kompetenz, Herausforderungen mutig zu bewältigen.

### **1.2.5 Rolle der Eltern**

Die Entscheidung, ob ein psychisch gestörtes Kind mit Theraplay behandelt werden soll, liegt nicht nur beim verordnenden Kinder- oder Facharzt, sondern auch bei den Eltern des Kindes. Es bedarf grundsätzlich der informierten Zustimmung der Eltern. Sie werden zunächst ausführlich über Theraplay informiert. Sie sehen, unterstützt und begleitet durch Therapeut/innen, beispielhafte Videoausschnitte der Theraplay-Behandlung anderer Kinder (mit Genehmigung der Eltern der betroffenen Kinder). So können sie sich ein Bild machen, wie sich ein schwieriges Kind üblicherweise verhält, dass es anfangs u. U. bitterlich weint, laut schreit, wütend und trotzig oder stumm und zurückgezogen ist, eben nicht mitmachen will. Die Eltern erleben, dass sich ein solches Kind im Verlauf der Therapie schnell beruhigt und am Ende der Behandlung unbeschwert fröhlich und positiv verändert ist. Die Eltern werden aufgefordert, sich alles ruhig anzuschauen, zu überlegen und erst dann zu entscheiden, entweder der Behandlung ihres Kindes mit Theraplay zuzustimmen oder diese abzusagen.

O'Connor (1991, S. 109-112) weist darauf hin, dass manche Eltern sich scheuen, ihr Kind behandeln zu lassen. Sie fühlen sich wegen der Verhaltensauffälligkeit ihres Kindes beschämt, so dass sie im Konflikt zwischen den konventionellen Anforderungen an ihre Elternrolle und dem nicht rollenkonformen, schwierigen Kind trotz ärztlicher Verordnung sogar den Erstkontakt mit einer Beratungsstelle, Klinik oder Praxis unterlassen. Manche Eltern befürchten, in ihrer Rolle als Eltern versagt zu haben, manche fühlen sich einfach hilflos, einige brechen den Kontakt noch vor Beginn der Behandlung ihres Kindes oder nach den ersten therapeutischen Sitzungen wieder ab. Die Hemmschwelle sollte für diese Eltern so niedrig wie möglich sein. Das geht nur, wenn sie gut informiert sind, bevor sie sich für die Behandlung ihres Kindes entscheiden. Sie müssen überzeugt sein, dass die Therapie für ihr Kind gut sein und ihm helfen wird, sein störendes Verhalten positiv zu verändern, dass ihr

familiäres Zusammenleben nach der Therapie des Kindes leichter und wesentlich angenehmer sein wird.

Es kann jedoch nicht genügen, dass sich ein verhaltensauffälliges Kind zwar in der Therapie positiv verändert, dieses veränderte Verhalten jedoch nicht in den familiären Alltag transferiert. Deshalb sollten die Eltern in den Therapieprozess integriert werden, um zusammen mit dem Kind eine neue Form der sozialen Interaktion zu lernen. Die Integration der Eltern in den Therapieprozess war nach Booth (2005) die wohl größte methodische Veränderung seit Beginn der Entwicklung von Theraplay. Am Anfang fokussierte Theraplay fast ausschließlich auf die Behandlung des Kindes, auch wenn gelegentlich mit Eltern-Kind Dyaden gearbeitet wurde. Mit zunehmender Erfahrung in der praktischen Anwendung von Theraplay verschob sich der Fokus auf die Eltern-Kind-Interaktion. Es wurde versucht, beide Elternteile in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. Inzwischen werden Eltern ausdrücklich aufgefordert, die Behandlung ihres Kindes zu beobachten, am besten vom Nebenraum aus durch eine Einwegscheibe oder, wo das nicht möglich ist, auf dem Bildschirm eines Videosystems. Durch Beobachtung der Aktivitäten der Therapeut/in und eingehende Beratungsgespräche wachsen sie hinein in einen veränderten Umgang mit ihrem Kind. So lernen sie unter Anleitung, nach und nach die Funktion einer Co-Therapeut/in zu übernehmen. Meistens sind es Mütter, die als Co-Therapeutin mitwirken, weil Väter ihre Kinder selten oder gar nicht zur Therapie begleiten. Es bleibt jedoch Aufgabe der Theraplay-Therapeut/innen, die Interaktion mit dem Kind zu führen:

- Die Interaktion zwischen Therapeut/in und Kind ist das Modell für eine neue Art der Interaktion des Kindes mit seinen Eltern und anderen Menschen.
- Therapeut/innen können aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Therapieerfahrung den Auslöser des Widerstandes eines Kindes erkennen und durch die Art der Interaktion mitmachenden Eltern erste Erfahrungen mit einer besseren Art der Interaktion vermitteln.
- Therapeut/innen können den Eltern durch Integration in die Therapie helfen, sich mit dem bis dahin ungewohnten Stil einer eher direktiven, strukturierenden, engagierenden, herausfordernden oder fürsorglichen Interaktion vertraut zu machen, um sie zu Hause auch anzuwenden.

### **1.2.6 Therapeutisches Setting**

Jernberg & Booth (1999, S. 5-6) machen Vorschläge für das Setting, in dem Theraplay stattfinden kann: Der *Raum* sollte einfach und funktional sein, damit das Kind nicht durch

unpassende Einrichtung, herumliegende Spielsachen oder die Anwesenheit zuschauender Personen, die nicht in den therapeutischen Prozess integriert sind, vom Augenkontakt mit der Therapeutin und vom therapeutischen Spielen abgelenkt wird.

Die *Ausstattung* des Therapiezimmers sollte sich auf das Notwendige beschränken. Das Kind sollte den Eindruck eines Spielzimmers haben, ohne dass Spielsachen herumliegen. Die Zimmeratmosphäre sollte es dem Kind ermöglichen, sich entspannt und mit Spaß auf das gemeinsame Spielen einzulassen, ohne dass es den Eindruck von Therapie bekommt. Alle nicht benötigten Hilfsmittel und Ausstattungen sollten unsichtbar bleiben, z.B. in Schränken verschlossen sein.

Bewährt hat sich eine große, bunte Bodenmatte, auf der Therapeut/in, Kind und Co-Therapeut/in miteinander spielen. Ein Sitzsack oder auf dem Boden verteilte weiche Kissen reichen aus, wenn Therapeut/in und Kind allein miteinander arbeiten.

Die *Beleuchtung* sollte hell, aber nicht grell, eher diffus sein.

Ein *Beobachtungsraum* neben dem Spielzimmer, von dem aus Eltern durch eine Einwegscheibe die Therapie verfolgen können, wäre ideal, ist aber in vielen Ambulanzen und Praxen nicht zu realisieren. Sollte kein Beobachtungsraum verfügbar sein, lässt sich die Therapie auch über ein Videosystem in einem anderen Raum auf einem Monitor beobachten.

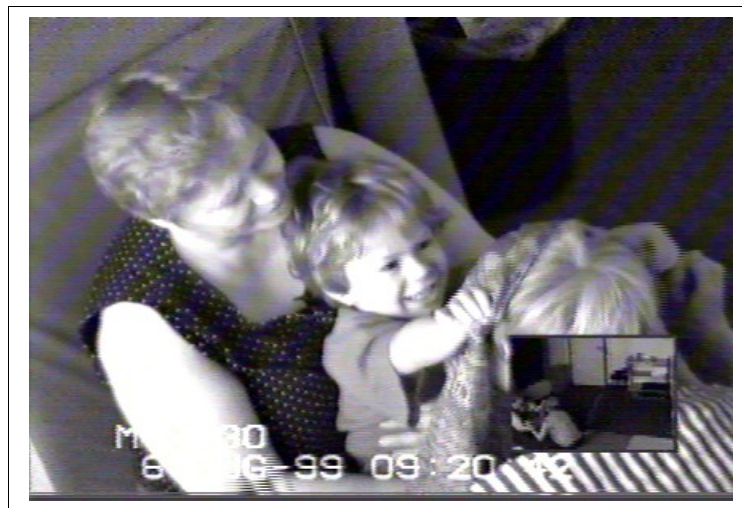


Abbildung 2: Setting der Behandlung eines Kindes mit Theraplay.  
Vorn rechts unten die Therapeutin (teilweise durch die Totale verdeckt)  
und hinter dem Kind die Co-Therapeutin, beispielsweise die Mutter.  
(Veröffentlichung des Videoausschnitts mit Genehmigung der Eltern)

## 1.3 TYPISCHE PHASEN DES THERAPIEVERLAUFS

### 1.3.1 Anamnese und Interaktionsdiagnostik

Eine therapeutische Intervention setzt zunächst die Erhebung einer Anamnese voraus, d.h. Informationen über die Familie und deren Umwelt, die Vorgeschichte der Störung des Kindes, den Bericht der Bezugsperson über sein interaktives Verhalten zu Hause, im Kindergarten und beim Spielen mit Gleichaltrigen. Danach erfolgt eine extensive Diagnostik des Entwicklungsstandes des Kindes sowie der Symptome seiner Störung und seines interaktiven Verhaltens. Im Einzelnen wird darauf im empirischen Teil eingegangen.

Ein wichtiger Teil der Diagnostik ist die Beobachtung und Analyse der typischen Verhaltensmuster des Kindes im Spiel mit der Mutter und unabhängig davon mit dem Vater, um die Behandlung mit Theraplay symptomgerecht planen zu können. Es ist nicht selten, dass ein Kind mit seiner Mutter anders als mit seinem Vater interagiert, bereitwilliger oder widerwilliger, fordernder oder nachgiebiger, autonomer oder abhängiger, positiver oder negativer. Zugleich gibt die Interaktionsdiagnostik Hinweise darauf, wie das Kind in bestimmten Situationen emotional auf Führung, Struktur, Herausforderungen und Stress bzw. auf interpersonale Beziehung, Berührung und Fürsorge reagiert.

In der Interaktionsdiagnostik bekommt die Bezugsperson des Kindes determinierte Spielaufgaben, deren Durchführung seine interaktiven Reaktionen erkennen lassen. Die Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Interaktionen werden beobachtet, auf Video protokolliert und nachträglich durch Diagnostiker/innen hinsichtlich defizitärer Verhaltensmuster nach operationalisierten Variablen analysiert. Das Ergebnis geht in die Therapieplanung ein.

O'Connor (1991, S. 37) und Jernberg & Booth (1999, S. 63-86) schlagen zur Beobachtung des interaktiven Verhaltens des Kindes und seiner Bezugspersonen die *Marschak Interaction Method* (MIM: Marschak, 1960) vor. In der Forschung zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wurde die deutsche Version der MIM, die *H-MIM - Heidelberger Marschak Interaktionsmethode* (Ritterfeld & Franke, 1994) eingesetzt. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurden am Beispiel der untersuchten Indikationen Objektivität, Sensitivität, Validität sowie die Retestrelabilität der *H-MIM* überprüft (Franke & Wettig, 2005b).



### 1.3.2 Typischer Sitzungsverlauf

Jede Theraplay-Sitzung hat eine klare Struktur. Sie wird sorgfältig geplant anhand der Symptomatik und des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes, seiner Ressourcen, seiner in vorausgegangenen Sitzungen gezeigten Reaktionen und seiner momentanen Befindlichkeit. Die Phasen einer Sitzung bleiben im Prinzip gleich, auch wenn sich die fürsorglichen, strukturierenden, engagierenden und herausfordernden Aktivitäten im Therapieverlauf der zunehmenden Entwicklung des Kindes anpassen. Jede Sitzung gliedert sich in vier Phasen:

- Eröffnungsaktivitäten,
- wechselseitiges Wiederannähern,
- therapeutische Interaktionen als längste Phase (vgl. Kapitel 1.2),
- Schlussphase der Verabschiedung.

In der *Eröffnungsphase* wird das Kind mit seiner begleitenden Bezugsperson fröhlich begrüßt und zusammen von Therapeut/in und Co-Therapeut/in auf engagierende Weise in das Spielzimmer expediert. Dabei darf es zeigen, was es kann, z.B. auf einem Balken balancieren, auf einer Kissenstraße oder über große Holzklötze in das Zimmer hüpfen. Die Aktivitäten beginnen also schon vor der Tür des Spielzimmers, um dem Kind Spaß und erste Erfolgsgefühle zu vermitteln. In der Phase der *Wiederannäherung (Check-up)* wird gemeinsam im Gesicht und am Körper des Kindes nach zu bewundernden Merkmalen gesucht. Dadurch kann das Kind ein Gefühl von Konsistenz entwickeln und sich seiner selbst positiv bewusst werden. Zugleich knüpfen Kind und Therapeut/in an die vertraute Situation der letzten Therapiesitzung an.

In der *therapeutischen Phase* werden spielend die geplanten strukturierenden, engagierenden, herausfordernden und fürsorglichen Aktivitäten eingesetzt. Das Kind wird immer wieder in seinem Selbstverständnis und seiner Selbstwirksamkeit bestätigt und entwickelt so Vertrauen in sich und seine Umwelt. In der *Schlussphase* wird es auf die Beendigung der Sitzung vorbereitet. Beispielsweise werden Strümpfe und Schuhe, die anfangs ausgezogen wurden, um die Füße in das Spiel einzubeziehen, sie zu streicheln oder an heißen Sommertagen im Wasser zu kühlen, wieder angezogen. Das Kind, das gleich das Spielzimmer verlassen wird, soll auf die „Welt da draußen“ vorbereitet werden. Es verlässt das Spielzimmer auf ähnlich spielerische Weise wie es hereingekommen ist. Beide, das Kind und seine Bezugsperson, werden liebevoll verabschiedet. Anschließend werden Struktur und Verlauf der Therapiesitzung sowie das beobachtete Verhalten des Kindes protokolliert.

### 1.3.3 Typischer Therapieverlauf

Nach Jernberg (1979, S. 34-37) und O'Connor (1991, S. 37) gliedert sich der Verlauf einer Theraplay-Behandlung in sechs Phasen:

- Einführung in die therapeutische Situation,
- Exploration neuer Erlebnisse und Möglichkeiten,
- vorsichtige Akzeptanz der therapeutischen Interaktionen durch das Kind,
- negative Reaktionen des Kindes auf die angebotenen Interaktionen,
- wachsendes Vertrauen in die Therapeut/in-Kind-Beziehung,
- Beendigung der Therapie.

In den Sitzungen der *einleitenden Phase* werden dem Kind grundlegende Regeln und Vorstellungen vermittelt, was es in den kommenden Sitzungen erwarten kann, nämlich immer fröhliche, liebevolle Begrüßung, Spaß machende Spiele, Rituale, Reime und die Klarstellung, dass Therapeut bzw. Therapeutin bestimmen, was gespielt wird.

In den Sitzungen der *explorierenden Phase* versuchen Kind und Therapeut/in, sich gegenseitig spielerisch kennenzulernen. Beispielsweise lernt das Kind, sich als etwas Besonderes zu erkennen, indem ihm Merkmale seiner Person bewusst gemacht und von der Therapeutin bewundert werden, z.B. der Ausdruck seiner schönen Augen, seine hübsche Nase, seine lustigen Sommersprossen, sein lockiges Haar, seine kleinen Finger oder Zehen, seine starken Muskeln. Das Kind mag vorher nicht gewusst haben, dass es so viel Schönes an sich hat, dass es so groß ist, dass es mutig ist, dass selbst sein negatives Verhalten sich ins Positive wenden und es seine liebenswerten Seiten zeigen kann. Bei unkooperativem Verhalten erfolgt paradoxe Intervention, z.B. wenn das Kind Augenkontakt vermeidet, wird es vielleicht aufgefordert: „Versuche mal, mich nicht anzusehen!“, wenn es sich schlaff hängen lässt, wird es paradoxerweise gelobt, dass es sich „wunderbar steif machen kann“.

In der Phase *vorsichtiger Akzeptanz* beginnt das Kind, sich auf die interaktiven therapeutischen Spiele einzulassen und versucht tatsächlich mitzuspielen. Oft ist das jedoch nur ein Pseudomitmachen. Manche Kinder versuchen sehr subtil, die Führung und Kontrolle der Sitzung zu übernehmen. Der Therapeut oder die Therapeutin fährt dann beharrlich fort, fürsorglich, strukturierend, herausfordernd, überraschend zu sein. Das Kind mag perplex, verwundert, aufgeregt oder reserviert sein oder vorgeben, interessiert zu sein, aber es wird zunächst noch vorsichtig bleiben. Selbst dann, wenn es offensichtlich vertrauensvoll reagiert, wäre es voreilig, das schon für ein stabiles Engagement zu halten.

Meist folgt dann eine Phase der *negativen Reaktionen*. Es gibt vorübergehend einen Rückfall: Das Kind liefert für einige Zeit klaren Widerstand. Es versucht, seine Kontrolle über den Prozess und seine interpersonale Distanz zurückzugewinnen und bestätigt damit, dass es bisher nicht wirklich involviert war. Therapeut/innen sollten mit den geplanten spielerischen Aktivitäten weiter beharrlich fortfahren, sich nicht durch Verweigerung, Weinen oder Wutanfälle aus dem Konzept bringen lassen und sehr fürsorglich sein. Der Widerstand mag noch einige Sitzungen fortauern, er wird aber sukzessive an Intensität verlieren und schließlich aufhören. Erste Anzeichen dafür sind meistens heimliche Versuche des Kindes, Augenkontakt aufzunehmen.

Wenn das Kind seine negativen Reaktionen aufgegeben hat, ist es bereit, sich auf *wachsendes Vertrauen* einzulassen. In dieser Phase, der längsten der Therapie, zeigt das Kind nun wirklich seine Freude an der Interaktion, entwickelt Vertrauen zu sich selbst und in seine Umwelt. Kind und Therapeut/in werden zu Partnern und versuchen, frühere Themen in neuen Variationen wieder aufzugreifen und sich an der Anwesenheit des anderen zu freuen. Dies ist der Zeitpunkt, von dem an nun andere, beispielsweise die Mutter oder der Vater, als Co-Therapeuten in die Sitzungen einbezogen werden können, indem sie ihr Kind warm und sicher im Schoß halten und es bei niederem Tonus immer wieder aufrichten.

Die Beendigung der Therapie vollzieht sich in drei Schritten. Zu Beginn der *Endphase* wird das Kind auf die bevorstehende Trennung vorbereitet, was nicht lange vorher und mit gedrückter Stimmung verbunden sein muss. Die vorletzte Therapiesitzung dient dazu, das Kind auf sein Verhalten außerhalb der Therapie z.B. gegenüber Eltern, Geschwistern, Freunden und Erzieher/innen vorzubereiten. In der letzten Therapiestunde werden in einem kleinen Abschiedsfest die Erfolge des Kindes gefeiert. Zur Erinnerung wird ein Polaroid-Foto gemacht, damit es immer wieder sehen kann, wie fröhlich es in der Therapie gelacht hat. Auf den Rand des Fotos wird ein anerkennendes Lob über seine inzwischen erworbenen spezifischen Fähigkeiten geschrieben. Zum Schluss bekommt es eine Urkunde, die seine gewachsenen Fähigkeiten bestätigt, so dass es stolz auf sich Abschied nehmen kann.

#### **1.4 INDIKATIONEN UND KONTRAINDIKATIONEN**

Theraplay hat sich in jahrzehntelanger Praxis als wirksam zur Behandlung relevanter Symptome von Anpassungs-, Bindungs- und Verhaltensstörungen erwiesen, auch zur Minderung traumatischer Belastungen und zur Förderung bei Entwicklungsstörungen des autistischen Spektrums. Indikationen und Kontraindikationen für Theraplay wurden zunächst

aufgrund dieser Erfahrungen praxisbasiert definiert. Die Ergebnisse der vorliegenden Studien haben diese Indikationen bestätigt und darüber hinaus evidenzbasiert Hinweise gegeben, dass mit Theraplay vermutlich auch Sprachverständnisstörungen wirksam, nachhaltig und durch kurze Therapiedauer kosteneffizient behandelt werden können.

Jernberg (1979, 26) vermutete seinerzeit aufgrund ihrer praxisbasierten Erfahrungen, dass die Wirkung von Theraplay wahrscheinlich eine „Funktion der bindungs- und autonomiefördernden Erfahrungen“ ist, die die Kinder vorher vermissten und dann in der Therapie mit Theraplay erlebten. Sie nahm an, dass vermutlich eine Verbesserung des Selbstwert- bzw. Selbstwirksamkeitsgefühls (self-esteem, self-efficacy) und der sozialen Kompetenzen es den mit Theraplay behandelten Kindern ermöglichte, ihr störendes Verhalten positiv zu verändern. Nach O'Connor (1991, S. 35) ist Theraplay zur Anwendung bei Kindern geeignet, die unfähig zu befriedigenden interpersonalen Beziehungen und in ihrer Entwicklung erheblich zurückgeblieben sind. Er vermutet, dass es sich um Kinder handelt, die in früher Kindheit Defizite in der Erfahrung von Zuneigung und der Entwicklung von Autonomie hatten. Jernberg & Booth (1999, S. 21-28) empfehlen Theraplay für folgende Problembereiche:

- Probleme durch die Unfähigkeit des Kindes, auf Bezugspersonen zu reagieren, z.B. weil das Kind ein schwieriges Temperament, Probleme mit der Affektregulation oder konstitutionell bedingte neurologische Probleme hat.
- Probleme durch einen Mangel an einfühlsamer, empathischer elterlicher Zuneigung, z.B. weil das Kind in seiner familiären Umgebung mit viel Stress aufwachsen muss, weil die Eltern des Kindes gesundheitliche Störungen haben oder weil sie durch Drogen oder anderen Abusus zu adäquater Elternschaft unfähig sind oder weil das Kind getrennt von seinen Ursprungseltern aufwachsen muss.
- Probleme, zu denen sowohl das Kind als auch seine Bezugspersonen beitragen, weil das Kind hypersensibel auf seine stressbelasteten Eltern oder irritiert auf eine depressive oder im Umgang mit Kindern unfähige Bezugsperson reagiert oder weil die Temperamente des Kindes und seiner Bezugsperson extrem verschieden sind, so dass beide nicht zueinander passen (*mismatch*).

In den USA wurde Theraplay bisher vorwiegend bei Bindungsstörungen ("children who refuse to form attachment") z.B. vernachlässigter oder misshandelter Kinder, bei Anpassungsstörungen zwischen Adoptiv- bzw. Pflegekindern und ihren Bezugspersonen (u.a. Hughes, 1998), bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (u.a. Myrow, 1999), bei emotionalen und sozialen Störungen der interpersonalen Kommunikation

(u.a. Siegel, 1999, dt. 2006) und bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen des autistischen Spektrums (u.a. Bundy-Myrow, 2005) angewendet.

In Großbritannien wird Theraplay derzeit oft bei Anpassungs- und Bindungsstörungen zwischen Adoptiv-, Pflege- und traumatisierten Kindern und ihren neuen Eltern (Archer & Burnell, 2003) eingesetzt.

In Deutschland wurde Theraplay 1984 durch Ulrike Franke eingeführt. Aufgrund ihrer therapeutischen Tätigkeit im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg richtete sich die Anwendung anfangs fast ausschließlich auf sprachentwicklungsverzögerte oder sprachverständnisgestörte Kinder, die eigentlich hätten logopädisch behandelt werden sollen, aber wegen ihrer Verhaltensauffälligkeiten nicht oder nur durch lang andauernde Logopädie zu behandeln gewesen wären. Bei diesen Kindern wurde Theraplay im Sinne einer präparatorischen Vorbehandlung eingesetzt, um zunächst ihre Verhaltensauffälligkeiten zu verringern, um sie für die funktional notwendige Behandlung ihrer Sprachdefizite zugänglicher zu machen. Zufällig wurde dabei entdeckt, dass Theraplay bei Kindern mit rezeptiven Sprachstörungen auch deren Sprache wirksam anbahnte, so dass sich bei manchen eine nachfolgende logopädische Behandlung, sonst die Methode der Wahl, erübrigte (Wettig & Franke, 2005b).

Mit der Fortbildung von Therapeut/innen aus Kliniken und Institutionen mit anderen Patientenpotentialen verbreiterte sich sukzessive das Spektrum der Indikationen. Theraplay erwies sich in der Praxis auch bei Kindern mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit als wirksam (Briegel, Wettig & Franke, 2005), ebenso bei geistig und körperlich behinderten Kindern, bei solchen mit Frühförderbedarf, bei unaufmerksamen, hyperaktiven, impulsiven Kindern (Wettig & Franke, 2005a), bei verhaltensauffälligen, oppositionell verweigernden, aggressiven, aber auch bei schüchternen, sozial zurückgezogenen, sozial ängstlichen Kindern.

Remschmidt & Kamp-Becker (2006, 181) erwähnen Theraplay im Zusammenhang mit dem Asperger-Syndrom.

Nachfolgend werden alle Störungen aufgelistet, bei deren Behandlung sich Theraplay in den vergangenen Jahren in der Praxis in nennenswerter Häufigkeit als wirksam erwiesen hat, ohne dass für jede dieser Störungen bereits eine wissenschaftliche Evaluation vorliegt. Die Auflistung ist nicht nach der Häufigkeit der Verordnung, sondern nach der Gliederung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) geordnet (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1997):

- F3        **Affektive Störungen**
- F32.x    Depressive Episoden
- F34.x    Anhaltende affektive Störungen
  
- F4        **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
- F40.x    Soziale Angst
- F43.1    Posttraumatische Belastungsstörungen
- F43.2    Anpassungsstörungen, z .B. kurze depressive Reaktionen
  
- F9        **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit**
- F90.0    Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- F90.1    Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens
- F91.3    Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten
- F93.2    Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F94.0    Elektiver Mutismus
- F94.1    Reaktive Bindungsstörung im Kindesalter
- F94.8    Störung der sozialen Funktionen mit Rückzug und Schüchternheit
  
- F8        **Entwicklungsstörungen**
- F80.2    Rezeptive Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen)
- F84.0    Frühkindlicher Autismus (Symptome des Kanner-Syndroms)
- F84.5    Autistische Psychopathie (Symptome des Asperger-Syndroms).

Gegenstand der Behandlung mit Theraplay sind jedoch immer relevante Symptome dieser Störungen, nicht die psychische Störung als solche.

**Kontraindikationen:** Jernberg (1979) nahm seinerzeit an, dass Theraplay kontraindiziert sei, wenn ein Kind soziopathisch, traumatisiert, emotionell labil oder missbraucht worden sei. O'Connor (1991, S. 35) weist jedoch darauf hin, dass Theraplay, seitdem sich die therapeutische Methodik verbessert und die Intensität der Ausbildung und Supervision erhöht habe, bei einem breiten Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten in interpersonalen Beziehungen erfolgreich anzuwenden sei, auch bei Kindern, die Jernberg noch kontraindiziert erschienen. Theraplay wird von ihm als eine Therapieform eingeschätzt, die ein geringes Risiko iatrogenen, d.h. durch diagnostische oder therapeutische Einwirkungen verursachter negativer Effekte erwarten lässt. Deshalb wird im Bereich der Anpassungs-, Bindungs- und Verhaltensstörungen kein Ausschluss bestimmter Patient/innen angenommen.

Es gibt jedoch ein Risiko diagnostischer Fehleinschätzungen aufgrund ethnischer und kultureller Unterschiede zwischen Patient/innen und Therapeut/innen. Das gilt beispielsweise für die Behandlung von Kindern aus *Migrantenfamilien islamischen, buddhistischen, hinduistischen Glaubens, aus afrikanischen, arabischen, türkischen, indischen, fernöstlichen oder pazifischen Kulturen*. Theraplay-Therapeut/innen, die in den Gesellschafts- und Moralvorstellungen der westlich-christlichen Tradition aufgewachsen sind, können zu Fehldiagnosen kommen, wenn sie wenig Erfahrung mit Kindern aus solchen Familien haben. Um auch Kindern aus anderen Kulturkreisen wirksam helfen zu können, ist anzustreben, Theraplay-Therapeut/innen auch aus diesen Kulturen und Ethnien auszubilden.

Ein anderes Risiko stellen symbiotische Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Beziehungen dar. Solche Eltern sind tief überzeugt, dass sie allein wissen, was für ihr Kind gut ist; oft meinen sie auch, dass der andere Elternteil keine Ahnung habe und deshalb alles falsch mache. Das Kind wird in der besten Absicht dominiert. Kinder in symbiotischen Beziehungen wirken oft ängstlich, mutlos, dem dominierenden Schutz der Mutter oder des Vaters lautlos ergeben. Sie klammern sich an, lassen alle kindliche Fröhlichkeit und die Lust am Tollen und Spielen vermissen. Theraplay-Therapeut/innen werden von Eltern mit symbiotischen Eltern-Kind-Beziehungen meist argwöhnisch beobachtet und sind einem erheblichen Misstrauen und fortwährender Kritik ausgesetzt. Es kommt vor, dass bei wachsender Beziehung zwischen Kind und Therapeut/in diese Eltern die Behandlung mit Theraplay vorzeitig abbrechen.

---

## 2 THEORETISCHER TEIL

Der Begriff *Theorie* hat nach Reber (1995, S. 793-794) verschiedene Bedeutungen, von der höchst formalen und präzisen Bedeutung in der Wissenschaftsphilosophie über die pragmatische Verwendung des Begriffes in den Sozialwissenschaften bis zur wenig exakten in der Umgangssprache. Eine wissenschaftliche Theorie ist ein kohärenter Satz formaler Ausdrücke, der ein klar umrissenes Untersuchungsproblem und alle damit verbundenen Fakten und empirischen Daten vollständig und konsistent beschreibt. Eine Theorie in dieser strengen Form wird idealerweise am Beginn einer Untersuchung konzipiert. Sie induziert einen Satz einfacher Begriffe und Axiome, von denen Theoreme deduziert und auf ihren wahren Wert getestet werden, z.B. auf ihre Eignung, bekannte Fakten zu umschreiben und neue Phänomene vorherzusagen, deren Existenz bis dahin noch nicht bekannt war. Derartig anspruchsvolle Theorien sind in der Psychologie jedoch selten.

Popper (1934) stellte in *Logik der Forschung* sein Prinzip der *Falsifikation* von Theorien dem bis dahin üblichen Prinzip der *Verifikation* entgegen. Demgemäß kann eine Theorie nur dann den Anspruch einer wissenschaftlichen Theorie erheben, wenn für ein zu untersuchendes Problem am Anfang des Forschungsprojektes eine auf Theorien basierende Hypothese formuliert wurde, die der empirischen Widerlegung ausgesetzt wird. Er postuliert außerdem, dass auch unser forschungsbasiertes Wissen nur vorläufig ist, weil es jederzeit durch einen Gegenbeweis falsifiziert werden kann.

Solange Daten an Stichproben und nicht in der Grundgesamtheit erhoben werden, lassen sich Theorien allerdings nur als *wahrscheinlich* zutreffend bestätigen. Darüber hinaus gibt es noch eine andere Einschränkung: Kognitive Prozesse des menschlichen Erlebens und Verhaltens lassen sich bis heute nicht so konkret messen wie z.B. physikalische Phänomene. Jedes Forschungsergebnis hat deshalb einen wahren und einen Fehlerwert.

Flammer (2003, S. 12) zitiert Kurt Levin (1890-1947), der als Erster gesagt haben soll, dass es nichts Praktischeres gäbe als eine gute Theorie. Psychologische Theorien beschreiben und erklären reale Phänomene sowie deren wahrscheinliche Ursachen und Auslöser. Sie müssen sich grundsätzlich in einer empirischen Überprüfung bewähren. Psychologische Theorien können sowohl in kontrollierten Experimenten als auch durch praxisbasierte Feldstudien bestätigt oder verworfen werden.



Flammer (2003) postuliert, dass Theorien nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch eine subjektive Funktion haben: „Praxis ... wird durch Theorien geleitet. Theorien, auch Alltagstheorien, leiten nicht nur unsere Erklärungen und Interpretationen, sondern auch unsere Suche nach Informationen und unsere Beobachtungen. Theorien öffnen den Blick für Vermutungen, zu deren Prüfung wir Fragen stellen oder bestimmte Beobachtungen durchführen. .... Für Entwicklungstheorien heißt das, dass hinter ihnen mehr oder weniger explizit gewisse Menschenbilder stehen.“ Das gilt auch für die Theorien und das Menschenbild des Verfassers dieser Dissertation. Seine Hypothesen zur Wirkung von Theraplay, seine Entscheidung, diese Wirkung in Feldstudien am realen Ort der Therapie durch eine Kombination von Beobachtung, Test und Befragung zu evaluieren und seine Interpretation der Ergebnisse werden sowohl von allgemein anerkannten psychologischen als auch von seinen subjektiven Theorien und von seinem Menschenbild geleitet und müssen sich unter realen Therapieverhältnissen bewähren. Aus der Perspektive seines Menschenbildes sind Anpassungs-, Bindungs- und Verhaltensstörungen ebenso wie Entwicklungsstörungen, z.B. Autismus oder rezepptive Sprachstörung, Ausdruck der Wechselbeziehungen zwischen anlagebedingter Disposition, bio-psycho-sozialer Vulnerabilität und umweltbedingter Entwicklungsmöglichkeit. Kinder können nicht für ihre psychischen Störungen verantwortlich gemacht werden und auch den Eltern kann nur selten die Schuld an der Entwicklung der Symptome ihrer Kinder gegeben werden. Es ist zu unterstellen, dass die meisten Eltern grundsätzlich gewillt sind, die Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Die Fähigkeit dazu wird jedoch durch ihre elterliche Kompetenz beschränkt, denn sie können nur das weitergeben, was sie selbst erfahren oder gelernt haben.

## **2.1 THEORIEN ZU ANLAGEBEDINGTEN UNTERSCHIEDEN ZWISCHEN KINDERN**

Die Frage, ob Anlage oder Umwelt phänotypisches Erleben und Verhalten bedingen, hat die wissenschaftliche Diskussion lange beherrscht. Behavioristen postulierten seinerzeit einen fast ausschließlichen Einfluss der *Umwelt* auf die Entwicklung eines Kindes. So schrieb Watson (1924, reprint 1970, S. 104): “Give me a dozen infants, well-formed, and my own specified world to bring them up in, and I'll guarantee to take any one at random and train him to become any type or specialist. I might select – doctor, lawyer, artist, merchant, and yes, even beggar-man and thief, regardless of his talents, penchants, tendencies, abilities, vocations, and race of his ancestors.” Dieser Anspruch hat sich als falsch erwiesen.

Ebenso wenig konnte bewiesen werden, dass die kindliche Entwicklung durch genetische Anlagen determiniert wird. Studien mit eineiigen und zweieiigen Zwillingen bzw. mit Adoptiv- und leiblichen Kindern, die in gleichen bzw. in verschiedenen Familien aufwuchsen, haben lediglich die Hypothese gestützt, dass Kinder durch genetische Anlagen *disponiert* sind, sich unterschiedlich zu entwickeln.

Genetische Anlage und Einfluss der Umwelt werden nicht mehr als Antagonisten gesehen. Es wird ein Zusammenwirken beider Faktoren angenommen. Man weiß inzwischen, dass die Entwicklung des kindlichen Gehirns durch das genetisch angelegte Programm in Gang gesetzt wird. Das wachsende Gehirn bestimmt jedoch die phänotypische mentale und körperliche Entwicklung eines Kindes, indem emotionale und faktische Erfahrungen und Interaktion mit der Umwelt im neuronalen Netzwerk gespeichert werden. Nach Platte & Pauli (2005, S. 25-28) disponieren die genetischen Anlagen nicht nur die phänotypische Wahrnehmung der aktuellen Umwelt, sondern auch die positive und negative Interaktion mit ihr und damit die Entwicklung von Fähigkeiten, Neigungen und Verhaltensmustern. Montada (1995, S. 34) fragt deshalb: „Wenn Anlagen und Umwelt bei der Entwicklung psychologischer Merkmale immer zusammenwirken, ist es dann nicht unsinnig, nach dem Gewicht von Anlage und Umwelt zu fragen?“

Es beruht jedoch nicht alles, was angeboren ist, auf Mutation und Selektion der Gene. Es gibt auch *konstitutionelle* Determinanten, die während der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt die Voraussetzungen für die Entwicklung eines Kindes bestimmen, beispielsweise pränatal durch Alkoholismus, Drogen- und Tabakabusus, Erkrankungen oder Unfälle der Mutter, intrauterin durch organische Bedingungen oder perinatal beispielsweise durch Sauerstoffmangel während der Geburt mit Schädigungen des Gehirns des Neugeborenen. Die biologischen Anlagen eines Kindes werden also sowohl genetisch als auch prä- und perinatal geprägt. Nach Petermann, Niedank & Scheithauser (2004, S. 240-241) bestimmen nicht die Gene die äußeren Grenzen für die Variation von Merkmalen, sondern das sich entwickelnde System, von dem die Gene nur ein Teil sind. Es legt den Reaktionsbereich fest, in dem die Entwicklung sich vollzieht. Es kann jedoch Merkmale und Fähigkeiten nicht bestimmen, sondern nur die Möglichkeiten für die Entwicklung bestimmter Merkmale und Fähigkeiten schaffen. Für jeden Genotyp gibt es also ein ganzes Spektrum von Phänotypen.

Im Rahmen der Therapieforschung zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wird nicht nach dem Einfluss von Anlage oder Umwelt gesucht, jedoch werden anlagebedingte Charakteristika der Kinder, die durch die therapeutischen Bemühungen *nicht* grundlegend

beeinflusst oder verändert werden können, in die Überlegungen einbezogen, beispielsweise

- Geschlechtsunterschiede,
- Temperamentsunterschiede,
- Intelligenzunterschiede.

### 2.1.1 Geschlechtsunterschiede

Das Geschlecht wird durch die Zeugung festgelegt, d.h. durch die Verbindung des väterlichen Chromosomensatzes mit dem mütterlichen in der Eizelle. Das 23. Chromosomenpaar bestimmt dichotom, ob es ein Junge (XY-Chromosomen) oder ein Mädchen (XX-Chromosomen) wird. Das ist trivial.

Anders ist es mit den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Geschlechtsrollen von Mädchen und Jungen. Alfermann (2005, S. 305-317) kritisiert, dass in wissenschaftlichen Untersuchungen oft nur die *Geschlechtsunterschiede* hervorgehoben, dagegen die vielfältigen *Ähnlichkeiten* der Geschlechter minimalisiert oder gar ignoriert werden. Sie berichtet, dass Metaanalysen belegt hätten, dass Geschlechtsunterschiede i.d.R. nur ca. 6% der Varianz der Effektgröße therapeutischer Treatments erklären könnten.

Hinzu kommt das Problem, dass Geschlechtsunterschiede von verschiedenen Wissenschaftsrichtungen unterschiedlich gesehen und im Englischen sogar *sex* und *gender* unterschieden werden. Alferman (a.a.O., 307) zitiert Feingold (1988), der in der Literatur fünf unterschiedliche Erklärungsansätze für Geschlechtsrollenunterschiede gefunden habe, nämlich evolutionsbiologische, sozialisationstheoretische, sozialpsychologische, kognitive und konstruktivistische.

*Evolutionsbiologische* Erklärungsansätze führen Geschlechtsunterschiede auf einen phylogenetisch unterschiedlichen Selektionsdruck durch die verschiedenen Funktionen der Geschlechter zurück. So könne die Reproduktionsfunktion des weiblichen Geschlechts möglicherweise zu tendenziell größerer Einfühlsamkeit und Fürsorglichkeit und zu entsprechenden Präferenzen bei der Partnerwahl geführt haben und der Selektionsdruck beim männlichen Geschlecht zu größerer Dominanz und Neigung zur Promiskuität. Dieser Ansatz wird von Geary (1998, zitiert von Alfermann, 2005) kritisiert, weil er die kulturellen Einflüsse und den sozialen Wandel (z.B. die Möglichkeiten der Geburtenkontrolle) vernachlässige.

*Sozialisationstheoretische* Erklärungsansätze (u.a. Fagot, Roders & Leinbach, 2000, zitiert in Alfermann, 2005, S. 308) postulieren, dass Kinder sich bereits im Vorschulalter als

biologisch *männlich* oder *weiblich* kategorisieren und deshalb Wissen über typisch männliche oder weibliche Merkmale, Erwartungen an die Geschlechtsrollen und die Konsequenzen geschlechtstypischen oder -untypischen Verhaltens erwerben. Fagot et al. meinen, Ursache der Sozialisation sei, dass Jungen bzw. Mädchen sozial belohnt würden, wenn sie sich geschlechtstypisch verhielten.

*Sozialpsychologische* Ansätze (u.a. Eagly, Wood & Diekmann, 2000, zitiert in Alfermann, 2005, S. 308) erklären Geschlechtsähnlichkeiten und -unterschiede durch sozial vermittelte Stereotype der Geschlechtsidentität und der daran gebundenen Rollenerwartungen einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung aufgrund unterschiedlicher biologischer Fortpflanzungsvoraussetzungen. Alfermann (2005, S. 309) weist darauf hin, dass in unserer Kultur das Verhalten der Geschlechter sich durch die Gleichstellung von Mann und Frau, entsprechende Veränderungen in der Arbeitswelt, durch Antikonzeptiva und das dadurch verringerte Risiko ungewollter Fortpflanzung immer ähnlicher wird.

*Kognitive* Erklärungsansätze sehen die Selbstklassifikation in *männlich* oder *weiblich* als Voraussetzung für die Entwicklung von Geschlechtsrollen. Bierhoff-Alfermann (1989, zitiert in Alfermann, 2005, S. 308) vermutet, dass nicht der biologische Unterschied, sondern das Selbstkonzept, das eine Person von sich habe, wesentlich sei. Typisch männliche oder weibliche Eigenschaften, Verhaltenspräferenzen, Interessen, deren Unterschiede man schon beim Spielen kleiner Jungen und Mädchen erkennen könne, würden das männliche oder weibliche Denken, Fühlen und Handeln erklären.

*Konstruktivistische* Erklärungsansätze sehen Geschlechtsunterschiede als das Ergebnis kulturabhängiger sozialer Prozesse, durch die z.B. Eigenschaften, Erscheinungsmerkmale, Fähigkeiten und Verhaltensmuster stereotyp definiert würden (Alfermann, 2005, S. 306).

Baron-Cohen (dt. 2004, englische Originalausgabe 2003) vertritt die Theorie, dass Jungen und Mädchen „vom ersten Tag an anders“ seien, weil es so etwas wie ein weibliches und ein männliches Gehirn gäbe. Das weibliche Gehirn sei neuronal so geprägt, dass es „überwiegend auf Empathie“, während das männliche Gehirn „überwiegend auf das Begreifen von Systemen“ ausgerichtet sei. Systematisierungsvermögen interpretiert er als „Fähigkeit zu einem methodisch-analytischen Vorgehen“ und die Neigung „Systeme zu analysieren, zu erforschen und zu entwickeln“. So jemand verstehe intuitiv, wie etwas funktioniere. Er weist vorsorglich darauf hin, dass weder Empathie für alle Frauen, noch Systemdenken für alle Männer gelte, sondern dass Frauen im Durchschnitt eher zur Empathie neigten und Männer im Durchschnitt eher dazu, Systeme wahrzunehmen. So gebe es durchaus auch Empathie bei

Männern und die Fähigkeit, in Systemen zu denken, bei Frauen. Ausgehend von dieser Theorie entwickelte Baron-Cohen (2004, 208) ein Modell des männlichen und weiblichen Gehirns und dessen Extremformen. Er sieht auf der Achse Empathie (E) vs. Systemdenken (S) eine statistische Verteilung in der Bevölkerung, die sich unter Anwendung von ein bzw. zwei Standardabweichungen vom Mittelwert in fünf Typen eines eher männlichen oder eher weiblichen Gehirns gliedern lasse:

- extremer System-Typ  $S \gg E$  (Standardabweichung  $\sigma > 2$ ); ca. 2,5% der Bevölkerung)
- System-Typ  $S > E$  (Standardabweichung  $\sigma > 1$ ); ca. 13,5% der Bevölkerung)
- balanzierter S/E-Typ  $S = E$  (arithmet. Mittelwert  $M \pm 1\sigma$ ), ca. 68% der Bevölkerung)
- Empathie-Typ  $E > S$  (Standardabweichung  $\sigma > 1$ ), ca. 13,5% der Bevölkerung)
- extremer Empathie-Typ  $E \gg S$  (Standardabweichung  $\sigma > 2$ ), ca. 2,5% der Bevölkerung).

Baron-Cohen (2004, S. 184-230) wendet dieses Modell u.a. auf Entwicklungsstörungen des autistischen Spektrums an. Nach seiner Theorie sind bestimmte Formen des Autismus, z.B. das Asperger-Syndrom, Extremformen der Fähigkeit eines Gehirns zur Systematisierung bei häufig geringer Fähigkeit zum Empfinden von Empathie (vgl. extremer System-Typ  $S \gg E$ ).

Im empirischen Teil der Dissertation werden die Ergebnisse zur Wirkung von Theraplay dann nach Mädchen und Jungen differenziert, wenn sie klinisch bedeutsam oder statistisch signifikant sind, beispielsweise hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Symptome und deren therapiebedingter Veränderung.

### 2.1.2 Temperamentsunterschiede

Gynäkologen, Hebammen, Kinderschwestern und Wöchnerinnen wissen, dass Neugeborene sich schon unmittelbar nach der Geburt in ihrem Temperament unterscheiden. Manche der Neugeborenen sind eher *aktiv*, lebhaft, schreien sehr viel, andere sind eher *passiv*, ruhig, schreien kaum und schlafen mehr.

Die Kinderpsychiater Thomas & Chess (dt. 1980, amerik. Originalausgabe 1977) führten ab 1956 die bis jetzt wohl bedeutendste Langzeitforschung zur Erklärung möglicher Temperamentsunterschiede durch: die New Yorker Längsschnittstudie (NYLS). Die 141 Kinder der Stichprobe wurden über Jahrzehnte hinweg forschend begleitet. Sie stammten aus 85 New Yorker Familien, vorwiegend aus der jüdischen sozialen Mittelschicht. 60% der

Väter und 40% der Mütter hatten Collegebildung. Die Stichprobe war in Hinsicht auf eine Generalisierung der Temperamentsunterschiede allerdings relativ klein (1980, S. 15-21):

34 Kinder mit *eindeutig aktivem* Temperament  
8 Kinder mit *eindeutig passivem* Temperament  
33 Kinder mit *nicht eindeutig diagnostiziertem* Temperament  
= 75 Kinder als *klinische* Stichprobe  
+ 66 Kinder als *nicht klinische* Kontrollgruppe  
= 141 Kinder der Gesamtstichprobe der NYLS von 1956

Im Jahre 1961 begannen Thomas & Chess eine zweite Längsschnittstudie mit Kontrollgruppen: Eine mit 95 Kindern aus überwiegend intakten, stabilen Arbeiterfamilien puerto-ricanischer Herkunft, eine mit 68 zu früh geborenen Kindern (1000-1750g Geburtsgewicht) und eine mit 52 geistig leicht behinderten Kindern. Die Daten dieser Gruppen werden hier nicht weiter diskutiert.

Thomas & Chess verstanden die kindliche Entwicklung als komplexen Vorgang, der sich zwischen den jeweiligen Charakterzügen des Kindes und den jeweiligen Eigenarten seiner Umwelt vollzieht und sahen sich durch Studien anderer Wissenschaftler in ihrer Annahme bestätigt, dass Temperamenteigenschaften eine bedeutende Rolle in der Entstehung und im Verlauf von Verhaltensstörungen bei Kindern spielen. So hatten Graham, Rutter & George (1973, zitiert in Thomas & Chess, 1980, S. 36) 60 Kinder im Alter von drei bis sieben Jahren mit zumindest einem psychiatrisch erkrankten Elternteil auf den Zusammenhang von Temperamentskonstellationen und Verhaltensstörungen untersucht und festgestellt, dass bestimmte Temperamente auf die spätere Entwicklung psychischer Störungen hindeuteten. Sie vermuteten einen Zusammenhang zwischen schwierigem Temperament des Kindes und familiären Einstellungen bzw. Beziehungen.

Thomas & Chess (a.a.O., S. 17-20) fanden durch die New Yorker Längsschnittstudie neun Kategorien des Temperaments, die sie durch langjährige Beobachtung ihrer Stichproben und durch die Befragung der Eltern quantitativ und qualitativ bestätigt fanden:

- Aktivität (tägliche Anteile an motorischer Aktivität und Inaktivität),
- Regelmäßigkeit im Tagesrhythmus (Hunger, Schlaf-Wach-Rhythmus, etc.),
- Annäherung oder Rückzug (erste positive/negative Reaktion auf einen neuen Reiz),
- Anpassungsfähigkeit (Leichtigkeit der Reaktion auf veränderte Situationen),
- Sensorische Reizschwelle (Intensitätsniveau einer Reiz-Reaktion),
- Reaktionsintensität (Energie einer Reaktion, ungeachtet Qualität oder Richtung),

- Stimmungslage (Anteil angenehmen vs. unangenehmen, freudvollen vs. traurigen, freundlichen vs. unfreundlichen Verhaltens),
- Ablenkbarkeit (Störung aktuellen Verhaltens durch unwesentliche Umweltreize),
- Aufmerksamkeitsdauer und Durchhaltevermögen (Zeitspanne der Aufmerksamkeit und Weiterführen einer Aktivität in einer Richtung trotz vorhandener Hindernisse).

Aus dem relativen Anteil dieser neun Temperamentskategorien leiteten sie drei Temperamentskonstellationen ab:

- einfache Kinder (etwa 40% der NYLS),
- langsam auftauende Kinder (etwa 15% der NYLS),
- schwierige Kinder (etwa 10% der NYLS).

Etwa 35% der Kinder konnten sie aufgrund wechselnden Temperaments keiner der drei definierten Temperamentskonstellationen zuordnen.

Thomas & Chess (1980) unterschieden also zwischen *schwierigen* und *einfachen* Kindern. Bei schwierigen Kindern fanden sie belastende Anforderungen typischerweise im Bereich der Sozialisation, weil die Kinder nicht damit zurechtkamen, ihre spontanen Reaktionen und ihre Verhaltensmuster in Einklang mit den Regeln des Familienlebens, der Schule, der Gruppe Gleichaltriger usw. zu bringen. Im Unterschied zu den schwierigen Kindern stellten sie bei einfach zu erziehenden Kindern fest, dass diese sich gewöhnlich leicht den Anforderungen der Sozialisation anpassten und ihren Eltern bei routinemäßigen Verrichtungen nahezu keine Schwierigkeiten machten. Einfache Kinder hatten weniger Verhaltensprobleme. Thomas & Chess (a.a.O., S. 30) wiesen jedoch darauf hin, dass sich in keinem der Fälle ihrer Stichprobe die Verhaltensstörungen aus *bestimmten* „Zusammenstellungen von Temperamenteigenschaften“ ergeben hätten. Die Entwicklung abweichenden Verhaltens sei immer das Ergebnis „der Interaktion zwischen dem individuellen Sosein des Kindes und wichtigen Aspekten seiner Umwelt“. Temperament mache nur *einen* Aspekt der Eigenschaften eines Kindes aus und stehe in Wechselbeziehung mit Fähigkeiten und Motiven, die zusammen die spezifischen Verhaltensmuster bestimmten, die sich im Laufe der Entwicklung herauskristallisierten. In Wirklichkeit bestehe oder wirke natürlich keine einzelne Eigenschaft getrennt von anderen. Auch könne irgendein spezifischer Temperamentszug in vielen verschiedenen Kombinationen mit anderen auftreten. Zudem sei ein Temperamentszug oder eine andere Eigenschaft des Kindes oder des Elternteils selten oder nie durchgängig feststellbar. Von einem Kind zu behaupten, es habe z. B. Durchhaltevermögen, bedeute, dass diese Eigenschaft vorherrschend sei, aber nicht überall

und immer in Erscheinung trete. Verschiedene Kinder mit den gleichen Temperamentszügen könnten verschiedene Nuancen sowohl im Grad als auch in der Art des Ausdrucksverhaltens zeigen. Die funktionelle Bedeutung des Temperaments werde nicht dadurch bestimmt, ob sie beständig sei oder nicht. In einem bestimmten Alter und in bestimmten Lebenslagen könne sie großen Einfluss auf das Verhältnis zwischen Kind und Umwelt ausüben, müsse deswegen aber in einem späteren Alter nicht weiterhin von großer Bedeutung sein. Andererseits könne eine bestimmte Temperamenteigenschaft in der späteren Kindheit hervorragende Bedeutung gewinnen und vordem unwichtig gewesen sein. Für die Eltern oder die Erzieher komme es letztlich nur darauf an, welche individuellen Charakterzüge das Kind in der jeweiligen Altersstufe aufweise und inwiefern Umweltaforderungen sich mit den jeweiligen Temperamenteigenschaften verträgen, ihnen in einem bestimmten Alter zu einer optimalen Entwicklung zu verhelfen oder dieser abträglich zu sein.

Thomas & Chess (1980, S. 53-62) verfolgten auch die Auswirkungen des Temperaments der Kinder auf deren Eltern und wiesen nach, dass Kind und Eltern sich ständig gegenseitig beeinflussen. Die Reaktionen der Eltern wurden am meisten davon beeinflusst, ob ihr Kind ein *schwieriges* oder *einfaches* Temperament hatte bzw. ob dadurch die alltäglichen Routinen behindert wurden oder nicht, ob Ess- und Schlafgewohnheiten, Sauberkeit, Anpassung an die Familie, etc. den elterlichen Erwartungen entsprachen oder deren Leben erschwerten. Die Eltern-Kind-Beziehung hänge also nicht nur vom spezifischen Temperament des Kindes, sondern auch von den Erwartungen der Eltern an ihr Kind ab.

Zentner (1998) untersuchte anhand der Daten der NYLS den möglichen Zusammenhang zwischen Temperament und Intelligenz bzw. zwischen Temperament und Verhaltensstörungen. Er kam jedoch im Gegensatz zu Czeschlik (1993, zitiert in Zentner, 1998, S. 121), der einen Zusammenhang zwischen Temperament und Hochbegabung gefunden zu haben glaubte, zu dem Schluss, dass die Daten der NYLS keine Beziehung zwischen Temperament und Intelligenz bzw. Temperament und allgemeinen kognitiven Fähigkeiten (gemessen am IQ) zeigten. Dagegen fand Zentner (o.a.O., S. 125-140) auf der Suche nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Temperament und Verhaltensstörungen drei Ansätze, die eine Entwicklung von Verhaltensstörungen durch das Temperament des Kindes erklären könnten:

- Koinzidenz bestimmter Temperamentsvariablen und psychischer Störungen,
- Vorhersage späterer Verhaltensstörungen durch die Art des frühkindlichen Temperaments,
- Risikofaktoren in der Umwelt.



Nach Zentners Ansicht (a.a.O., S. 126-127) deuten die Daten der NYLS darauf hin, dass Kinder mit bestimmten Konstellationen des Temperaments mehr als andere dazu neigen, im Laufe der Kindheit psychische Störungen zu entwickeln. Als deutliche Risikofaktoren erwiesen sich Temperamenteigenschaften, die Thomas & Chess als *schwieriges* und *langsam auftauendes* Temperament bezeichneten. Von den 14 aktiven, schon vor dem 5. Lebensjahr verhaltensauffälligen Kindern der NYSL-Stichprobe entwickelten zehn psychische Störungen, wobei Zentners qualitative Analyse der Fälle zeigte, dass das Temperament bei der Entstehung der Störungen wesentlich beteiligt war. In den allermeisten Fällen führte die Konstellation bereits im Kleinkindalter zu erheblichen Schwierigkeiten. Von den Kindern mit langsam auftauendem Temperament entwickelte gut die Hälfte Verhaltensstörungen.

Im Gegensatz dazu fand Zentner bei der Gruppe der Kinder mit *einfachem* Temperament (etwa 40%) nur in vier Fällen eine psychische Störung, bei deren Entstehung das Temperament eine wesentliche Rolle gespielt hatte. Nach Zentner lassen sich diese Störungen den DSM-III-R Kategorien der Störungen des Sozialverhaltens, der Angststörungen und der Anpassungsstörungen bzw. den umfassenderen Kategorien der expansiven und emotionalen Störungen subsumieren.

Kagan (1994) untersuchte in einer Langzeitstudie an 300 Kleinkindern im Alter von 24 Monaten durch Kombination von Verhaltensbeobachtung und physiologischen Messungen experimentell im Labor, wie Kinder unterschiedlichen Temperaments auf die Konfrontation mit ihnen unbekanntem Gegenständen und Personen reagierten. Er untersuchte diese Kinder erneut, als sie 5½ bzw. 7½ Jahre alt waren. Er verglich die furchtlosesten und am stärksten explorierenden Kinder mit den besonders ängstlichen und scheu reagierenden. Es zeigte sich, dass 75% der anfangs gehemmten Kinder auch mit siebenjährig Jahren noch gehemmt waren. Kagan postulierte zehn Charakteristika eines gehemmten bzw. nicht gehemmten Temperaments. Zu den Merkmalen gehemmter Kinder gehören nach Kagan:

- Schweigsamkeit in Anwesenheit fremder Kinder oder Erwachsener,
- geringe Risikobereitschaft und mangelnde Entscheidungsfreude  
bei zugleich
- beschleunigter Herzfrequenz,
- Pupillenerweiterung,
- zunehmender Cortisol-Ausschüttung und
- genereller Muskelanspannung,  
also bei Symptomen von Disstress.

In den beiden Feldstudien, die dieser Dissertation zugrunde liegen, wurde das Temperament nicht erhoben. Bei Studienbeginn waren nur deutschsprachige Übersetzungen englischsprachiger Temperamentstests wie *Behavioral Style Questionnaire (BSQ)* bzw. *Emonionality-Activity-Sociability (EAS)* verfügbar, die nicht zur Erhebung des Temperaments von Kleinkindern ab 2 ½ Jahre geeignet waren. Statt das Temperament zu testen wurde mit der Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM, Ritterfeld & Franke, 1994) wiederholt das reale Interaktionsverhalten der Kinder im Spiel mit ihren Müttern und unabhängig davon mit ihren Vätern erhoben. O'Connor (1991, S. 37) hatte schon seinerzeit die amerikanische Version Marschak Interaction Method (MIM, Marschak, 1960) als geeignete Diagnostik zur Beobachtung und Analyse des Interaktionsverhaltens und der Beziehung zwischen Eltern und Kind vorgeschlagen. Darüber hinaus wurde in allen Therapiesitzungen das Interaktionsverhalten zwischen Kind und Therapeutin vollständig auf Video protokolliert und nachträglich durch je zwei unabhängige klinische Beobachter nach 18 operationalisierten Veränderungsvariablen ausgewertet. Ergänzend wurden die Elternteile wiederholt unabhängig voneinander zum Verhalten ihres Kindes und zu ihrer Eltern-Kind-Beziehung befragt.

### **2.1.3 Intelligenzunterschiede**

Alfermann (2005, S. 307) berichtet, dass Feingold (1988) in einer Metaanalyse festgestellt habe, dass früher postulierte Intelligenzunterschiede zwischen den Geschlechtern mit der Annäherung der Lebenswelten von Frauen und Männern zunehmend geschwunden seien. Damit hätten sich die früher behaupteten evolutionsbedingten bzw. biologischen Ursachen geschlechtsspezifischer Intelligenzunterschiede relativiert.

Resch (1999, S. 166-167) weist auf unterschiedliche Definitionen und Modelle der menschlichen Intelligenz hin und macht damit deutlich, dass kindliche Intelligenz je nach Perspektive etwas Verschiedenes sein kann. Hier seine Beispiele:

- Intelligenz ist die Art der Bewältigung einer aktuellen Situation: gut urteilen, gut verstehen und gut denken (Binet & Simon, 1905, zitiert von Resch, 1999, S. 166).
- Intelligenz ist die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums, zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinander zu setzen (Wechsler, 1964, zitiert a.a.O., S. 167).

→ Intelligenz ist die Fähigkeit des Individuums, anschaulich oder abstrakt in sprachlichen, numerischen oder raum-zeitlichen Beziehungen zu denken; sie ermöglicht erfolgreich die Bewältigung vieler komplexer und mit Hilfe jeweils besonderer Fähigkeitsgruppen auch ganz spezifischer Situationen und Aufgaben (Groffmann, 1964, zitiert a.a.O., S. 167).

Piaget (1973), der sich eingehend mit der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und Intelligenzleistungen vom Säuglingsalter bis zum Erwachsenwerden befasste, wendet den Intelligenzbegriff sehr weit und eher umfassend in dem Sinne an, Intelligenz sei etwas Allgemeines, allen Menschen Gemeinsames und umfasse die Gesamtheit aller intellektuellen und kognitiven Funktionen, mit deren Hilfe sich ein Individuum mit seiner Umwelt auseinander setze.

Sternberg (1981, zitiert von Resch, 1999, S. 167) bündelt die vielfältigen Beschreibungen der Verhaltensweisen intelligenter Menschen zu drei übergeordneten Faktoren:

- praktische Problemlösefähigkeit,
- verbale Fähigkeit und
- soziale Kompetenz.

Asendorpf (1996, S. 139) schreibt, Intelligenz sei nach alltagspsychologischer Auffassung eine relativ einheitliche Fähigkeit, intellektuelle Leistungen zu vollbringen. Wegen der hohen sozialen Erwünschtheit des Merkmals *Intelligenz* in heutigen westlichen Kulturen habe das aber zur Kritik an psychologischen Intelligenzkonzepten geführt.

Die von Horn (1970) und Cattell (1971) vorgeschlagene Differenzierung in *fluide* und *kristallisierte* Intelligenz spielt in dieser Betrachtung keine Rolle, weil beide Formen der Intelligenz, wie Montada (1995, S. 14 und 454) deutlich macht, in Kindheit und Jugend eine parallele Entwicklung haben und erst im Erwachsenen- und insbesondere im höheren Alter verschiedene Entwicklungsverläufe nehmen. Die fluide Intelligenz basiert auf aktuellem Wissen der jeweiligen Zeit und nimmt mit hohem Alter ab. Die kristallisierte Intelligenz beruht auf schulisch erworbenen Lerninhalten, allgemeinem Fakten- und Erfahrungswissen sowie auf allgemeinem Wissen über Problemlöse- und Gedächtnisstrategien, also auf gewachsenen Erfahrungen, die im Laufe des Lebens erworben wurden. Bei Klein- und Vorschulkindern können solche Erfahrungen kaum vorhanden sein. Nicht ohne Grund stellt Montada (1995, Abbildung 1.4) die idealisierten Lebenslaufkurven dieser beiden Formen der Intelligenz erst ab dem Schulalter dar.

Diese Beispiele machen deutlich, dass der Intelligenzbegriff uneinheitlich ist und noch der Klärung bedarf. Nach Jäger & Petermann (1992, zitiert in Resch, 1999, S. 167) besteht unter Psychologen vor allem Unklarheit darüber, „welche geistigen Fähigkeiten dem Intelligenzkonstrukt zugeordnet werden sollen“. Sie schlagen eine *enge* Definition vor, bei der Intelligenz im Wesentlichen mit der Fähigkeit zum Denken gleichgesetzt wird. Nach Ansicht von Resch (a.a.O., S. 167) spricht jedoch allein schon die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der Definitionen gegen ein enges Intelligenzkonstrukt. Er schlägt vor, Intelligenz als ein sehr *weites* globales Konzept kognitiver Anpassungs- und Lernfähigkeit zu sehen, das sich in einer Vielzahl von Situationen und Inhalten sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zeige.

Heubrock & Petermann (2005, S. 182-183) warnen vor Intelligenzdiagnostik bei jüngeren Kindern. Sie schreiben: „Kognitive Basisfähigkeiten und spezifische Fertigkeiten von Klein- und Vorschulkindern unterliegen einem besonders schnellen Wandel. Daher ist es in den meisten Fällen nicht sinnvoll, frühzeitig ein Intelligenzniveau zu bestimmen und eine Prognose hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Kindes abzugeben. Die wichtigste Aufgabe der Entwicklungsdiagnostik wird derzeit darin gesehen, mögliche Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen rechtzeitig zu erkennen, um gezielt geeignete Fördermaßnahmen einleiten zu können.“

Aufgrund kritischer Stellungnahmen zu Intelligenztests im *frühen* Kindesalter und wegen der Divergenz zwischen chronologischem Lebens- und realem *Entwicklungs*alter der psychisch gestörten Klein- und Vorschulkinder der Stichproben im Alter von zweieinhalb Jahren bis unter sieben Jahre wurde in beiden Feldstudien zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf Intelligenztests zugunsten nonverbaler Aufgaben eines Entwicklungstests verzichtet. Auch nonverbale Intelligenztests wie beispielsweise *Snijders-Oomen Nichtverbale Intelligenztestreihe*, damals noch in der Version von 1975, hatten sich 1997 in Vorstudien bei diesen Patientenkohorten als ungeeignet erwiesen. Der Grund: Die Zufallsstichproben der angefallenen Patientenpopulationen setzten sich fast ausnahmslos aus Kindern mit einer dualen Diagnose von Sprachentwicklungs- und zugleich Verhaltensstörungen zusammen. In der Patientenstichprobe, deren Intelligenz in der Längsschnittstudie erhoben werden sollte, hatten, wie später festgestellt wurde, 52 der 60 Kinder (rd. 87%) und in der Multi-Center-Studie 223 der 333 Kinder (rd. 67%) eine rezepptive Sprachstörung und konnten schon deshalb die Aufgabenerläuterung der diagnostizierenden Psychologin nicht richtig verstehen. In der Testsituation hilft es sprachverständnisgestörten Kindern nicht, die Erklärung zu raten, indem

sie sich an Schlüsselwörtern, Mimik und Gestik der Psychologin orientieren. Nach Vortests wurde 1997 entschieden, statt Intelligenztests nonverbale Untertests des Wiener Entwicklungs-Tests (WET) einzusetzen.

## **2.2 THEORIEN ZU UMWELTBEDINGTEN EINFLÜSSEN AUF DIE KINDLICHE ENTWICKLUNG**

Die Theorien über umweltbedingte Einflüsse auf die kindliche Entwicklung beschränken sich hier auf jene, die im Rahmen der Evaluation der Wirkung von Theraplay relevant erscheinen. Es sind Theorien zur Beziehung zwischen Individuum und Umwelt, Entwicklungstheorien, Bindungstheorien, Theorien zur Funktion des Spielens, des Berührens, der Selbstwirksamkeit und zum Zusammenhang zwischen mangelnder Sprachentwicklung und Verhaltensstörungen.

### **2.2.1 Individuum-Umwelt-Beziehung**

Individuum und Umwelt interagieren ständig miteinander. Magnusson & Endler (1977, zitiert in Lantermann, 1982) beschreiben vier Kriterien der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt:

1. Individuelles Verhalten  
ist das Ergebnis einer fortwährenden multidirektionalen Interaktion zwischen dem Individuum und Situationen, in denen es sich aufhält.
2. Das Individuum  
nimmt an diesem Interaktionsprozess aktiv und absichtsvoll teil.
3. Kognitive und motivationale Faktoren des Individuums  
sind die wesentlichen personalen Determinanten des Interaktionsgeschehens.
4. Die psychologische Bedeutung der Situationen  
beeinflusst entscheidend das Verhalten des Individuums und seiner Umwelt.

Für ein heranwachsendes Kind sind also nicht nur die Beziehungen zu und die Interaktionen mit seinen Bezugspersonen, seinen Eltern, anderen Kindern, etc. bedeutsam, sondern auch die subjektive Interpretation der Bedeutung der Situation, in der es mit anderen

interagiert. In der Interaktion entstehen wechselseitige Erfahrungen sowohl auf Seiten des Kindes als auch auf Seiten der Bezugspersonen, beispielsweise auf Seiten der Eltern.

Nach Ansicht von Petermann, Niedank & Scheithauser (2004, S. 244-247) wird diese Wechselwirkung und die Bedeutung der elterlichen Erziehung „durch fundierte Studien unterstrichen, in denen Erziehungspraktiken direkt modifiziert wurden, um beim Kind Verhaltensänderungen zu bewirken, die durch erbliche Merkmale nicht erklärt werden können. ... Wenn die Beziehung zwischen Anlage und Umweltfaktoren als Interaktion begriffen wird, darf nicht erwartet werden, dass zwischen den Handlungen der Eltern und der Entwicklung ihres Kindes eine lineare Beziehung besteht ... Die Umwelt ist sicher bedeutsam – nur hat jedes Kind eben seine ganz persönliche Umwelt.“

Konsequenterweise darf in der Therapieforschung nicht nur die anfängliche Symptomatik der Kinder und deren therapiebedingte Veränderung im Zeitverlauf verfolgt werden, sondern auch die Einstellung der Eltern und deren Veränderung.

### 2.2.2 Entwicklung

Ahrens (1991, 160) zeigt modellhaft die Dimensionen, die die differentielle Variabilität und Veränderlichkeit von Menschen im Zeitverlauf beeinflussen. Dieses Modell kann unmittelbar auf die Entwicklung von Kindern übertragen werden (vgl. Abbildung 3).

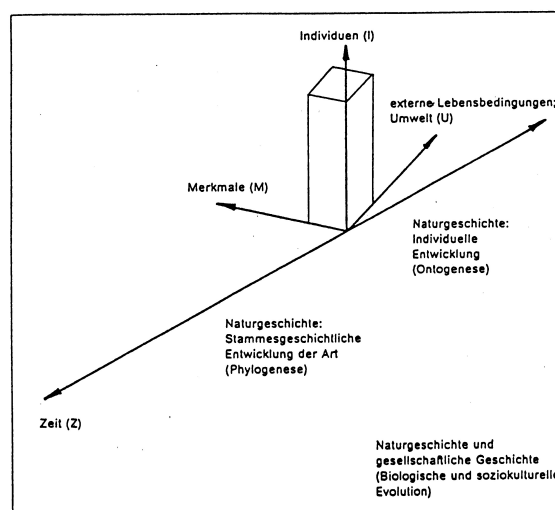


Abbildung 3: Dimensionen differentieller Variabilität und Veränderlichkeit von Menschen im Zeitverlauf. Abbildung nach H. J. Ahrens, 1991, S. 160, vom Autor genehmigt.

Die relevanten Dimensionen sind das beurteilte Individuum selbst (I), dessen Merkmale (M), die Umwelt, in der es sich behaupten muss (U), sowie die Zeit (Z), in der es

sich ontogenetisch in seiner soziokulturellen und gesellschaftlichen Umwelt entwickelt.

Kinder entwickeln sich im Zeitverlauf nicht nur körperlich, motorisch, intellektuell, sprachlich und seelisch, sondern auch in ihrer sozialen Kompetenz. Entwicklung der sozialen Kompetenz bedeutet wachsende individuelle, psychische und physische Fähigkeit zur sozialen Interaktion mit den Eltern und anderen Menschen und zur sozialen Integration in gesellschaftlich und kulturell bestimmte Strukturen.

Thomae (1968) definierte seinerzeit kindliche Entwicklung als eine Reihe von miteinander zusammenhängenden Veränderungen, die bestimmten Orten des zeitlichen Kontinuums eines individuellen Lebenslaufes zuzuordnen sind. Nach Flammer (2003, S. 14-20) gibt es jedoch aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven jeweils andere, sich z.T. überschneidende Entwicklungstheorien, beispielsweise

- Entwicklung als Veränderungsprozess,
- Entwicklung als Verlauf auf einem zeitlichen Kontinuum,
- Entwicklung als Abfolge alterstypischer Zustandsbilder  
wie beispielsweise Kleinkind, Vorschulkind, Schulkind,
- Phänotypische Entwicklung  
durch anlagebedingte Disposition und umweltbedingte Einflussfaktoren,
- Entwicklung in positiver und negativer Richtung,  
also Entwicklung sowohl zum Besseren als auch zum Schlechteren,
- Entwicklung als gesellschafts- und kulturabhängig variierendes Phänomen,
- Entwicklung aus quantitativer oder qualitativer Perspektive,
- Entwicklung als kontinuierlich oder diskontinuierlich verlaufender Prozess.

Quantitative Veränderungen der kindlichen Entwicklung sind beispielsweise messbare, verrechenbare, vergleichbare und kommunizierbare Zu- oder Abnahmen der Häufigkeit oder der Ausprägung definierter Symptome. Unter qualitativen Veränderungen der kindlichen Entwicklung versteht man das Ersetzen von Etwas durch etwas Anderes, das Dazukommen oder Wegfallen von Etwas, beispielsweise den Beginn des Sitzens, Laufens, Sprechens bzw. den Beginn des kognitiven Verständnisses.

Die Kontinuität der kindlichen Entwicklung wirft Fragen auf. Mussen, Conger, Kagan und Huston (1993, Bd. 1, S. 9-11) fragen: „Vollzieht sich Entwicklung in kleinen Schritten, die sich allmählich summieren, oder gibt es Sprünge, bei denen qualitativ neue und andere Fähigkeiten und Verhaltensmuster entstehen?“ Nach Keller (2003, S. 81-11) gibt es z.B. phänotypische, strukturelle, biographische, intergenerationelle und kontextuelle Kontinuität.

Rutter (1987) vermutet, dass es verschiedene Kontinuitätskonzepte gibt, weil sie unterschiedliche Implikationen des Entwicklungsprozesses enthalten. Diskontinuität der Entwicklung ist die Neuorganisation der Denk- oder Verhaltensmuster, wenn ein Kind eine wesentliche Entwicklungsaufgabe bewältigt, also qualitativ eine neue Entwicklungsstufe erklommen, d. h. einen Entwicklungssprung gemacht hat.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Modell von Ahrens alle vorstehend aufgeführten, unterschiedlichen Perspektiven abdeckt (vgl. Abbildung 3). Es spiegelt gewissermaßen den methodischen Ansatz der Therapieforschung zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wider, Individuen mit differenzierten soziologischen und psychischen Merkmalen bzw. mit Entwicklungsstörungen in der realen Therapiesituation im längsschnittlichen Zeitverlauf auf therapiebedingte Veränderungen ihres Verhalten zu untersuchen.

### **2.2.3 Bindung**

Reber (1995, S. 65) umschreibt Bindung (*attachment*) als Verbundenheit und emotionale Zuneigung zwischen Menschen in dem Bewusstsein, gegenseitig aufeinander vertrauen zu können. In der Entwicklungspsychologie bedeutet Bindung im Allgemeinen die Verbundenheit zwischen einem Kind und einer oder mehreren erwachsenen Bezugspersonen, z. B. Mutter, Vater, Erzieher/in und Lehrer/in. Bei bestehender Bindung wird ein Kind besonders in Zeiten von Depression, Traurigkeit oder Angst die Nähe seiner Bezugsperson suchen und keine Angst vor ihr zeigen. Es wird in hohem Maße empfänglich für fürsorgliche Berührungen und beruhigende Gesten seiner Bezugsperson sein und ängstlich werden, wenn es von ihr getrennt zu werden droht. In interpersonalen Beziehungen ist Bindung ein konsistentes Muster des Denkens, Fühlens und Verhaltens. Der Fokus liegt auf *konsistent*, d. h. die Bindung bleibt über längere Zeit und in unterschiedlichen Situationen konsistent aufrechterhalten.

Bindungsverhalten (*attachment behavior*) ist ein von John Bowlby (1969) eingeführter Begriff zur Umschreibung der immanenten Tendenz eines Kindes, sich eine erwachsene Person, meistens die Mutter, zu suchen und mit ihr einen maximal engen Kontakt aufrecht zu erhalten. So wie Bowlby den Begriff gebraucht, ist Bindungsverhalten eine natürliche Erwiderung auf jede Art von Distress oder Unsicherheitsgefühl des Kindes, nicht nur eine Reaktion auf eine drohende Trennung von der Bezugsperson (vgl. so genannte *fremde Situation* von Ainsworth, 1964, 1969). Manche Wissenschaftler, sagt Reber (a.a.O., S. 65)



sehen Bindung als ein angeborenes Potential des Kindes, andere sehen Bindung als ein besonderes Verhaltensmuster und lehnen eine genotypische Anlage ab.

Bindungsstile (*attachment styles*) wurden von Mary D.S. Ainsworth (1964, 1973) als Bindungsmuster (*pattern of attachment behavior*) beschrieben:

→ Sichere Bindung (*secure bonding*)

Diese Kinder suchen intime Vertrautheit und Interaktion mit ihrer Bezugsperson und fühlen sich dabei wohl.

→ Unsicher vermeidende Bindung (*insecure avoident behavior*)

Diese Kinder gehen keine intime Vertrautheit ein und meiden soziale Interaktionen.

→ Unsicher ambivalente Bindung (*insecure ambivalent behavior*)

Diese Kinder zeigen manchmal ein Bedürfnis nach Nähe und sozialer Interaktion und manchmal lehnen sie diese ab.

→ Desorganisierte, auch desorientierte Bindung (*disorganized, desorientated*)

Diese Kinder zeigen inkonsistente Muster sozialen Interaktionsverhaltens.  
(Main & Cassidy, 1988).

Seit den Beiträgen von Ainsworth (1964, 1969, 1973) und Bowlby (1969/1982, 1987) zur Bindungstheorie ist wissenschaftlich anerkannt, dass die Fähigkeit eines Kindes, sich an eine Bezugsperson zu binden, eine grundlegende Voraussetzung für seine gesunde seelische Entwicklung ist. Bindungsstörungen bzw. unsichere oder desorientierte Bindung können die Folge eines häufigen Wechsels der Bezugspersonen sein, beispielsweise bei Heimkindern aufgrund einer nie eingegangenen Bindung, bei Adoptiv- und Pflegekindern aufgrund einer ungewollten Trennung von ihrer Bezugsperson oder wegen unbekannter Ursprungsfamilie, bei traumatisierten Kindern aufgrund des Verlustes des Vertrauens in ihre Bezugsperson. Kinder mit einer Bindungsstörung entwickeln gewöhnlich psychische Probleme, das Bedürfnis nach Kontrolle der Situation und einen Mangel an Vertrauen in soziale Bindungen. In den USA, Kanada und United Kingdom wird Theraplay besonders häufig bei Adoptiv-, Pflege- und traumatisierten Kindern und deren Adoptiv- oder Pflegeeltern eingesetzt.

Hughes (1998) setzt sich in *Building the Bonds of Attachment. Awakening Love in Deeply Troubled Children* ausführlich mit der Wirkung bindungsfördernder Therapie auf „children who refuse to form attachment“ auseinander. Er beschreibt unter Bezug auf Greenspan & Wieder (1988), Schore (1994) und Stern (1985) die normalen Bindungsmuster (*Developmental Attachment Patterns*) von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr:

- 0 – 5 Monate: Zeit der biologischen Regulation:  
Wechselseitige Koordination der Aktivitäten wie Füttern, Schlafen, Wachen, Ausscheidungen des Kindes durch Verfügbarkeit eines ansprechbaren, sensibel reagierenden und intervenierenden Elternteils.
- 0 – 12 Monate: Zeit der Affektmodulation und der Anpassung:  
Augenkontakt, Lächeln, Gesten, emotionale, Spaß machende Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson als wechselseitiger Ausdruck gemeinsamer Gefühle.
- 9 – 18 Monate: Zeit der Organisation des Verhaltens und der Bindungssequenzen:  
Integration von Autonomie, Bindung, Sozialisierung und Scham. Das Kind entwickelt ein breites Spektrum von sozial bedeutsamen Gefühlen und Verhaltensweisen, organisiert sie und drückt sie aus. Es zeigt viele Interessen und Freude an Initiativen, während es zugleich lernt, Grenzen zu akzeptieren und seine Impulse zu kontrollieren.
- 18-36 Monate: Zeit der kognitiven und kommunikativen Entwicklung:  
Bindung wird nun internalisiert. Sprache wird genutzt, um Wünsche anzudeuten, Intentionen und Gefühle strukturiert auszudrücken, erste Selbstreflexionen und Selbstkontrollen zu entwickeln.
- 30-48 Monate: Zeit der Entwicklung von Differenzierung und Gegenseitigkeit:  
Bindung wird internalisiert und differenziert. Sprache wird angewendet, um das Selbst vom Nicht-Selbst zu unterscheiden und in einem weiten Spektrum der Gefühle und Ideen auf andere Menschen anzuwenden.

Hughes beschreibt im Rahmen dieser Sequenzen normaler kindlicher Entwicklung zwei Symptome unsicher gebundener Kinder: Mangel an affektiver Anpassung (*lack of affective attunement*) und übertriebene Scham (*excessive shame*). Der kindliche Mangel an affektiver Anpassung sei gekennzeichnet durch Vermeidung von Augenkontakt, allgemeine Freudlosigkeit, Unfähigkeit zum Spaß am Spielen oder an gemeinsamen Aktivitäten, Mangel an wechselseitigen Gesten der Liebe, Mangel an Zuneigung und körperlicher Nähe, Fehlen angemessener Kommunikation, mangelnde Empathie, unsicheres Selbstwertgefühl, Unterlassen von innerer Selbstkommunikation und von Nachdenken über die Auswirkungen von Handlungen. Die übertriebene kindliche Scham sei gekennzeichnet durch vermeidendes Verhalten, durch ein übermäßiges Bedürfnis, Situationen kontrollieren und manipulieren zu wollen, durch wütende Zornausbrüche, panische Ängste, traurige Verzweiflung, emotionale

und körperliche Selbstverletzung und Verletzung anderer Personen, durch Unfähigkeit zum Umgang mit Disziplin, Frustration und Verantwortlichkeit, gelegentlich auch durch Ausreden, Lügen und Beschuldigung anderer Menschen, Stehlen und andere destruktive Handlungen.

Durch Theraplay werden Bindungssehnsüchte geweckt, frühere Bindungen neu belebt oder Bindungen überhaupt zum ersten Mal erlebt. Sie werden zunächst mit Therapeut/innen und nach diesen Erfahrungen auch mit anderen Bezugspersonen eingegangen.

#### **2.2.4 Funktion des Spielens**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003) schreibt, warum das Spielen für die gesunde Entwicklung eines Kindes so wichtig ist: Spielen ist Nahrung für die Seele. Die Nahrung der Seele aber sind Eindrücke, Erlebnisse und Erkenntnisse. Das Kind empfängt seine Eindrücke hauptsächlich über das Spielen. Im Spiel lernt es die Welt kennen, untersucht sie, erobert sie, verändert sie, macht sie sich zu Eigen. Über das spielerische Umgehen mit Dingen und Menschen begreift es die Welt zunächst im buchstäblichen Sinne. Später kommt ihm auch noch die Phantasie zu Hilfe. Das Kind erschafft sich sein eigenes Universum, in dem alles möglich ist. Rollen werden vertauscht, das heißt, das Kind sucht sich aus, womit es sich vorübergehend vollständig identifiziert. Wer ein Kind beim Spielen beobachtet, wird erkennen, mit welcher Hingabe es bei der Sache ist. Durch das Hineinschlüpfen in verschiedene Rollen gewinnt es Verständnis für die Rollen der Erwachsenen. Es lernt, sich in andere Menschen hineinzusetzen, sie durch Einfühlung zu verstehen. Spielen heißt, sich auseinander zu setzen.

Spielen heißt auch, gemeinsam zu lachen, entspannt und fröhlich zu sein. Spielen schafft Nähe und Vertrauen. Die Freude des Kindes an seinem Spiel drückt sich in der Regel durch Mimik, Gestik, Bewegung, Lauten, Summen und Singen aus. Das gesunde Kind ist zum Spielen motiviert, fängt von allein an zu spielen. Es bedarf keiner Verstärkung seiner Motivation von außen, es wählt die Art seines Spiels selbst frei aus oder stimmt sich mit anderen Gleichaltrigen über das gemeinsame Spielen ab. Die Freiheit und Flexibilität des kindlichen Spiels ist daran zu beobachten, dass dasselbe Spiel zwar wiederholt, aber niemals auf die gleiche Art gespielt wird, sondern dass immer auch etwas Neues, Unerwartetes hinzukommt oder eine neue Spielregel erfunden wird. Für Kinder ist offensichtlich der Prozess der eigentliche Zweck des Spielens, nicht ein angezieltes Ergebnis.

Virginia M. Axline (1969) hat einmal gesagt: „Wenn ein Kind einmal nicht isst, so ist das für die meisten Eltern ein Anlass zu großer Sorge. Wenn ein Kind aber nicht richtig spielt, dann wird das häufig gar nicht bemerkt. Dabei ist Letzteres meist ein viel ernsteres Alarmzeichen.“

Goetze (2002, S. 11-24) beschäftigt sich ausführlich mit der Funktion des kindlichen Spielens als Grundlage der Spieltherapie. Nach seinen Erkenntnissen stellt das Spielen „offensichtlich eine der wichtigsten Aktivitäten während der Kindheit dar (und) bedarf keiner besonderen Veranlassung. Es geschieht vielmehr spontan, aus eigenem Antrieb, mit großer innerer Beteiligung. Es steht im Mittelpunkt der kindlichen Erlebens- und Erfahrungswelt.“ Spielen verbindet sensu-motorisches und konkretes mit abstraktem Denken. Goetze zitiert Heimlich (1993) und dessen Einführung in die Spielpädagogik, in der er ausführt, dass ein Kind im Spiel „seine Personwerdung“ beginne und lerne, „sich der Welt von uns allen zu nähern und sich zugleich als etwas Eigenständiges von ihr zu distanzieren“. Heimlich (1993, S. 26) sagt, Spielen habe nicht nur diese personale, sondern auch eine soziale Ebene. Er definiert das kindliche Spielen als den „Beginn der Sozialwerdung des Kindes“, in deren Verlauf es durch die Möglichkeit des So-tun-als-ob lernt, die Perspektiven anderer zu übernehmen, gemeinsame Perspektiven zu entwickeln und eigene Perspektiven davon abzugrenzen.

Goetze (2002, S. 18-20) beschreibt neben älteren Spieltheorien vom Ende des 19. Jahrhunderts wie der Katharsis-Hypothese und dem Spieltrieb, dem unterstellt wurde, dass das Individuum eine Gelegenheit suche, seine aggressiven Triebe und Wünsche gesellschaftlich sanktioniert im Spiel abzureagieren und neben der Kraftüberschusstheorie (nach Spencer, 1873), der Einübungstheorie (nach Groos, 1896) und der Wiederholungstheorie (nach Hall, 1904) die maßgeblichen neueren Spieltheorien von Heckhausen, Vygotsky und Piaget.

Nach Heckhausen (1964) wird das kindliche Spielen „als komplexer Vorgang zirkulärer Motivationsaktivierung“ angenommen, der in Gang gehalten wird durch Situationsfaktoren, Erwartungshaltungen, Risikobereitschaft, Wahrnehmungs- und Erlebnisprozesse des Individuums. Heckhausen meint, eine Spannung werde aufgesucht und durch Spieltätigkeit wieder abgebaut.

Vygotsky (1967) sieht das kindliche Spielen im Zusammenhang mit der Sprach- und Denkentwicklung und sagt, dass Kinder im Spiel eigene Bedeutungen konstruieren und sie in ihr Verständnis transformieren. Er vertritt die Auffassung, dass die Denkentwicklung des

Kindes durch die soziale Interaktion vorangetrieben wird und damit sozialen Aktivitäten für die Entwicklung psychologischer Prozesse eine große Bedeutung zukommt.

Piaget (1969) unterscheidet auf dem Hintergrund der Intelligenzentwicklung des Kindes drei Arten kindlichen Spielens: das *Übungsspiel* zur Einübung einfacher Funktionen, das *Symbolspiel* als das Spielen mit Vorstellungen und Symbolen im So-tun-als-ob (vgl. Heimlich, 1993) und das *Regelspiel* mit Einbeziehung der sozialen Umwelt. Piaget nimmt an, dass kognitive Fähigkeiten im Spiel praktiziert, intensiviert, verändert und weiterentwickelt werden, sodass sich nach seiner Theorie kognitive Fähigkeiten des kindlichen Denkens im Spiel durch die geistige Transformation von Objekten, Rollen und Situationen entwickeln.

Oerter (1995, 250-252) definiert drei bedeutsame Merkmale des kindlichen Spielens:

- Selbstzweck des Spielens,
- Wechsel des Realitätsbezugs,
- Wiederholung und Ritual des Spielens.

Goetze (2002, S. 16-18) beschreibt in Übereinstimmung mit anderen Spieltheoretikern wie Kreuzer (1984), van der Kooij (1989), Scheuerl (1990) und Heimlich (1993) folgende Merkmale als kennzeichnend für das kindliche Spielen klinisch unauffälliger Kinder:

- Freude, positive Affekte,
- Freiwilligkeit, intrinsische Motivation, Selbstkontrolle,
- Aktivität und Engagement,
- Flexibilität und Variation,
- Prozessorientierung,
- Quasi-Realität.

Nach seiner Ansicht lässt sich das kindliche Spiel dort therapeutisch anwenden, wo kindliche Erlebnis- und Verhaltensstörungen im Spiel aufgearbeitet werden sollen. Da vielen psychisch gestörten, insbesondere jüngeren Kindern oft noch kein abstrakter, elaborierter Sprachcode zur Verfügung stehe, komme dem Spiel bei der Verarbeitung emotionaler Erlebnisse eine zentrale Bedeutung zu. Goetze (a.a.O.) schreibt, es gehöre zum inzwischen gut belegten empirischen Standardwissen über die Wirkungsweise der Spieltherapie, dass das kindliche Denken und Sprechen durch therapeutisches Spielen aktiviert werde. Nach seiner Ansicht könne fast in jedem Spiel beobachtet werden, wie aktivierend es sich auswirke. Kinder seien mitunter sogar so sehr in ihr Spiel vertieft, dass sie das Gefühl für die Zeit und ihre Umgebung verlören. Wenn ein Kind spiele, erlebe es eine andere Realität, die seiner Phantasie entspringe. Gegenstände (Kisten, Decken, Materialien) würden umdefiniert und

bekämen im Spiel eine Quasi-Funktion, als ob sie wirklich das seien, was sie in der Phantasie des Kindes darstellten. Goetze vertritt die Auffassung, dass Spieltherapie indiziert sei, wenn problematische Verhaltensweisen eines Kindes ihren Ursprung schwerpunktmäßig in psychischen Störungen mit Beginn in der Kindheit hätten, z.B. in Anpassungs-, Bindungs- oder Entwicklungstörungen, aber nicht im Verhalten der Eltern oder im Familiensystem. Spieltherapie sei indiziert, wenn die Störungen das Erleben, Denken und Handeln des Kindes so sehr beeinflussten, dass es selbst oder seine Umwelt oder beide erheblich darunter litten. Problematische Verhaltensweisen seien ebenso sehr ungezogenes, unangepasstes, aggressives wie ängstliches, gehemmtes, scheues oder ungewöhnliches, beispielsweise autistoides Verhalten. Derartige Verhaltensweisen würden oft begleitet von Aufmerksamkeitsdefiziten, Konzentrationsmängeln, Lern- und Leistungsstörungen. Die Ziele einer Spieltherapie könnten unterschiedlich sein: z. B. Abbau von Problemverhalten, Aufbau von kooperativem Sozialverhalten, Förderung der Entwicklung eines Kindes.

Spieltherapie ist nach dem Selbstverständnis der *Association for Play Therapy* (2006) “the systematic use of a theoretical model to establish an interpersonal process wherein trained play therapists use the therapeutic powers of play to help clients prevent or resolve psychosocial difficulties and achieve optimal growth and development.“

Bei Theraplay zählt das therapeutische Spielen zu den wichtigsten Instrumenten, einem Kind zu helfen, positive neue Erfahrungen zu sammeln und zu lernen, sich mit seiner Umwelt kontrolliert interaktiv auseinander zu setzen. Es ist schwierig, therapeutisches Spielen zu beschreiben, ohne auf bestimmte Spiele zurückzugreifen. Theraplay kann am ehesten als eine Vielzahl von positiv stimulierenden, strukturierenden, herausfordernden, beruhigenden und fürsorglichen Aktivitäten umschrieben werden, aber auch als unterhaltsame, fröhliche, lustige, komische oder ernsthafte, Grenzen setzende Beschäftigung, allein, zu zweit oder in Gruppen. Therapeutisches Spielen hat eine klare Struktur und definierte Ziele. Allgemeines kindliches Spielen hat oft keine Struktur, keine Ziele und ist für das spielende Kind oft ungehemmte, uneingeschränkte, enthusiastische Freude. Diese Freude am Spielen ist auch in Theraplay integriert als unmittelbar die Emotionen berührende therapeutische Aktivität.

### **2.2.5 Funktion des Berührens**

Berühren (*touch*), insbesondere tröstendes, liebevolles Berühren eines Kindes durch seine Eltern ist eine ganz normale, die Bindung und gesunde Entwicklung fördernde Nähe.

Viola Brody (1966, 1978) zeigte mit *Developmental Play* schon vor Jahrzehnten, dass therapeutisch intendierte, physische Berührung entwicklungsverzögerten Kindern helfen kann, ihre Entwicklung schnell nachzuholen.

Ann M. Jernberg (1979, 49-60, dt. 1987, 37-45) forderte schon seinerzeit Theraplay-Therapeut/innen auf: „Take every opportunity to make physical contact with the child.“ Die Eltern der mit Theraplay behandelten Kinder wurden aufgefordert, ihre Kinder so oft wie möglich liebevoll zu berühren, damit sie sich gut versorgt fühlen und mental gesund entwickeln können.

Tiffany Field (1993, 2001, S. 33-75, 2003, S. 91-116) bestätigte durch Forschungsergebnisse überzeugend die fördernde Wirkung positiver körperlicher Berührung. Sie wies durch ihre Untersuchungen nach, dass physische Berührung Stress, Ängste und Depressionen verringern, das Wohlfühl steigern und sogar bei Frühgeburten die körperliche Entwicklung und mentale Reifung deutlich beschleunigen kann. So wurden Frühgeborene mehrfach am Tag regelmäßig im Inkubator leicht massiert. Sie nahmen im Vergleich mit einer gleichaltrigen Kontrollgruppe signifikant mehr Nahrung auf, nahmen schneller an Körpergewicht zu, wuchsen schneller, waren ruhiger und ihre Reflexe funktionierten früher. So konnten sie deutlich eher aus dem Krankenhaus entlassen werden als Frühgeburten der Kontrollgruppe, die nicht in gleicher Weise systematisch sanft und liebevoll berührt wurden.

In unserer Kultur besteht oft eine gewisse Scheu vor unangebrachter Berührung (*inappropriate touch*) eines heranwachsenden Kindes. Nach Beobachtungen von Harlow (1958) kann jedoch eine aus Furcht unterlassene Berührung ebenso schädigend sein wie eine ungünstige Berührung. Es ist offensichtlich, dass Kinder, die zärtliche, freundliche, liebevolle und sichere Berührung erfahren, sich besser entwickeln als Kinder, denen diese Nähe mangelt. Durch Theraplay wird physische Berührung in vielfältiger Weise eingesetzt, spielerisch, überraschend, Freude ausdrückend, engagierend und oft in Verbindung mit fürsorglichen Aktivitäten.

### **2.2.6 Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung**

Oerter & Noam (1999, S. 64-75) sehen Selbstwirksamkeit und Kontrollbewusstsein als Elemente der kindlichen Identität, des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls.

Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) ist ein von Bandura (1977) geprägter Begriff. Er bedeutet, dass ein Individuum, z. B. ein Kind, sich zutraut, mit schwierigen Situationen selbst

fertig zu werden. Das Zutrauen zu den eigenen Fähigkeiten bestimmt die Art des Verhaltens. Je nachdem, welche Vermutung ein Kind in einer bestimmten Situation über die Konsequenzen seines Verhaltens hat, kann ein starkes Vertrauen auf die eigene Wirksamkeit Verhaltensmuster verstärken, schwaches Selbstwirksamkeitsgefühl dagegen eigene Initiativen verhindern. Sowohl überzogenes als auch zu geringes Selbstwirksamkeitsgefühl kann zu Fehlern in der Selbstregulation und zu pathologischem, sozial störendem Verhalten führen.

Bandura (1977, zitiert bei Petermann et al., 2004, S. 223) kritisiert jedoch, dass oft die Begriffe *Selbstwirksamkeit* und *Kontrollüberzeugung* fälschlicherweise analog verwendet würden.

Kontrollüberzeugung (*locus of control*) wird entlang einer Dimension von hoher internaler bis zu hoher externaler Kontrolle gemessen. Internale Kontrollüberzeugung bedeutet in der Sozialpsychologie, in einer bestimmten Situation die eigenen Möglichkeiten selbst unter Kontrolle zu haben, z. B. ein gewünschtes Ziel selbst und ohne Unterstützung anderer erreichen zu können. Externale Kontrolle bedeutet, dass man sich der Macht anderer ausgeliefert fühlt und deshalb Verantwortung und Entscheidung anderen überlässt oder dass man sich in sein Schicksal ergibt und wartet, was da kommen mag. Die Kontrollüberzeugungstheorie unterscheidet Individuen also danach, ob sie versuchen, Ziele durch eigene Anstrengungen zu erreichen (internale Kontrollüberzeugung) oder ob sie erwarten, durch Bezugspersonen oder glückliche Umstände beim Erreichen ihrer Ziele unterstützt zu werden bzw. ihre Wünsche verwehrt zu bekommen (externale Kontrollüberzeugung).

Verhaltensauffällige Kinder wirken auf ihre soziale Umwelt manchmal schon deshalb so störend, weil sie in überhöhtem Maße versuchen, diese zu kontrollieren und ihre Bezugspersonen bzw. das Familiensystem zu manipulieren. Andere, scheue und sozial zurückgezogene Kinder erleben sich oft als der Macht anderer ausgeliefert, fühlen sich abhängig, verlassen sich auf andere, entwickeln keinen Mut, vermeiden Herausforderungen. Ziel der Behandlung mit Theraplay ist es dann, das Selbstwertgefühl dieser Kinder zu stärken, so dass sie ihr kontrollierendes oder manipulatives Verhalten aufgeben können, weil sie es nicht mehr brauchen. Bei schicksalsergebenem Verhalten mancher schüchterner, sozial ängstlicher Kinder zielt die Behandlung mit Theraplay darauf, Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit zu stärken und sie erfahren zu lassen, dass sie sich selbst vertrauen und Herausforderungen meistern können.



### 2.2.7 Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungs- und Verhaltensstörungen

Amorosa, von Benda & Wagner (1986, zitiert in von Suchodoletz & Kleiner, 1998, S. 395) diagnostizierten bei neun von 24 vier bis acht Jahre alten Kindern mit unverständlicher Spontansprache ausgeprägte psychiatrische Auffälligkeiten. Bei fünf Kindern wurden hyperkinetische, bei vier Kindern emotionale Störungen beobachtet.

Beitchman, Hood & Inglis (1990, zitiert in von Suchodoletz & Kleiner, 1998, S. 395) fanden in einer epidemiologischen Untersuchung unter 1.655 Kindern 142 mit *Sprachentwicklungsstörungen*. In der kinderpsychiatrischen Diagnostik stellten sie bei 37% der sprachgestörten Mädchen und 34% der sprachgestörten Jungen hyperkinetische Störungen fest. Im Vergleich mit einer parallelisierten Kontrollgruppe wurden auch überproportional häufig emotionale Störungen beobachtet.

Die Kinderpsychiater von Suchodoletz & Kleiner (1998) untersuchten bei 209 Kindern im Rahmen des Aufnahmeverfahrens in Sprachheilkindergärten bzw. Sprachheilschulen die Häufigkeit psychiatrischer Auffälligkeiten und eine „mögliche Abhängigkeit beobachteter Verhaltensstörungen von der Art und Schwere diagnostizierter Sprachstörungen“. Die Kinder hatten expressive und rezepive Sprachentwicklungsstörungen und einen nonverbalen IQ > 70. Ihr Verhalten wurde durch die Mütter mit dem E-F-Verhaltensfragebogen von Meyer-Probst eingeschätzt.

Ergebnis: Mehr als die Hälfte der 209 *sprachgestörten* Kinder wurden auch als *verhaltensauffällig* beurteilt. Bei 44% vermuteten die Mütter bedeutsame Verhaltensstörungen (C-Wert außerhalb der einfachen Standardabweichung), bei 13% sogar erhebliche Verhaltensstörungen (C-Wert außerhalb der doppelten Standardabweichung). Im Wesentlichen handelte es sich um hyperkinetische Störungen und Störungen der sozialen Anpassung. Oft gab es eine Koinzidenz mit emotionalen Störungen. Auf einer Subskala für emotionale Labilität fanden sie bei 34% der Kinder Werte unterhalb von einer, bei 7% Werte unterhalb von zwei Standardabweichungen. Diese Kinder wurden von den Müttern als sensibel, überempfindlich, schnell weinend und durch Unruhe leicht irritierbar beschrieben.

Von Suchodoletz & Kleiner (a.a.O.) berichteten, dass bislang zwar die Pathogenese psychiatrischer Störungen sprachauffälliger Kinder umstritten gewesen sei, dass *Verhaltensbesonderheiten* aber nun unmittelbar auf eine *Sprachstörung* zurückgeführt werden könnten. Oft sei zudem mit expressiven Sprachproblemen eine rezepive Sprachschwäche verbunden, die jedoch von den Eltern nicht erkannt wurde, weil deren Aufmerksamkeit sich

auf die expressiven Sprachdefizite, aber kaum auf rezeptive Sprachverständnismängel ihrer Kinder gerichtet habe. Die Schwierigkeit der Kinder, der Sprache einen Sinn zu entnehmen, sei nicht erkannt worden, denn sie seien nicht in der Lage gewesen, sich entsprechend ihrem intellektuellen Niveau verständlich zu machen. Nichtverstehen oder falsches Verstehen habe in der sozialen Interaktion bei den Kindern zur Verunsicherung und bei den Eltern zu Fehldeutungen der kindlichen Reaktionen geführt.

Von Suchodoletz & Kleiner (a.a.O.) vermuteten, dass es sich bei den Verhaltensstörungen um eine *Sekundärsymptomatik* handle und dass eine Neurotisierung sprachgestörter Kinder fast nicht zu vermeiden sei, weil nach allgemeiner Erfahrung zuerst die Sprachstörung beobachtet werde und erst später die Verhaltensstörung hinzukomme. Sie sahen sich mit ihren Forschungsergebnissen in Übereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Autoren, dass bei sprachgestörten Kindern psychische Auffälligkeiten 4-5mal häufiger auftreten als es dem Erwartungswert entspricht. Sie gaben jedoch zu bedenken, dass eine psychopathologische Symptomatik sprachgestörter Kinder nicht monokausal zu erklären sei, weil Verhaltensstörungen auch Ausdruck einer von der Sprachstörung unabhängigen Aufmerksamkeitsschwäche, vermindelter psychischer und sozialer Anpassungsfähigkeit sowie herabgesetzter Konflikttoleranz sein könnten. Die Wertigkeit könne von Kind zu Kind unterschiedlich sein. Sie empfahlen aufgrund der Häufigkeit von Verhaltensstörungen, zukünftig bei der Untersuchung sprachauffälliger Kinder auch ein Screening auf psychische Auffälligkeiten durchzuführen.

Sie kritisierten aber auch die Forschungssituation: Die Abhängigkeit psychopathologischer Symptome von der Art der Sprachstörung habe in der Literatur bislang kaum Beachtung gefunden und über Beziehungen der psychischen Störungen zur Art und Schwere der Sprachstörung lägen bislang kaum Erfahrungen vor.

Noterdaeme, Minow & Amorosa (1999) untersuchten eine Stichprobe von 57 schwer *sprachentwicklungsgestörten* Kindern, die in 80% der Fälle auch eine *psychiatrische* Diagnose hatten. Alle Kinder hatten schon vor Beginn der Behandlung intensive ambulante therapeutische Maßnahmen bekommen, die jedoch nicht ausreichten, um ihre vielfältigen Probleme zu reduzieren. Von diesen 57 Kindern waren 49 Jungen und 8 Mädchen. 24 der 57 Kinder hatten expressive und 33 rezeptive Sprachstörungen. Das durchschnittliche Alter vor Behandlungsbeginn war 7 Jahre und 11 Monate ( $s=1;4$ ); das durchschnittliche Alter nach Behandlungsabschluss war 9 Jahre und 4 Monate ( $s=1;9$ ). Die Behandlung dauerte also durchschnittlich 15 Monate. Die Verhaltensprobleme wurden mit der *Child Behavior*

*Checklist (CBCL)* für den Altersbereich von 4 bis 18 Jahren erfasst. Es wurden jedoch keine Vergleichsdaten einer unbehandelten Kontrollgruppe sprachgestörter Kinder erhoben.

Das Ergebnis der Therapieforschung von Noterdaeme et al. (a.a.O.) war, dass die Assoziation von Sprachstörungen und psychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten sowie die Persistenz dieser Verhaltensauffälligkeiten ein mehrdimensionales Vorgehen in der Behandlung dieser Kinder erfordere. Neben sprachtherapeutischen Maßnahmen sei es dringend notwendig, die Behandlung der Verhaltensstörungen frühzeitig mit in die Therapieüberlegungen einzubeziehen und die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu evaluieren. Messungen vor und nach der Therapie (Symptomlisten, Elternfragebogen) hätten in allen untersuchten Maßen deutliche und statistisch hoch signifikante Unterschiede zwischen Vor- und Nachtestung im Sinne einer Besserung der Symptomatik gezeigt. Die Verhaltensschwierigkeiten der Kinder seien durch die Behandlung insgesamt positiv beeinflusst worden. Dieses Ergebnis müsse jedoch differenziert betrachtet werden: Orientiere man sich an der Anzahl der Kinder, die anhand der *T*-Werte im Gesamtscore oder im Bereich der internalisierenden Störungen als klinisch auffällig bzw. klinisch unauffällig klassifiziert wurden, so falle auf, dass die Anzahl der Kinder mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung wie auch die Anzahl der Kinder mit emotionalen Störungen um etwa die Hälfte zurückgegangen sei. In der Gruppe der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens seien viele dieser Kinder auch nach Abschluss der Behandlung auffällig geblieben.

Der Ansatz der Therapieforschung zur Evaluation der Wirksamkeit von Theraplay zielte ursprünglich nur auf die Untersuchung der Wirkung auf *Verhaltensstörungen* von Klein- und Vorschulkindern. Er gründete sich einerseits auf die amerikanischen Erfahrungen, dass autistische, anpassungs- und bindungsgestörte, hyperaktive und verhaltensgestörte Kinder nach der Behandlung mit Theraplay ihr Verhalten wesentlich verbesserten, andererseits auf die Beobachtungen im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg, wo seit vielen Jahren Kinder mit dualer Diagnose von Sprachstörungen und klinisch bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten mit Theraplay behandelt wurden und ihr Verhalten positiv änderten. Nach der Therapie waren sie für die nachfolgende logopädische Behandlung ihrer Sprachprobleme zugänglich, während sie ohne diese Vorbehandlung wahrscheinlich logopädisch nicht oder nur mit sehr langer Behandlungsdauer und entsprechend hohen Therapiekosten zu therapieren gewesen wären. Interessanterweise zeigte sich nach der Behandlung mit Theraplay in manchen Fällen, dass die geplante logopädische

Therapie nicht mehr notwendig war, weil mit der Verringerung der Verhaltensstörungen sich zugleich die Sprachstörungen besserten bzw. bei rezeptiv sprachgestörten Kindern das Sprachverständnis bereits angebahnt wurde. Daraus wurde die Hypothese abgeleitet, dass zwischen bestimmten Verhaltens- und Sprachentwicklungsstörungen ein Zusammenhang bestehen könne, der im Rahmen dieser Therapieforschung untersucht wurde und bestätigt werden konnte (vgl. Kapitel 3.3.5.7).

### **2.2.8 Sprachentwicklung**

Nach Bates, Bretherton & Snyder (1988, zitiert in Grimm & Weinert, 1994, S. 5) gilt, dass alle Kinder, die sich normal entwickeln, in ungefähr demselben Zeitraum vergleichbare Entwicklungsfortschritte erzielen. Grimm (2005, S. 110) ergänzt bezogen auf Sprache, dass die Sprachentwicklung biologisch verankert sei und auf der Interaktion von angeborenen Fähigkeiten mit Umweltfaktoren basiere. Sie verlaufe entlang von Meilensteinen, die innerhalb bestimmter Zeitfenster erreicht sein müssten und deren Abfolge für alle Kinder gleich sei.

Grimm (1994, S. 3-17) beschreibt die *Meilensteine des Spracherwerbs* als eine maßgebliche Entwicklungsaufgabe des Kindes. Sie sagt, diese Aufgabe werde von den meisten Kindern anscheinend schnell und mühelos gelöst. Nach dem Sprechen der ersten Wörter um den 12. Lebensmonat herum beherrsche das Kind mit 18 Monaten schon etwa 50 Wörter produktiv und 250 Wörter passiv. Der weitere Zuwachs erfolge ebenfalls rasant, so dass mit zwei Jahren schon etwa 250 produktive Wörter zu verzeichnen seien. Zu diesem Zeitpunkt würden auch schon die ersten syntaktischen Regeln erworben, die das Bilden kleiner Zweiwort- und Dreiwort-Sätze erlaubten. An die Verwendung erster morphologischer Markierungen seien dann weitere syntaktische Fortschritte geknüpft, so dass im 3. bis 4. Lebensjahr komplexere Satzstrukturen wie Frage- oder Passivsätze gebildet werden könnten. Wenn dann im fünften Lebensjahr die Sprachentwicklung auch noch nicht abgeschlossen sei, so stehe dieser Zeitpunkt doch für die folgenden wichtigen Errungenschaften: Die phonologischen Regeln würden beherrscht, so dass Aussprachefehler so gut wie nicht mehr vorkämen. Komplexe Bedeutungen könnten syntaktisch und morphologisch angemessen ausgedrückt werden. Weiterhin könnten Sätze auf ihre Grammatikalität hin beurteilt und grammatikalisch falsche Sätze entsprechend korrigiert werden. Sie sagt, dass diese metalinguistische Fähigkeit mit einer ebenfalls im Kern schon ausgebildeten metakommunikativen Fähigkeit einhergehe und sich u. a. daran erkennen lasse, dass die

Kinder Dialogregeln einhalten und sich bei ihrer Sprachverwendung auf den Gesprächspartner einstellen könnten.

Resch (1999, S. 119-122) gibt ebenfalls einen Überblick über die Schritte der normalen Sprachentwicklung. Er differenziert diese jedoch darüber hinaus für den Entwicklungszeitraum vom 1. Lebensmonat bis zum 6. Lebensjahr nach *Sprachverständnis* und *Sprachproduktion* (vgl. Tab. 1):

**Tabelle 1**

**Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachproduktion im Kleinkind- und Vorschulalter.**  
(vom Verfasser geordnet nach F. Resch, 1999, Entwicklungspsychopathologie, S. 121)

<b>Entwicklungsschritte</b>	<b>Sprachverständnis</b>	<b>Sprachproduktion</b>
1. Lebensmonat	reagiert auf Geräusche	gibt Laute von sich
2.-6. Lebensmonat	wird aufmerksam	schreit, lacht, quietscht
6.-9. Lebensmonat	wendet sich nach der Stimme	imitiert Sprachlaute, sagt ungezielt „Mama“ und „Papa“
9.-12. Lebensmonat	reagiert auf Redewendungen	passt Lautbildung an Umgangssprache an, wendet sich gezielt an 'Mama' und 'Papa'
12.-15. Lebensmonat	befolgt Aufforderungen	sagt Einwortsätze, ordnet Silben Dingen zu
15.-18. Lebensmonat	versteh Tätigkeitsworte und Namen vertrauter Dinge	sagt mehr Einwortsätze
18.-24. Lebensmonat	versteh Satzstrukturen	sagt Zwei- und Mehrwortsätze, benennt Bilder
2.-3. Lebensjahr	definiert Wörter	verwendet Mehrzahl, Vor- u. Nachnamen
3.-4. Lebensjahr	versteh Präpositionen	stellt erste Fragen, benennt Gegensätze
4.-6. Lebensjahr	versteh grammatikalische Formen	benützt korrekte grammatische Formen, hat zunehmend größeren Wortschatz

Nach Resch (1999, S. 314) werden jedoch vielfältige Abweichungen von der normalen Entwicklung beobachtet. Insbesondere *rezeptive Sprachstörungen* haben nach seiner Ansicht „einschneidendste Bedeutung“ für die betroffenen Kinder, weil sie ein hohes Risiko für die Entwicklung einer kinderpsychiatrischen Störung haben.

Auch Grimm (1994, S. 17-27) sieht den Prozess des Spracherwerbs außerordentlich komplex, weil die Kategorien und Regeln ganz unterschiedlicher Sprachkomponenten parallel erkannt werden müssen. Sie weist auf die Folgen eines verzögerten oder gestörten Spracherwerbs hin. So sei ein später Beginn des Wortschatzerwerbs nicht nur mit einem hohen Risiko für eine persistente Sprachentwicklungsstörung, sondern auch mit dem Risiko für spätere Leseprobleme und psycho-soziale Auffälligkeiten verbunden. Nach ihrer Ansicht

unterscheiden sich Kinder mit Entwicklungsdysphasie, also einer verzögerten Sprachentwicklung, wesentlich von Kindern mit normalem Spracherwerb. Eine Entwicklungsdysphasie läge dann vor, wenn der Spracherwerb deutlich verzögert erfolge und langsamer verlaufe als bei Kindern ohne Sprachprobleme. Kinder mit einer verzögerten Sprachentwicklung holten jedoch nach ihrer Beobachtung oft den Sprachrückstand bis zum 3. oder 4. Lebensjahr wieder auf.

Grimm (1997, S. 48-51) differenziert einen *verzögerten* von einem zu geringen oder *ausbleibenden* Spracherwerb. Sie verdeutlicht den Unterschied zwischen einer Sprachentwicklungs*verzögerung* und einer Sprachentwicklungs*störung* am Beispiel einer Früherkennungsuntersuchung: Von den zunächst als unauffällig beurteilten Kindern hatten im Alter von 24 Monaten tatsächlich bis zu 20% einen Wortschatz von weniger als 50 Wörtern. Bei einer erneuten Untersuchung der Kinder im 3. Lebensjahr hatten etwa 50% dieser Risikokinder ihren Entwicklungsrückstand aufgeholt. Sie konnten nach Grimms Einschätzung nun als normal entwickelt gelten. Der anderen Hälfte der Kinder war dies nicht gelungen. Ihre Sprach- und Kommunikationsfähigkeit war auf einem reduzierten Niveau stehengeblieben und hatte sich auch mit therapeutischer Hilfe nur wenig entwickelt. Da sich jedoch nicht nur die Sprachstörung verfestigt hatte, sondern sich auch kognitive Defizite in der Informationsverarbeitung und Probleme im sozialen Bereich durch ängstliches oder aggressives Verhalten und Kommunikationsschwierigkeiten mit anderen Kindern (Peers) zeigten, waren die sprachentwicklungsgestörten Kinder in der Gefahr, in ihrer Persönlichkeitsentwicklung einen abweichenden Verlauf zu nehmen. Grimm schreibt dazu: „Neben den häufig auftretenden psychiatrischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten erscheinen mir die sozialen Interaktionsprobleme besonders alarmierend zu sein. Da es den Kindern nur schwer gelingt, die Sprache in sozial angepasster Weise zu gebrauchen, erfahren sie häufig Zurückweisungen durch Gleichaltrige. Dies wiederum veranlasst sie, noch weniger als zuvor das Gespräch zu suchen. Die Folge davon ist, dass die Kinder von ihrer Umwelt als sozial unreif und kognitiv defizitär abgestempelt werden. Auf das Selbstwertgefühl wirkt sich dies natürlich negativ aus, so dass die Kinder sich selbst nichts zutrauen und mit weiterem sozialem Rückzug reagieren. So entsteht ein Teufelskreis von sich aufschaukelnder Wirkung, der nur noch, wenn überhaupt, sehr mühevoll zu durchbrechen ist.“

In einer Längsschnittstudie mit 140 Kindern zeigt Grimm (2005, S. 112), dass ein zu geringer Wortschatz der Dreh- und Angelpunkt von Sprachentwicklungsstörungen ist. Nach ihren Angaben besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den bei Kindern

im Alter von 12 Monaten von Eltern beobachteten und mit ELFRA-1 erhobenen Gesten ( $r=.35$ ,  $p<.001$ ), dem Sprachverständnis ( $r=.19$ ,  $p<.001$ ), der Sprachproduktion ( $r=.42$ ,  $p<.001$ ) und dem im Alter von 24 Monaten mit ELFRA-2 erhobenen produktiven Wortschatz sowie zwischen diesem und dem im Alter von 36 Monaten mit SETK-3-5 erhobenen Satzverstehen ( $r=.50$ ,  $p=.001$ ), der Satzproduktion ( $r=.55$ ,  $p<.001$ ) und dem Gebrauch der Grammatik ( $r=.57$ ,  $p<.001$ ). Nach Grimm (a.a.O.) lässt sich aufgrund dieser Forschungsergebnisse bereits im Alter von 12 Monaten die grammatische Sprachfähigkeit im Alter von 3 Jahren prognostizieren.

Bishop (1997, S. VII) beschreibt die Voraussetzungen für Sprachverständnis: “Comprehension is not a unitary skill; to understand spoken language, one needs the ability to classify incoming speech sounds, to relate them to a 'mental lexicon', to interpret the proposition encoded by word order and grammatical inflections, and to use information from the environmental and social context to select, from a wide range of possible interpretations, the one that was intended by the speaker. There is no way that one can summarise a child's 'receptive language level' in terms of a score on a single test: comprehension is multifaceted”.

Nach Grimm (1994) ist es eine empirisch gefestigte entwicklungspsychologische Erkenntnis, dass das *Verständnis* sprachlicher Strukturen der *Produktion* dieser Strukturen vorangeht. Das legt die Hypothese nahe, dass mangelndes Sprachverständnis ein Auslöser für künftige Störungen des sozialen Interaktionsverhaltens und der Kommunikation sein kann.

Die von Bishop, Grimm und Resch zum Spracherwerb und den emotionalen und sozialen Folgen eines mangelnden Sprachverständnisses vorgebrachten Argumente sind Anlass, nicht nur die Wirkung von Theraplay auf Symptome der *Verhaltensstörungen*, sondern auch auf *rezeptive Sprachstörungen* zu untersuchen. Es interessiert, ob und in welchem Grade Theraplay dazu beitragen kann, Sprachverständnis anzubahnen oder zu verbessern und damit zugleich Verhaltensstörungen zu verringern oder zukünftigen vorzubeugen.

## **2.3 THEORIEN ZUR KINDLICHEN VULNERABILITÄT UND NEUROBIOLOGISCHEN ENTWICKLUNG**

Nachfolgend werden Theorien und Modelle im Überblick dargestellt, die Abweichungen von der gesunden Entwicklung eines Kindes erklären können, beispielsweise

die Polarität von Salutogenese und Pathogenese, die Funktionen von Resilienz und Vulnerabilität, das bio-psycho-soziale Stress-Modell und das interaktive Modell der Entwicklung psychopathologischer Phänomene sowie neuere neurobiologische Erkenntnisse, die dazu beitragen können, die Möglichkeit einer therapiebedingten Verbesserung der kindlichen Verhaltensstörungen zu erklären. Sie werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für therapiebedingte Veränderungen der mit Theraplay behandelten Kinder diskutiert.

### **2.3.1 Salutogenese, Pathogenese, Resilienz und Vulnerabilität**

Nach Fiedler (1998, S. 500) werden Verhaltensstörungen für andere Menschen u. a. durch „Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ auffällig. Er fragt: „Was 'stört' eigentlich an einer Persönlichkeitsstörung?“ Er kommt zu dem Schluss, dass die Betroffenen aus primären psychischen Störungen interpersonal „sichtbare sekundäre Eigenarten“ entwickeln, „um ihre spezifische Vulnerabilität zu schützen“. Er schlägt vor, statt von „Persönlichkeitsstörungen“ von „Störungen des Beziehungsverhaltens“ zu sprechen. Dieser Gedanke lässt sich auf Störungen des interaktiven Verhaltens von Kindern übertragen: Was stört eigentlich am Verhalten eines auffälligen Kindes? Liegen die Ursachen nicht möglicherweise „in zwischenmenschlichen Bewertungs- und Ausgrenzungsprozessen, an denen die Betroffenen selbst und die Interaktionspartner beteiligt sind“?

Damit wird eine weitere Frage Fiedlers (a.a.O., 504) relevant: „Lassen sich die Grenzen zwischen Normalität und Abweichung überhaupt eindeutig festlegen?“. Er kommt zu der Schlussfolgerung: „Es gibt keine eindeutigen Grenzmarkierungen“, gerade weil sich das Störungsempfinden auf die subjektive „Einschätzung des Interaktionsverhaltens der Betroffenen stützt“ und nach seiner Ansicht der Übergang zwischen Normalität und Abweichung des interaktiven Verhaltens fließend ist bzw. je nach Toleranzbereitschaft und Kultur subjektiv unterschiedlich erlebt wird.

Möglicherweise kann die Unterscheidung zwischen Salutogenese und Pathogenese zum Verständnis beitragen. Der Begriff *Salutogenese* (lat. *salus*: Wohlbefinden, Gesundheit, Heil) wurde von dem israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1979) geprägt. Er hatte sich gefragt, warum manche Juden den Holocaust überlebten und andere daran zugrunde gingen, und suchte nach den Faktoren, die es ihnen ermöglichten, den übermäßigen (Leidens)Stress auszuhalten. Er nahm an, dass manche Menschen so etwas wie einen generalisierten Widerstand als *Ressource* haben, mit dem sie übermäßige Belastungen bewältigen können und dadurch gesund bleiben. Fiedler (1999, 326-328) beschreibt die von



Antonovsky (1987) postulierten Ressourcen der Salutogenese:

- Konsistenz der Vorhersagbarkeit,
- Teilhabe am Entscheidungsprozess und
- Bemühen um eine Balance zwischen Unter- und Überforderung.

Fiedler (a.a.O.) nimmt unter Bezug auf die von Antonovsky beschriebenen Faktoren an, dass Menschen umso mehr einen inneren Sinn für Kohärenz (*sense of coherence*) ausbilden und aufrecht erhalten, je mehr ein gesundheitsrelevantes Ereignis für die Betroffenen persönlich bedeutsam (*meaningful*), plausibel verständlich (*comprehensible*) und zu bewältigen (*manageable*) ist. Er geht davon aus, dass manche Menschen einen ausgeprägten „Kohärenzsinn als Persönlichkeitsmerkmal“ haben, der „das Gelingen einer konsistenten Bewältigung von Anforderungen und Stressoren präformiert“.

Oerter, Schneewind und Resch (1999, 86) sehen Ressourcen in vier Systemen:

- Ressourcen im individuellen System: u. a. hoher Selbstwert,
- Ressourcen im Familiensystem: große Intimität, gute Kommunikation,
- Ressourcen im Mehrgenerationensystem: Angenommensein in der Familie,
- Ressourcen im sozialen Netzwerk: Optimale soziale Integration.

Möglicherweise kann Theraplay, wie Jernberg (1979) schon vermutete, bei verhaltensauffälligen Kindern das Fehlen dieser Ressourcen kompensieren. Dem Salutogenese-Konzept muss auf der Suche nach Erklärungen für die kindliche Vulnerabilität ein mögliches *Pathogenese*-Konzept gegenübergestellt werden, das versucht, die Ursachen und Bedingungen der Entwicklung psychischer Störungen zu erklären. Das bedeutet, dass in der Therapie nach den Ressourcen eines verhaltensauffälligen Kindes gesucht und ihm durch deren Verstärkung oder Aufrechterhaltung ermöglicht werden sollte, sein soziales Interaktionsverhalten grundlegend zu verbessern. Letztlich ist es das verhaltensauffällige Kind selbst, das sich mit Unterstützung durch Theraplay entschließen muss, Symptome störender expansiver oder internalisierender Verhaltensmuster zu reduzieren, Entwicklungsrückstände aufzuholen und Fähigkeiten zu angemessener sozialer Interaktion zu entwickeln. Die Fähigkeit dazu wird möglicherweise durch seine Vulnerabilität begrenzt.

Oerter, Schneewind und Resch (1999, S. 111) beschreiben *Resilienz* und *Vulnerabilität* als „Dynamismen der Selbstorganisation“ des menschlichen Verhaltens, also als Auswirkungen des menschlichen Gehirns, als sich selbst organisierendes System. Mit Resilienz wird eine menschliche Bewältigungskompetenz umschrieben, die gegen Schicksalsschläge immun zu machen scheint, so dass Menschen mit dieser Eigenschaft

körperlich und seelisch gesund bleiben, obwohl sie unter schwierigen Umständen leben oder durch Risiken und Stress bedroht sind. Resiliente Menschen scheinen sich relativ schnell von eigenem Unglück, traumatischen Erlebnissen, Gewalterfahrungen, von Trennungen, vom Tod eines nahe stehenden Menschen, von Kriegserlebnissen oder Katastrophen zu erholen.

Auch Petermann, Niedank & Scheithauer. (2004, 344-348) beschreiben Resilienz als angeborenen oder erworbenen Schutzfaktor des Kindes, der ihm u.a. ein flexibles Regulieren seines Temperaments ermöglicht, z. B. Impulskontrolle, aktives Bewältigungsverhalten, stabiles, positives Selbstwertgefühl, adäquate Selbstwirksamkeitsüberzeugung, positives, vorausplanendes Sozialverhalten und die Fähigkeit, sich zu distanzieren. Sie unterscheiden Schutzfaktoren innerhalb der Familie von Schutzfaktoren außerhalb der Familie. Innerhalb der Familie sind es stabile emotionale Beziehungen zu einer Bezugsperson, der familiäre Zusammenhalt und die Vorbilder positiven Bewältigungsverhaltens. Außerhalb der Familie sind es z.B. die Unterstützung durch das soziale Umfeld, Freunde, gute Beziehungen zu Gleichaltrigen und gute Schulerfahrungen.

Werner (Vortrag, Februar 2005) gilt als „die Mutter der Resilienz“. Sie begleitete in ihrer *Kauai-Studie* rund 700 Kinder, die 1955 auf der Hawaii-Insel Kauai geboren wurden, über vier Jahrzehnte hinweg wissenschaftlich. 210 dieser Kinder wuchsen unter schwierigen Umweltbedingungen wie Vernachlässigung, Misshandlung, Armut, Scheidung, Krankheit oder Tod der Eltern auf. 138 der 210 Risikokinder, d.h. rund zwei Drittel, hatten als Jugendliche Verhaltensauffälligkeiten, litten unter psychischen Problemen, zeigten Lernstörungen oder hatten Gesetze übertreten. Die anderen 72 zeigten *keine* Verhaltensauffälligkeiten. Sie suchten außerhalb ihrer schwierigen Familien emotionale Unterstützung, waren sozial eingebunden, (z.B. im CVJM oder in der Kirchengemeinde), hatten gute Schulleistungen, verfolgten realisierbare Ziele, fanden einen Sinn in ihrem Leben, hatten später Familie, waren nicht arbeitslos, nicht auf Sozialhilfe angewiesen und nicht mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. Werner nimmt an, dass diese Kinder durch Resilienzfaktoren davor geschützt wurden, Opfer negativer Umfeldeinflüsse zu werden. Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass Kinder aus Risikofamilien nicht zwangsläufig versagen müssen, sondern in Extremsituationen durch Risiken und allgegenwärtige Stressbelastungen, die sonst zur Pathogenese führen, zwar herausgefordert werden, dass aber Resilienz sie systemerhaltend und stabilisierend schützt.

*Vulnerabilität* (lat. vulneratio: Verletzung, Kränkung) umschreibt die Verletzbarkeit, hier die körperliche, psychische und soziale Anfälligkeit für Entwicklungsstörungen,

Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten. Sie kann genetisch, psychisch und sozial bedingt sein (vgl. Kapitel 2.3.2: Biopsychosoziales Diathese-Stress-Modell). Grundsätzlich hat kein Kind nur gute Anlagen, ist nur psychisch stabil, ist nur günstigen sozialen Umwelteinflüssen ausgesetzt. Oerter et al. (1999) weisen darauf hin, dass in jeder menschlichen Entwicklung das System nur durch die permanente Selbstorganisation stabil bleiben könne, dass jedes Kind permanent falsche, unbedachte und risikoreiche Einflüsse aus der engeren und weiteren Umgebung aufzufangen habe, dass jedes Kind seine Stabilität bewahren bzw. zu neuen Systemformen transformieren könne, wenn genügend autokatalytische Bedingungen im System vorhanden seien.

Resch (1999, 25-26) schlägt im Zusammenhang mit der Entstehung von psychischen Störungen ein *Vulnerabilitätskonzept* vor, bei dem biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren prä-, peri- und postnatal zusammenwirken und die Vulnerabilität eines Kindes disponieren. Ein Kind ohne resiliente Ressourcen kann, wenn es im Verlauf der Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben mit einem körperlich oder seelisch belastendem Lebensschicksal konfrontiert wird, je nach Vulnerabilität Entwicklungsverzögerungen oder –störungen bzw. Störungen in seinen sozialen Beziehungen zur Umwelt entwickeln.

Im Rahmen der Evaluation der Wirkung von Theraplay wird das sozial störende Verhalten auffälliger Kinder einerseits durch systematische Beobachtung ihrer Interaktion im Spiel mit ihrer Mutter bzw. ihrem Vater (Marschak, 1960; Ritterfeld & Franke, 1994), andererseits durch klinische Einschätzung in der Untersuchungssituation und Befragung der Bezugspersonen zum häuslichen und außerhäuslichen Verhalten ihres Kindes (CASCAP-D nach Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl & Steinhausen, 1999) erhoben. Um den Unterschied zwischen Normalität und Abweichung zu erkennen, werden die Ausprägungen der Symptome der verhaltensauffälligen Kinder mit denen einer Kontrollgruppe klinisch unauffälliger Kinder gleichen Alters und Geschlechts (matched sample), die als Maßstab der Normalität dienen, verglichen.

### **2.3.2 Diathese-Stress-Modell und Entwicklungspsychopathologisches Modell**

Das bio-psycho-soziale Diathese-Stress-Modell bietet eine Erklärung für die Entwicklung psychischer Störungen und psychosomatischer Erkrankungen.

*Diathese* ist die Veranlagung und Bereitschaft eines Organismus' zu bestimmten krankhaften Reaktionen. *Stress* ist funktional die Anpassung des Organismus an die jeweilige

Anforderung. Die *Diathese-Stress-Hypothese* nimmt an, dass viele abnormale Verhaltensmuster das Ergebnis ererbter Anfälligkeit bzw. Disponiertheit im Zusammentreffen mit einer besonders stressvollen Umwelt und einer mangelnden Fähigkeit sind, mit dem Stress fertig zu werden. In diesem Modell werden biologische (genetische, organische), psychische und soziale Bedingungen als weitgehend gleich bedeutsam für psychische Störungen angesehen.

*Stress* hat ein breites Bedeutungsspektrum. Nach Selye (1956) ist Stress jede organische oder psychische Belastung, die vom Betroffenen als solche erlebt wird. Stress ist ein Konstrukt mit realen Folgen. Selye schlägt die Unterscheidung zwischen *Eustress* und *Distress* vor. Eustress ist eine günstige, gesundheitsfördernde Aktivierung des Organismus, die körperlich und seelisch Energien mobilisiert und sie leistungssteigernd nutzt. Distress ist eine Reaktion des Organismus auf körperliche oder seelische Überforderungen, die zu Gesundheitsschäden führen können. Distress kann durch biologische, psychische und soziale Faktoren ausgelöst werden. Als Stressoren gelten u.a.

- seelisch belastende Stressfaktoren von außen,
- psychische und psychosoziale Stressfaktoren, z.B. Ausgeliefertsein,
- seelisch belastende Ereignisse, z.B. Streit, Trennung, Verlust der Eltern,
- Überforderung durch zu hohe Leistungsanforderungen, zu viel Anregung,
- Unterforderung durch Monotonie oder zu wenig anregende Umwelt,
- soziale Stressfaktoren wie Alleinsein, Liebesentzug, Kritik, Bedrohung etc.,
- körperliche Vernachlässigung, z.B. Deprivation durch Entzug von Schlaf, Nahrung, Flüssigkeit, Bewegung, sodass primäre Bedürfnisse nicht mehr befriedigt werden.

Selye (a.a.O.) unterteilt Distress in drei Belastungsphasen:

→ *Alarmphase*

mit physiologischen, neuronalen und hormonellen Belastungsreaktionen wie erhöhtem Blutzucker, vermehrter Adrenalinfreisetzung, erhöhter Herzfrequenz,

→ *Widerstandsphase*

mit dem Versuch, den Organismus dem Stressor anzupassen und ihn zu bewältigen, aber zugleich Schwächung des Immunsystems, Risiko einer möglichen Erkrankung,

→ *Erschöpfungsphase*

mit körperlicher und seelischer Überforderung des Organismus, der versucht, sich dem Stress anzupassen, aber je nach Konstitution mit Störungen reagiert.

Die Folgen von Disstress sind überwiegend psychische Symptome. Resch (1999, 616-619) verweist darauf, dass psychopathologische Symptome funktional auch als eine Anpassungsleistung an die Stressoren, als Versuche der Adaptation an den Stress verstanden werden können. Erlebnis- und Verhaltensstörungen eines Kindes in einem Bereich können in einem anderen Bereich durchaus einen Zweck erfüllen und etwas kompensieren.

Mögliche Stressoren der verhaltensauffälligen Kinder müssen in die Therapieplanung einbezogen werden. Die Wirkung von Theraplay zeigt sich u.a. in der Verringerung der Stresssymptome und in der Entwicklung einer inneren Überzeugung des Kindes, selbst zum wirksamen Umgang mit Disstress fähig zu sein, sodass es seine ungeeigneten und störenden Bewältigungsstrategien aufgeben kann.

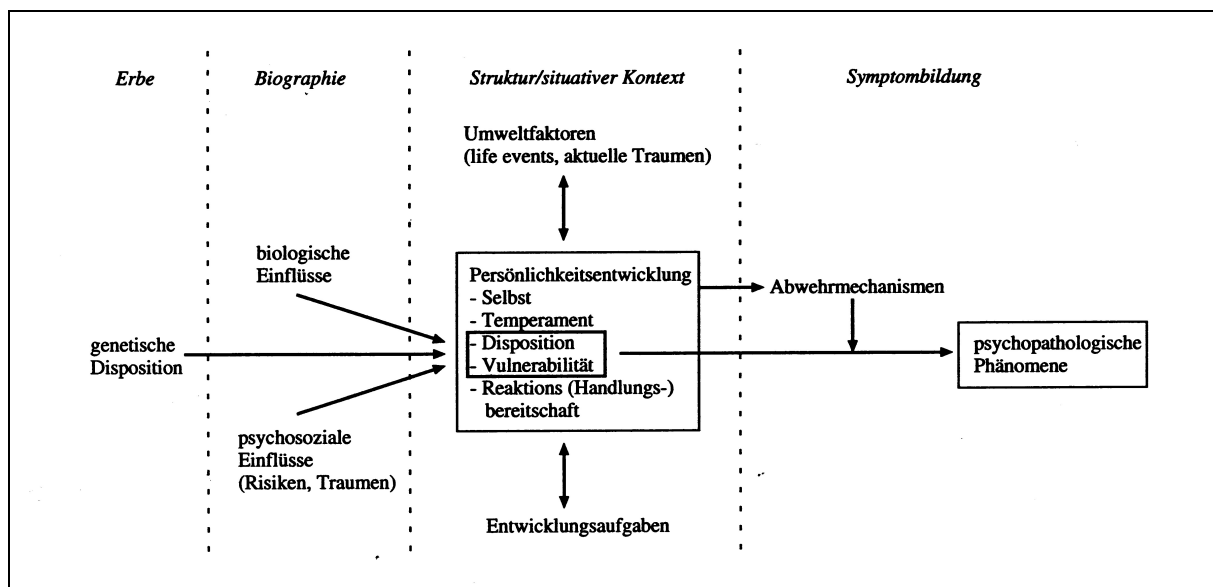


Abbildung 4: Modell der interaktiven Entwicklung psychopathologischer Phänomene (nach F. Resch, 1999, 246)

Resch (1999, S. 245-248) schlägt zur Erklärung der Genese von Störungssymptomen ein *Modell der interaktiven Entwicklung psychopathologischer Phänomene* vor (vgl. Abb. 4), das das Vulnerabilitätskonzept in Richtung auf die Persönlichkeitsentwicklung weiterführt.

Nach diesem Modell beginnt ein Kind die Entwicklung seiner Persönlichkeit unter den biologischen Vorbedingungen seiner Konzeption, seiner ererbten genetischen Anlagen und seiner prä-, peri- und postnatalen Bedingungen. Die Biographie eines Kindes, seine physische und psychische Konstitution, seine protektiven und seine Risikofaktoren, die Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben und die Entwicklung seines Selbst werden geprägt durch die Wechselwirkung seiner Disposition mit der emotionalen und modellbildenden Wahrnehmung seiner sozialen Umwelt, insbesondere durch die Beziehung zu seinen unmittelbaren Bezugspersonen, z.B. Mutter und Vater (vgl. Abb. 4). Dieses von Resch (a.a.O., S. 246)

vorgestellte Modell der interaktiven Entwicklung psychopathologischer Phänomene soll aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse (vgl. Kapitel 3.3) zu einem vorläufigen Modell der Erklärung der Wirkung von Theraplay weiterentwickelt werden (vgl. Kap. 3.4).

### **2.3.3 Neuronale Entwicklung und Veränderbarkeit des Gehirns**

Die neurobiologische Forschung hat in den letzten fünfzehn Jahren zweifellos deutliche Fortschritte gemacht. Tatsächlich ist unser neuro-psychologisches Wissen aber immer noch ganz am Anfang. Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (PET, fMRT) haben zwar gezeigt, in welchen Hirnarealen neuronale Aktivitäten zu beobachten sind, wenn Probanden bestimmte Aufgaben lösen; man weiß inzwischen auch, dass der Hippocampus eine wichtige Funktion für das Lernen und Speichern neuer Erfahrungen hat und der orbito-frontale Cortex für das Planen des Verhaltens, aber die Forschungsergebnisse können bisher nicht erklären, wie das Gehirn wirklich arbeitet.

Roth (2004) weist in einem Vortrag über die neurobiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen kritisch darauf hin, dass die Forschung zur Wirkung von Psychotherapie noch ganz am Anfang stehe. Sie könne noch nicht erklären, ob die Verringerung oder gar das Verschwinden der Symptome einer psychischen Störung durch die Anwendung einer bestimmten Therapie herbeigeführt werde oder ob die Störung sich durch andere Faktoren oder durch Remission zurückgebildet habe. Psychische Störungen, so Roth, stellten sich meist nicht als Fehlfunktionen nur eines einzigen Hirnzentrums dar, sondern als interaktives Muster mehrerer bis vieler miteinander verbundener Hirnareale. Klar sei bisher nur, dass psychische Konflikte, z.B. aufgrund emotional negativer oder traumatischer Erlebnisse mit bestimmten Verknüpfungen im neuronalen Netzwerk einhergingen.

Auch Velden (2005) warnt in *Biologismus – Folge einer Illusion* davor, dass die Psychologie als Wissenschaft versuchen könne, das Psychische gänzlich aus der Biologie zu erklären. Der Gegenstand der Psychologie sei, sagt Velden, ungleich komplexer als die Gegenstände der Naturwissenschaften. Psychologische Vorhersagen seien immer nur Wahrscheinlichkeitsaussagen statistischer Zusammenhänge. Sie seien nicht mit Vorhersagen der Physik zu vergleichen, die in Kenntnis der Bedingungen eines Ereignisses und mit Hilfe mathematischer Funktionen rechnen könnten. Selbst bei gleichen Aufgaben löse jedes menschliche Gehirn ein gegebenes Problem auf individuell und bei Wiederholungen meistens auch auf jeweils andere Weise.

Nach Roth (Vortrag, 2004) kann man sich aus neuro-wissenschaftlicher Sicht drei Wirkweisen der Psychotherapie vorstellen: Erstens durch Stärkung der Ebene des bewussten Ich, also auf Grund einer Verstärkung der Impulskontrolle durch Einfluss des cingulären und des orbito-frontalen Cortex auf die Amygdala, zweitens durch Auflösen des „falsch verknотeten“ limbischen Netzwerks, was jedoch nach Roth durch namhafte Neurobiologen wie Joseph LeDoux und Michael Fanselow bezweifelt wurde, drittens „durch andersartige, positive Erfahrungen im Laufe einer Therapie“. Der letztgenannte theoretische Ansatz einer erfahrungsabhängigen Modifikation der Gehirnstruktur wird auch von anderen neuro-wissenschaftlichen Forschern vertreten (u. a. Schore, 1994, 2000, 2001/2003, 2003; Siegel, 1999, dt. 2006). Inzwischen wurde diese neuro-wissenschaftliche Theorie empirisch bestätigt: Eric Kandel (2006, dt. 2006) belegte durch Versuche an Seeschnecken (*Aplysia*), wie Lernen und kognitives Erinnern neuronal funktioniert und dass es durch ein von ihm entdecktes Protein beeinflusst wird. Im Jahre 2000 erhielt er dafür den Nobelpreis für Medizin.

Das menschliche Gehirn ist aufgrund seiner neuronalen Plastizität der Idealfall eines sich selbst organisierenden Systems. Hüther (1999, S. 15) schreibt, dass das Gehirn sogar noch in hohem Alter zu struktureller Plastizität fähig sei. Umso eher lässt sich annehmen, dass ein sich noch entwickelndes kindliches Gehirn neuroplastisch und deshalb auch therapeutisch zu verändern ist. Nervenzellen teilen sich zwar nach ihrer intrauterinen Reifung nicht mehr, aber sie bleiben zeitlebens fähig zur adaptiven Reorganisation ihrer neuronalen Verschaltungen und zur Veränderung der Effizienz ihrer Synapsen durch Vergrößerung und Verringerung der Kontaktflächen, durch verstärkte oder verminderte Ausbildung prä- und postsynaptischer Spezialisierungen oder durch Veränderung der Eigenschaften und der Dichte der synaptischen Rezeptoren für Neurotransmitter.

Als Neurotransmitter gelten u.a. Acetylcholin, Monoamine wie Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin und Serotonin, Aminosäuren wie Glutamat, Glycin und Asparnat sowie Nucleotide und Neuropeptide.

*Neuroplastizität* wird von Hüther (a.a.O., S. 120) definiert als die Gesamtheit der Anpassungen der Struktur und der Funktionen der im Zentralnervensystem (ZNS) angelegten neuronalen Verschaltungen an veränderte Anforderungen oder Nutzungsbedingungen. Diese Anpassungen reichen von Veränderungen der Effizienz der Signalübertragung an einzelnen Synapsen (synaptische Plastizität) über nach Hüther im Lichtmikroskop zu erkennende adaptive Modifikationen und Reorganisationen komplexer synaptischer Verschaltungsmuster neuronaler Netzwerke und der Veränderungen der Anordnung der Nervenzellen

(Cytoarchitektur) sowie der Verästelung der Dendriten- und Axonbäume bis hin zu nur im Elektronenmikroskop sichtbaren Veränderungen synaptischer Strukturen. Nervenzellen können sich zwar nach Abschluss ihrer Proliferation (Zellteilung) nicht mehr weiter teilen, aber sie können durch Verästelung der Dendriten und Axone neue und zusätzliche Synapsen (Synaptogenese) bilden. Neue Erfahrungen können neue synaptische Netzwerke prägen.

Bevor auf die therapeutische Nutzung der Neuroplastizität des menschlichen Gehirns weiter eingegangen wird, sollen zunächst einige Hinweise zur quantitativen Entwicklung des kindlichen Gehirns gegeben werden. Ein Kind hat bei der Geburt eine Kopfgröße, die etwa der Hälfte des ausgewachsenen Kopfes entspricht. Nach Schore (2000, zitiert in Keller, 2003, S. 51) macht das kindliche Gehirn anfangs eine außergewöhnlich schnelle Entwicklung durch, etwa 1/6 der neuronalen Entwicklung noch intrauterin, etwa 5/6 in den ersten 24 Lebensmonaten nach der Geburt.

Die Zunahme drückt sich sowohl im Gehirnvolumen als auch im Gehirngewicht aus. Das Gehirn wiegt bei der Geburt durchschnittlich etwa 600g, davon etwa 375ml Nervenzellen und Blutgefäße (*GM: Graue Gehirnmasse*) und nur etwa 25ml weiß ummantelte Nervenfasern und Ganglien (*WM: Weiße Gehirnmasse*). Es nimmt jedoch innerhalb der ersten 12 Monate außergewöhnlich schnell als Graue Masse von 375ml auf etwa 625ml und als Weiße Masse um das zehnfache von 25ml auf 250ml zu. Danach wächst die Graue Masse vom 12. bis zum 24. Lebensmonat nur noch wenig von 625ml auf etwa 650ml, jedoch die Weiße Masse von 250ml auf etwa 300ml. Im Gegensatz zur grauen und weißen Gehirnmasse nimmt die Cerebro-Spinale Flüssigkeit (*CSF*) nur sehr wenig zu, und zwar in den ersten 12 Monaten von etwa 110 auf etwa 140 ml (vgl. Abbildung 5).

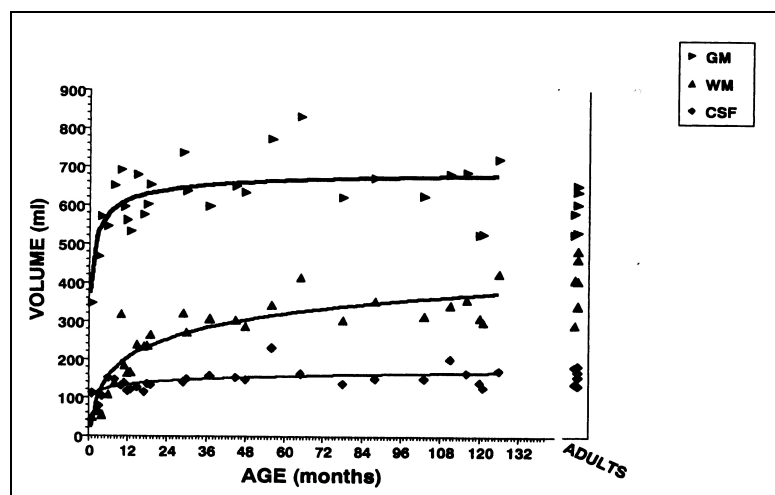


Abbildung 5: Altersabhängige Veränderung der Gewebebestandteile des Gehirns: GM = Graue Masse (▶), WM = Weiße Masse (▲), CSF =



Cerebro-Spinale Flüssigkeit (◆) nach Allan N. Schore (2003, Abb. A-2B) in  
Affectdysregulation and Disorders of the Self. New York: W.W. Norton.

Innerhalb von 24 Monaten erhöht sich durch dieses Wachstum das Gehirngewicht von 600g um etwa 400g auf etwa 1000g. Danach wächst das Gehirn in den Jahren bis zum Erwachsenenalter deutlich langsamer um insgesamt durchschnittlich 300 – 400g auf ein Endgewicht von etwa 1.300 – 1.400g. Sein schnelles Wachstum verbraucht anfänglich mehr Energie als in irgendeiner späteren Lebensphase, nämlich rund 20% der Blutversorgung, obwohl das Gehirngewicht nur etwa 2% des Körpergewichtes ausmacht.

Das Gehirn ist also bei der Geburt des Kindes noch nicht voll ausgeprägt. Die Zunahme des Gehirngewichtes ist jedoch nicht das Ergebnis neu wachsender Nervenzellen, denn jedes gesunde Kind wird mit der vollen Anzahl seiner Neuronen geboren. Nach Spitzer (2002, S.51) kommen Mädchen mit schätzungsweise mehr als 19 Milliarden und Jungen mit mehr als 22 Milliarden Neuronen zur Welt (ohne die auf  $10^{10}$  geschätzten Zellen des Kleinhirns). Jede Nervenzelle besitzt schätzungsweise bis zu 10.000 ( $10^4$ ) Verknüpfungen mit anderen Nervenzellen. Vielmehr nehmen Volumen und Gewicht der Grauen Masse durch stützendes Gewebe und Blutgefäße und der Weißen Masse durch Gliazellen und Myelinisierung der Verbindungen zwischen den Neuronen zu. Auf jedes Neuron kommen etwa zehn Gliazellen, die eine wichtige Rolle als Hüll- oder Stützzellen der Neuronen spielen und die bei der Regulation neuroplastischer Umbauprozesse helfen. Das gilt insbesondere für das neurotrophe Zusammenwirken der sternförmigen Gliazellen (*Astrozyten*) mit den sie umgebenden Nervenzellen.

Myelin ist ein lipidreiches, isolierendes Material, mit dem die Nervenfasern nach der Geburt ummantelt und dadurch zunehmend dicker und schwerer werden. Die Myelinisierung erfolgt sukzessive vom Hinterhauptlappen (Okzipitalhirn) und Scheitellappen (Partialhirn) bis zum Frontallappen (Stirnhirn). Das erklärt, warum ein Kind früh akustische, olfaktorische, visuelle und motorische und erst später kognitive Fähigkeiten entwickelt.

Solange die Nervenfasern noch nicht durch Myelinscheiden geschützt sind, verlaufen nach Spitzer (a.a.O., S. 230) die Aktionspotentiale zwischen den Neuronen mit etwa drei Metern pro Sekunde sehr langsam. Entsprechend langsam reagieren Neugeborene anfangs auf wahrgenommene Ereignisse. Nach Myelinisierung und Zunahme der Faserdicke verlaufen die Impulse 30 bis 40 mal schneller mit bis zu 110 Metern pro Sekunde. Das gilt ebenso für die langen Entfernungen von den Extremitäten zum Gehirn wie für die kurzen Verbindungsfasern zwischen angesprochenen Hirnarealen untereinander. So ist es möglich, dass von einem

Rezeptor nach Wahrnehmung eines Ereignisses, z.B. einem Schmerz an der Spitze des Fußes, die Impulse in unglaublicher Geschwindigkeit über die affektiven Nerven an die entsprechenden Areale des limbischen Systems und der Hirnrinde geschickt, dort interaktiv zwischen verschiedenen Hirnarealen verarbeitet und über effektive Nerven an die handelnden Muskeln, Sehnen und Organe gesandt werden, um dort zu adäquaten Reaktionen auf die affektiven Impulse zu führen. Zugleich wird diese Erfahrung als Netzwerk gespeichert.

Ein Neuron kann bis zu 300 Impulse/Sekunde (Bit) „feuern“. Ein Beispiel: Von jedem Auge zieht sich ein dickes Faserbündel mit jeweils etwa einer Million Nervenfasern zur Sehrinde im Hinterhauptlappen des Gehirns. Der Input beträgt also bei etwa 2 Millionen Fasern mal 300 Bit pro Sekunde ca. 600 Mega Bit bzw. bei acht Bit je Byte rund 75 Megabyte je Sekunde. Hüther (1999, S. 61) weist darauf hin, dass die Verarbeitung im Gehirn sowohl seriell als auch parallel abläuft. So können unterschiedliche, über Gehör, Geruch, Propriozeption, Haut, Muskeln, Sehnen, innere Organe und andere Rezeptoren wahrgenommene Impulse parallel in verschiedenen Hirnarealen verarbeitet werden. Dabei werden durch erfahrungsabhängige Plastizität (*experience-dependent plasticity*) die jeweils relevanten synaptischen Verbindungen zwischen den Neuronen entsprechend der Art der Nutzung gebahnt bzw. umgeformt.

Schore (2000) weist auf die asymmetrische Entwicklung der beiden Hirnhälften hin. Die rechte Hemisphäre reift früher als die linke. In der rechten, sogenannten „emotionalen“ Hirnhälfte sind affektverarbeitende Strukturen des Limbischen Systems (Hippocampus, Amygdala, etc.) und der rechtsseitige subkortikale Cortex lokalisiert, die an allen Überlebensfunktionen beteiligt sind und den Organismus unterstützen, mit Stress umzugehen. Schore (a.a.O.) vermutet, dass die rechte Hemisphäre in den ersten 18-24 Monaten die linke dominiert, um dem Kind, solange es noch nicht allein lebensfähig ist, emotionale und soziale Erfahrungen zum Aufbau von überlebensnotwendigen Bindungen an fürsorgende Bezugspersonen zu ermöglichen bzw. innere Arbeitsmodelle der Bindungsbeziehungen und Verarbeitungsstrategien für die *Affektregulation* zu stimulieren. Nach seiner Vorstellung ist Affektregulation ein Versuch des kindlichen Gehirns, angenehme Gefühle, z.B. Geborgenheit, zu maximieren und unangenehme Gefühle, z.B. Angst, zu minimieren. Die linke Hirnhemisphäre reift erst später aus. In ihr sind auch die Sprachzentren lokalisiert, das Wernicke-Zentrum für Sprachwahrnehmung, Spracherinnerung, Sprachverständnis und das Broca-Zentrum zur Sprachbildung. Das mag erklären, warum ein Kleinkind erst nach entsprechender Ausreifung seiner linken Hirnhemisphäre zu sprechen beginnen kann.

Schore (1994) beschreibt in *Affect Regulation and the Origin of the Self* die von einer primären Bezugsperson gestützte Entwicklung der kindlichen Fähigkeit zur Affektregulation. Sie ist Voraussetzung für die Entwicklung eines gesunden Selbst. Die typische Gehirnentwicklung vollzieht sich nach seiner Vorstellung in genetisch vorprogrammierten Zeitfenstern. Er beschreibt das Wachstum des sich entwickelnden Gehirns durch vier Prinzipien (Übersetzung durch den Verfasser):

- Prinzip 1: Das Wachstum des Gehirns erfolgt in kritischen Perioden und wird durch die soziale Umwelt beeinflusst.
- Prinzip 2: Das kindliche Gehirn entwickelt sich in Perioden (*stages*) und wird hierarchisch organisiert.
- Prinzip 3: Die genetisch programmierte Entwicklung des Gehirns wird postnatal durch die Umwelt aktiviert und beeinflusst.
- Prinzip 4: Die soziale Umwelt verändert sich über die Kindheitsperioden und veranlasst (*induces*) die Reorganisation der Gehirnstruktur.

*Affekte* sind Gefühle mit starken physischen und psychischen Reaktionen, die durch positiv oder negativ alarmierende Situationen wie Freude, Spaß, Liebe, Bedrohung, Kränkung oder Liebesentzug ausgelöst werden (vgl. Selye, 1936: Alarmphase bei Disstress). Wenn das Kind eine empathische und unmittelbar reagierende Bezugsperson hat, wird diese sich durch die Angst des Kindes zu besorgter Fürsorge und zärtlicher Zuwendung herausgefordert fühlen, bis das Kind sich beruhigt hat. Hat ein Kind jedoch keine kontinuierlich verfügbare Bezugsperson, wie es z.B. vielen Heimkindern ergeht, dann lösen Stressoren negative Affekte aus, die, wenn sie nicht reguliert werden, zunächst körperliche Reaktionen wie beschleunigten Puls, erhöhten Blutdruck, Ausschüttung von Hormonen und entsprechende Handlungsimpulse nach sich ziehen, nämlich zu flüchten, sich zu verteidigen oder zu kämpfen - und künftig adäquate Situationen zu meiden. Können die Affekte nicht reguliert werden, können sie so bedrohlich werden, dass sie zur Erschöpfung und zu somatischen Erkrankungen führen.

Hüther (2005, S. 52) weist darauf hin, dass je langsamer sich das zum Zeitpunkt der Geburt unfertige Gehirn entwickle, je länger es dauere, bis die Verschaltungen des neuronalen Netzwerks endgültig geknüpft seien, desto reicher seien die Möglichkeiten, eigene Erfahrungen und individuell vorgefundene Nutzungsbedingungen als Repräsentationen im Gehirn zu verankern. Er sieht die ontogenetisch langsame Entwicklung des kindlichen Gehirns als Ursache der – gemessen an anderen Lebewesen – kognitiven Überlegenheit des

ausgereiften menschlichen Gehirns, weil es die Zeit hatte, viele Erfahrungen zu sammeln, zu verarbeiten, zu speichern und spätere Erfahrungen mit den gespeicherten zu vergleichen. So bahnen sich in den ersten Lebensmonaten zwischen den genutzten Nervenzellen erfahrungsabhängig viele synaptische Verknüpfungen.

Nach Schore (2001/2003 in *The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health*) setzt die freundliche Zuwendung einer Bezugsperson, der Augenkontakt, ein Lächeln und die wechselweise Imitation geäußerter Laute im präfrontalen Cortex des Kindes Hormone frei, die Wohlbehagen erzeugen. Je mehr positive Interaktionen zwischen einem Kind und seiner Bezugsperson ausgetauscht werden, desto besser bahnen sich synaptische Verbindungen. Auf diese Weise werden ständig neuronale Verschaltungen gebahnt, stabilisiert, umgestaltet oder aufgelöst.

Nicht genutzte Synapsen bilden sich allerdings zurück. Ungenutzte Neuronen fallen einer terminalen retrograden Degeneration oder Elimination (Deafferenzierung) anheim. Gerhardt (2004) belegte z.B. durch Forschung an rumänischen Waisenkindern, die in den ersten 24 Lebensmonaten keine liebevolle Zuwendung bekamen, welche Folgen fehlende Bindung haben kann: Der orbito-frontale Cortex dieser Waisenkinder hatte sich nur mangelhaft entwickelt. Die kognitiven Fähigkeiten dieser Kinder blieben weit zurück.

Hüther (1999) erklärt in *Biologie der Angst*, warum sich klinisch auffällige Verhaltensmuster vermutlich durch angemessene psychotherapeutische Behandlung positiv verändern lassen: Jeder drohende Verlust an wärmender Geborgenheit und liebevoller Zuwendung macht dem kleinen Kind Angst. Das ist der Beginn einer Stressreaktion. Erleichterung, die empfunden wird, wenn die Angst aufhört, reduziert den Stress. Diese Erfahrung wird im kindlichen Gehirn repräsentiert und bei vergleichbaren Bedrohungen als Problemlösung wiederholt. Mit jeder Wiederholung verfestigt sich das Muster. Bei erneut empfundener Bedrohung oder Kränkung versucht das Kind zunächst, das Angst verursachende Problem mit den gewohnten Strategien zu lösen. Wenn das nicht gelingt, entsteht daraus erhöhte Angst, die im negativen Fall zur Resignation und bei chronischem Stress möglicherweise zur Somatisierung, im positiven Fall über eine veränderte Strategie zur Verringerung der Angst und zur Lösung des Dilemmas führen kann. Dabei werden Hormone ausgeschüttet, die zwischen den Nervenzellen neue, veränderte synaptische Verbindungen entstehen lassen. Durch die Umformung der synaptischen Verbindungen verändert sich das Fühlen und Denken. Dadurch bilden sich neue Verhaltensmuster, die sich bei wiederholter

Inanspruchnahme stabilisieren. Bisherige, nicht mehr genutzte Verschaltungen lösen sich auf. Es wird vermutet, dass diese neuronalen Umbauprozesse es ermöglichen, dass das Fühlen, Erleben, Denken und in der Folge auch das konkrete Handeln eines psychisch auffälligen Kindes durch psychotherapeutische Behandlung positiv verändert werden kann.

Hans Selye (1936) beschrieb als Erster die pathogenen Wirkungen von Stressbelastungen. Er stellte durch Versuche mit Ratten fest, dass Stress Organe verändern kann. 1946 schlug er das „Modell eines allgemeinen Adaptationssyndroms“ vor, das ausgeht von der Annahme einer unspezifischen, stereotypen Reaktion des Organismus auf Stressoren mit – wie schon erwähnt – einer Alarmphase, in der das ZNS allgemein aktiviert wird, gefolgt von einer Phase des Widerstandes, die bei weiter bestehendem Stress in eine Phase der Erschöpfung münden und durch mögliche Organveränderungen letztlich zu Krankheit und Tod führen kann. Aus heutiger Sicht ist anzunehmen, dass den möglichen Organveränderungen zunächst Veränderungen der synaptischen Verbindungen des neuronalen Netzwerks vorausgehen, in deren Folge sich Fühlen, Denken und Verhalten verändern kann.

Hüther (1999, S. 37) beschreibt das gleiche Phänomen: Auf einen psychischen Stressor reagiert der Organismus mit einer unspezifischen Aktivierung kortikaler und limbischer Hirnstrukturen, die das zentrale und periphere noradrenerge System stimulieren. Wenn unter dem Druck der empfundenen Bedrohung eine Lösung gefunden wird, kommt es zur Veränderung der Verbindungen der Nerven- und Gliazellen, also zur Bahnung neuer neuronaler Verschaltungen. Bei wiederholten Problemlösungen gleicher Art verfestigen sich diese neuen Bahnen und die alten erlöschen.

Schore (2003, S. 234-265) schreibt in *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, dass das Problem eines Kindes, seine Affekte nicht regulieren zu können, letztlich zur Ursache psychischer Störungen werden kann. Er macht das am Beispiel Posttraumatischer Belastungsstörungen (*posttraumatic stress disorders*) deutlich und berichtet, dass die Psychogenese einer traumatischen Beziehung fundamental mit einer Dysregulation der rechten Hirnhemisphäre verbunden sei.

Wie Spitzer (2002) betont, lernt unser Gehirn immer. Zwei Hirnareale haben dabei besondere Bedeutung: Der Hippocampus und der präfrontale Cortex. Der Hippocampus besteht aus zwei Teilen, die rechts und links tief im medialen Temporallappen lokalisiert sind. Der Hippocampus hat nach Pinel (2001, S. 417) einerseits eine Funktion als Raumgedächtnis, da viele hippocampale Neuronen sogenannte Ortsfelder besitzen, und ist andererseits für die Konsolidierung des Langzeitgedächtnisses verantwortlich. Für das Lernen im Spiel ist

speziell der rechtshemisphärische Hippocampus verantwortlich. Man vermutet, dass gelernte Inhalte zunächst für Sekunden im sogenannten Kurzzeitgedächtnis behalten und über den Hippocampus in die Hirnareale transferiert werden, in denen die Informationen verarbeitet, mit vorhandenen synaptischen Verbindungen verglichen und dann entsprechend im Langzeitgedächtnis gespeichert - oder wieder vergessen werden. Der präfrontale Cortex (a.a.O., S. 419) ist unmittelbar hinter der Stirn lokalisiert und reicht bis zum motorischen Cortex vor dem Sulcus centralis. Im präfrontalen Cortex werden während der Informationsverarbeitung die zeitlichen Abfolgen von Ereignissen behalten, insbesondere bei Aufgaben, die Teile einer Serie von Handlungen sind. Die corticale Aktivierung im präfrontalen Cortex nimmt, wie funktionelle bildgebende Verfahren (fMRT) zeigen, bei der Lösung von Gedächtnisaufgaben deutlich zu. Offenbar haben jedoch die verschiedenen Teilareale des präfrontalen Cortex spezifische Funktionen. Durch den Abruf von *semantischen* Gedächtnisinhalten aus dem Langzeitgedächtnis wird z.B. der linke inferiore präfrontale Cortex aktiviert. Der Abruf von Erinnerungen an vergangene Ereignisse aus dem *episodischen* Gedächtnis aktiviert dagegen den rechten anterioren präfrontalen Cortex. Neben Hippocampus und präfrontalem Cortex spielen nach Pinel (a.a.O., S. 418) zum Lernen neuer Erfahrungen auch noch das basale Vorderhirn, die Amygdala, der mediodorsale Nucleus des Thalamus, der inferotemporale Cortex und das Kleinhirn eine Rolle.

Lernen beginnt bereits vor der Geburt eines Kindes, wie man durch entsprechende Untersuchungen an Föten für das Tasten, Riechen, Schmecken und Hören nachgewiesen hat. Das noch ungeborene Kind reagiert bereits im Mutterleib auf Reize, nimmt diese auf, hört etwa ab der 20. Lebenswoche, tastet, riecht, schmeckt und verarbeitet die Erlebnisse. Das Gelernte wird erfahrungsabhängig in entsprechenden Hirnarealen gespeichert. Unmittelbar nach der Geburt kann das Kind diese Erfahrungen bereits anwenden. Es findet mit geschlossenen Augen die Brust der stillenden Mutter, weil es den spezifischen Geruch der Brust durch die Ähnlichkeit mit dem Geschmack des Fruchtwassers wiedererkennt, in dem es so lange geschützt, warm und sicher geruht hat. Der Austritt aus dem warmen Mutterleib in die kalte Umwelt ist vermutlich der erste bedeutsame Stress, der dem Neugeborenen Angst macht und es nach Lösungen suchen lässt, sich wieder sicher und geborgen zu fühlen, indem es am Körper der so vertraut riechenden Mutter Wärme und Schutz sucht. Damit werden neue Verbindungen zwischen den relevanten Synapsen gebahnt, die sich durch Wiederholungen weiter stabilisieren oder sich mit veränderten Erfahrungen wieder auflösen.

Immer dann, wenn Lernen stattfindet, schreibt Spitzer (2002, S. 75), verändern sich die Stärken einiger Synapsen mehr oder weniger stark. Für viele Ereignisse ändern sich die synaptischen Verbindungen aber nur wenig. Deshalb gehen *diese* Eindrücke wieder verloren, so dass sich der oder die Betroffene später nicht mehr an sie erinnern kann. Werden jedoch Synapsen *wiederholt* durch gleichartige Erfahrungen angesprochen, verstärken sich die schon gebahnten Verbindungen, wobei letztlich nicht mehr die einzelne Erfahrung erinnert wird, sondern die aus mehreren gleichartigen Erfahrungen ableitbare allgemeine Regel. Aktuelle Ereignisse lösen im Gehirn einen Abstraktionsmechanismus aus, den Inhalt der Information nach Regeln abzusuchen, diese in relevanten Hirnarealen abzuspeichern und für gleiche oder ähnliche Fälle bereitzuhalten. Mit jedem Lernen wird das innere Abbild des Gelernten im Gehirn repräsentiert. Künftig werden Neuronen, in denen dieses Abbild repräsentiert ist, immer dann aktiv, wenn das gleiche oder ein sehr ähnliches Muster wahrgenommen wird. Das Gehirn ist voll mit den unterschiedlichsten Repräsentationen. Dabei handelt es sich aber keineswegs nur um Bilder, auch das Gefühl an der Körperoberfläche, Empfindungen im Körperinneren, vollzogene Handlungen, nonverbale und verbale Kommunikationen, regelhafte Zusammenhänge sowie Werte, die das soziale Zusammenleben leiten und regeln, werden im Gehirn repräsentiert. Das Gelernte wird jedoch nie durch nur ein Neuron repräsentiert, abgesehen von sogenannten *Ortsneuronen*, die immer dann feuern, wenn ein bestimmter Ort wieder erlebt wird, sondern durch viele miteinander verbundene Neuronen. Wenn ein Kind bestimmte Informationen erkennt, wird die gleichsam „schlafende Repräsentation“ (Spitzer, .a.a.O., S. 80) aktiviert und die relevanten Neuronen feuern, um die gerade aktuellen Inhalte zu verarbeiten.

#### **2.3.4 Spiegelneuronen und wechselseitige Empathie (Theory of Mind)**

*Theory of Mind* ist nach Bauer (2005, S. 16) die Fähigkeit von Menschen, intuitiv die Gefühle anderer nachfühlen oder ihre Absichten voraussehen zu können, weil sie sich mit diesen „in einem gemeinsamen zwischenmenschlichen Bedeutungsraum“ fühlen. So spüren manche Eltern beispielsweise unausgesprochen, dass mit ihren Kindern etwas nicht stimmt, wenn sie flunkern oder innerlich in Bedrängnis sind.

Es gibt aber auch Menschen, die das nicht können. Ihnen ist der Zugang zum Fühlen, Denken und Handeln anderer Menschen und zur Resonanz auf deren Handeln verwehrt. Resonanz heißt: Zwischen zwei oder mehreren Menschen wird etwas zum emotionalen Schwingen gebracht. Diese Fähigkeit zu einem empathischen Verständnis eines anderen

Menschen beruht auf etwas im menschlichen Gehirn, das von Bauer (a.a.O, S. 8 ff.) als Spiegelung oder Resonanz durch „Spiegelneuronen“ (*mirror neurons*) bezeichnet wird und das in der Psychotherapie als „eine wesentliche Basis für den therapeutischen Prozess“ gilt.

Rizzolatti, Fadiga, Fogassi & Gallese (2002, zitiert in Bauer, 2005, S. 18-25) sind die Entdecker der Spiegelneuronen. Sie konnten die Wirkung der spezifischen Neuronen durch Ableitung magnetenzephalographischer Potenziale nachweisen, die sie während bestimmter Handlungsprozesse maßen. Ihre Forschungsergebnisse zeigen, dass sogenannte *Handlungsneuronen* in der prämotorischen Hirnrinde ihre bioelektrischen Signale immer 100 bis 200 Millisekunden früher „feuern“ als die *Bewegungsneuronen* im motorischen Cortex.

Rizzolatti et al. berichten auch, dass diese neuronalen Aktivitäten in gleicher Weise und in den gleichen Hirnarealen stattfinden, unabhängig davon, ob die Betroffenen nur an eine beabsichtigte Handlung denken, ob sie diese vollziehen oder ob sie beobachten, wie andere Menschen die Handlung vollziehen. Offenbar wird im Gehirn durch die Beobachtung einer von anderen vollzogenen Handlung das gleiche neurobiologische Programm aktiviert, das auch ausgelöst würde, wenn die Betroffenen die beobachtete Handlung selbst ausführen würden. Die neurobiologischen Mechanismen der Spiegelneuronen versetzen Menschen in die Lage, in einer aktuellen Situation spontan und intuitiv den vermutlich weiteren Verlauf einer Interaktion vorauszusehen. Das gilt entsprechend auch für die Interaktion zwischen Kindern und ihren Eltern und für die zwischen Kindern und Therapeut/innen. Spiegelneuronen sind die neurobiologische Erklärung für Empathie bzw. Theory of Mind und eine unerlässliche Voraussetzung für empathische Kindertherapeut/innen.

Spiegelneuronen wirken jedoch nicht immer. Bauer (a.a.O.) zitiert Untersuchungen, die zeigen, dass die Signalrate der Spiegelneuronen durch Angst, Anspannung und Stress massiv reduziert wird. Offenbar klinkt sich der Mechanismus der Spiegelneuronen aus, sobald psychischer Druck oder Angst empfunden wird. Das Vermögen, sich in die Gefühle, das Denken und die Absichten anderer einzufühlen, andere empathisch zu verstehen, die Feinheiten ihrer Emotionen wahrzunehmen und mögliche Handlungen vorauszusehen, funktioniert unter Stress weniger gut oder möglicherweise gar nicht mehr.

## **2.4 Zusammenfassung des theoretischen Teils**

Das Gehirn ist nicht statisch, sondern passt sich zeitlebens plastisch den Bedingungen und Gegebenheiten der Umwelt an. Das macht jedes Gehirn auf Grund unterschiedlicher



Lebenserfahrungen zu etwas Einzigartigem. Diese Neuroplastizität der erfahrungsabhängigen Anpassung des kindlichen Gehirns legt die Hypothese nahe, dass sich die synaptischen Verbindungen klinisch verhaltensauffälliger oder entwicklungsgestörter Kinder auch noch Jahre nach der Entwicklung des Gehirns durch Therapie positiv verändern lassen, so dass die Kinder neue Einstellungen zu sich selbst finden, erhöhte Aufmerksamkeit entwickeln, gegebenenfalls ihr Sprachverständnis anbahnen und in der Interaktion mit anderen Menschen neue, sozial kompetente Verhaltensmuster anzuwenden lernen.

Die Theorien der psychopathologischen Vulnerabilität, der neurobiologischen Entwicklung des kindlichen Gehirns und der daraus abzuleitenden Neuroplastizität wie auch die von Schore (1994, S. 9-20) vorgeschlagenen Prinzipien der neuronalen Veränderbarkeit des kindlichen Gehirns lassen vermuten, dass eine Therapieform wie Theraplay geeignet sein könnte, klinisch auffällige Symptome von Verhaltensstörungen und verhaltensabhängige Symptome definierter Entwicklungsstörungen positiv zu verändern. Wie Ann M. Jernberg (1974) schon frühzeitig erkannte, entsprechen die therapeutischen Dimensionen von Theraplay wie liebevolle Zuwendung, Berührung, Bindung, Empathie, Fürsorglichkeit, Strukturierung, Herausforderung und das Spielen den Lernerfahrungen in der frühkindlichen Entwicklung. Sie können möglicherweise Kinder, die ihre auf bestimmte Zeitfenster beschränkten Entwicklungsaufgaben nicht abschließen konnten, aufgrund der Neuroplastizität des Gehirns ihre emotionale und soziale Wahrnehmung, ihre Affektregulation oder ihre Sprachentwicklung auch noch Jahre später, z.B. im Vorschulalter, durch Therapie nachholen. Das mag für eine Korrektur von umweltbedingt gelernten Verhaltensmustern leichter sein als für Erlebens- und Verhaltensweisen, die anlagebedingt disponiert und umweltbedingt ausgeformt worden sind.

Es kann jedoch nicht genügen, nur nachzuweisen, *dass* Theraplay wirkt. Es sollte auch versucht werden zu erklären, *warum* sich Kinder unter dem Einfluss dieser Therapieform positiv verändern. Roth (2004) und Veldern (2005) warnten zwar vor einer Überbewertung neurobiologischer Erklärungen für therapeutische Effekte. Gestützt sowohl auf die vorgetragenen Theorien, auch die neurobiologischen Theorien, als auch auf die in eigenen Feldstudien empirisch erhobenen Daten, sollte trotzdem mit aller Vorsicht ein Modell vorgeschlagen werden, das die möglicherweise ungleich starke Wirkung von Theraplay auf die Kernsymptome unterschiedlicher psychischer Störungen ansatzweise zu erklären vermag, seien sie nur umweltbedingt oder gleichzeitig anlage- und umweltbedingt entstanden.

---

### 3 EMPIRISCHER TEIL

Zweck einer Therapieforschung ist der wissenschaftlich zuverlässige, empirische Nachweis der Eignung und Nützlichkeit einer Therapieform sowie der Nachhaltigkeit der damit erzielten therapeutischen Wirkung.

Ausgangspunkt ist die therapeutische Praxis, deren Effektivität und Effizienz ziel- und zweckorientiert unter realen Therapiebedingungen evaluiert werden soll. Die *Effektivität* einer Therapieform gilt als bestätigt, wenn sie sich evidenzbasiert und möglichst wiederholt als geeignet erwiesen hat, die Symptomatik beispielsweise einer indizierten Psychischen Störung mit hinreichender Effektgröße klinisch bedeutsam und statistisch signifikant in der beabsichtigten Richtung zu verändern. Die *Effizienz* einer Therapieform erweist sich an ihrer Nützlichkeit, die indizierte Symptomatik hinreichend zuverlässig und nachhaltig zu verringern, und an ihrer Wirtschaftlichkeit, das Therapieziel in angemessen kurzer Therapiedauer, d.h. mit möglichst wenigen Therapiesitzungen, zu erreichen.

Die Basis der Evaluation der Wirkung einer bestimmten Therapieform bilden praxisbasierte Befunde und entsprechende Theorien über den Gegenstandsbereich. Von Wissenschaftlern wird erwartet, dass sie unabhängig von den Interessen eines Auftraggebers forschen, die Wirkung der Therapie so objektiv wie möglich bewerten und subjektive Meinungen zurückstellen.

Ein von Raymond B. Cattell (1966) entwickeltes *Induktions-Hypothese-Deduktions-Modell* beschreibt psychologische Forschung als einen kontinuierlichen Prozess von der Fragestellung, die durch Beobachtungen und praxisbasierte Befunde aufgeworfen wird, über *induktiv* angestellte Vermutungen hinsichtlich der wahrscheinlich zugrunde liegenden Prinzipien und daraus *deduktiv* abgeleiteter Hypothesen bis zu deren empirischer Überprüfung an einer relevanten Stichprobe. Aus den Ergebnissen wird erneut induktiv auf das allgemein Gültige geschlossen. Daraus werden modifizierte Hypothesen deduktiv abgeleitet, die wiederum empirisch im Feld überprüft werden. Und so setzt sich der Forschungsprozess fort.

An diesem Modell orientiert sich die Forschung zur Evaluation der Wirkung von Theraplay: Über mehrere Jahrzehnte wurde in Praxen der Kinder- und Jugendlichentherapie beobachtet, dass sich das emotionale und soziale Anpassungs-, Bindungs- und Interaktionsverhalten der mit Theraplay behandelten Kinder klinisch bedeutsam verbesserte.

Es wurde vermutet, dass die positiven Verhaltensänderungen das Ergebnis der Behandlung mit Theraplay seien. Diese Annahme wurde aber bis 1997, bis zum Zeitpunkt der Planung der hier berichteten Evaluationsforschung, nicht wissenschaftlich untersucht. Es gab bis dahin nur einige Veröffentlichungen auf der Grundlage von Einzelfallstudien. Dieser Mangel an einem zuverlässigen Nachweis der Wirkung von Theraplay stimulierte die Formulierung von Hypothesen über die in der Praxis beobachteten Therapieeffekte und die Anlage einer kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) und einer replizierenden Multi-Center-Studie (MCS), letztere in Deutschland und Österreich, zur empirischen Überprüfung dieser Hypothesen.

### **3.1 FRAGESTELLUNG, VARIABLEN (uV, aV) UND HYPOTHESEN ZUR WIRKUNG VON THERAPLAY**

Die zentrale Frage dieser Evaluationsforschung lautet: Ist die entwicklungsorientierte, interaktive, direktive Kurzzeit-Spieltherapie Theraplay effektiv und effizient? Das heißt, erweist sich nach der Behandlung mit Theraplay die Symptomatik emotional und sozial verhaltensauffälliger und sprachentwicklungsgestörter Klein- und Vorschulkinder als klinisch und statistisch signifikant und nachhaltig verringert und ist die Therapie effizient?

Die Wirkung von Theraplay (abhängige Variable) soll an in unterschiedlichen therapeutischen Institutionen zufällig angefallenen Patient/innen-Stichproben im Kleinkind- und Vorschulalter mit verschiedenen psychischen Störungen (unabhängige Variablen) durch wiederholte empirische Therapieerfolgskontrollen in der realen Therapiesituation evaluiert werden. Die unabhängigen Variablen der beabsichtigten Therapieerfolgskontrolle sind folgende Symptome klinisch bedeutsamer psychischer Störungen:

1. Oppositionell verweigerndes, trotziges, störendes Sozialverhalten
2. Scheues, schüchternes, sozial zurückgezogenes Sozialverhalten
3. Autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit als störendes Sozialverhalten
4. Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS)
5. Aufmerksamkeitsdefizitstörungen ohne Hyperaktivität (ADS)
6. Rezeptive Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen).

Es liegen auch hinreichend Daten zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf noch andere psychische Störungen vor. Im Rahmen dieser Arbeit genügt jedoch zunächst das weit gefasste Spektrum der vorstehend aufgeführten psychischen Störungen.

Nach Geider (1995, 61-68) sind Hypothesen entweder *vermutlich zutreffende* Annahmen über einen bereits bekannten Sachverhalt oder *vorläufige* Annahmen über einen noch in Frage stehenden Sachverhalt. Sie werden durch die Ergebnisse einer empirischen Überprüfung falsifiziert, modifiziert oder konfirmiert. Die an Stichproben erhobenen Daten erlauben jedoch nach Geider & Rogge (1995, 126-135) nur eine Aussage über die *statistische Wahrscheinlichkeit*, mit der das Zutreffen einer Hypothese widerlegt oder bestätigt wird.

Die Entscheidung über Falsifikation oder Konfirmation einer Hypothese wird in der Regel durch den Vergleich der *Nullhypothese* ( $H_0$ ) mit der *Alternativhypothese* ( $H_1$ ) unter Minimierung des  $\alpha$ -Risikos bzw.  $\beta$ -Risikos gefunden. In dieser Arbeit ist die Nullhypothese Ausdruck der Erwartung, dass Theraplay *nicht* wirkt, dass also die relevanten Symptome nicht signifikant verringert werden. Wenn jedoch die Nullhypothese widerlegt wird, weil sich die Symptome der behandelten Kinder nach der Behandlung mit Theraplay als signifikant gebessert erweisen, dann gilt die Alternativhypothese als bestätigt, dass Theraplay wirkt. Damit ergeben sich für den jeweiligen Sachverhalt vier mögliche Ergebnisse: Entweder wird die Null- oder die Alternativhypothese als wahrscheinlich richtig bestätigt oder es wird *fälschlich* die Alternativhypothese ( $\alpha$ -Fehler) bzw. die Nullhypothese ( $\beta$ -Fehler) als richtig akzeptiert, obwohl in der Patientenpopulation das Gegenteil gilt.

Kandel (2006, S. 117), der im Jahre 2000 für seinen neuro-wissenschaftlichen Beweis des neuronalen Lernens und Erinnerns den Nobelpreis für Medizin erhielt, fühlte sich durch Karl Popper herausgefordert, seine Hypothesen so exakt wie möglich zu formulieren, um sie im Experiment zu falsifizieren. Entsprechend gilt es, Hypothesen zur Wirkung von Theraplay möglichst exakt zu formulieren und die Bedingungen anzugeben, unter denen sie gelten sollen: Die Art der Patientenpopulation, deren jeweilige psychopathologische Symptomatik, das Einzugsgebiet und die Erhebungszeit. Die jeweilige Patientenpopulation und deren Symptomatik wird durch die Spezifizierung der Stichproben und der Geltungsbereich durch das regionale Einzugsgebiet der Längsschnittstudie bzw. das überregionale der Multi-Center-Studie beschrieben. Der Erhebungszeitraum wird durch die Erhebungszeitpunkte ( $t_0 - t_7$ ) markiert, an denen bei den Patientenstichproben wiederholt die Symptomausprägung gemessen wird, um festzustellen, ob sie sich nach der Behandlung mit Theraplay klinisch und statistisch signifikant positiv verändert hat und ob der Effekt nachhaltig ist.

Aus der Fragestellung werden eine Haupthypothese, vier Unterschiedshypothesen, sechs Veränderungshypothesen zur Effektivität und Effizienz von Theraplay sowie vier Zusammenhangshypothesen abgeleitet. Alle werden als Alternativhypothesen ( $H_1$ ) formuliert.

### **Haupthypothese ( $H_1$ )**

Es wird erwartet, dass Theraplay bei den Klein- und Vorschulkindern der zu untersuchenden symptom-spezifischen Patientenpopulationen in der gewünschten Richtung wirkt:

1. Die störenden Symptome verringern sich im Verlauf der Behandlung mit Theraplay klinisch und statistisch signifikant um eine hinreichende Effektgröße.
2. Die Verbesserung der Symptomatik ist bis zwei Jahre nach Ende der Therapie nachhaltig, ohne weitere signifikant negative Veränderung und ohne Rückfälle.
3. Das soziale Interaktionsverhalten der mit Theraplay behandelten Kinder nähert sich dem Verhalten klinisch unauffälliger Kinder gleichen Alters und Geschlechts an.

Dieses vorausgesetzt, kann Theraplay als wahrscheinlich wirksam bestätigt werden.

### **Unterschiedshypothese 1 ( $H_1$ ) = 1. Ausgangshypothese**

Es wird erwartet, dass zum Zeitpunkt  $t_1$  (Beginn der Therapie) hinsichtlich der Ausprägung des relevanten Kernsymptoms zwischen symptomatisch auffälligen Klein- und Vorschulkindern und klinisch *unauffälligen* Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts ein praktisch bedeutsamer Unterschied besteht.

### **Unterschiedshypothese 2 ( $H_1$ ) = 1. Schlusshypothese**

Es wird erwartet, dass zum Zeitpunkt  $t_6$  (Ende der Therapie) zwischen symptomatisch auffälligen Klein- und Vorschulkindern und klinisch *unauffälligen* Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts in der Ausprägung des relevanten Kernsymptoms *kein* bedeutsamer Unterschied mehr besteht.

### **Unterschiedshypothese 3 ( $H_1$ ) = 2. Ausgangshypothese**

Es wird erwartet, dass zum Zeitpunkt  $t_1$  (Beginn der Therapie) zwischen einer *schweren*, *deutlichen* bzw. *leichten* Ausprägung des jeweiligen Kernsymptoms der symptomatisch auffälligen Klein- und Vorschulkinder und in Bezug auf Begleitsymptome ein praktisch bedeutsamer Unterschied besteht.

### **Unterschiedshypothese 4 ( $H_1$ ) = 2. Schlusshypothese**

Es wird erwartet, dass zum Zeitpunkt  $t_6$  (Ende der Therapie) zwischen einer anfangs *schweren*, *deutlichen* bzw. *leichten* Ausprägung des jeweiligen Kernsymptoms klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder und in Bezug auf Begleitsymptome *kein* bedeutsamer Unterschied mehr besteht.

### **Veränderungshypothese 1 ( $H_1$ ) zur Effektivität von Theraplay**

Es wird erwartet, dass sich das jeweilige Kernsymptom klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder vom Beginn ( $t_1$ ) bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay ( $t_6$ ) mit hinreichender Effektgröße klinisch bedeutsam und statistisch signifikant verringert.

### **Veränderungshypothese 2 ( $H_1$ ) zur Effektivität von Theraplay**

Es wird erwartet, dass sich mit der therapiebedingten Verringerung des Kernsymptoms zugleich auch relevante begleitende Symptome klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder vom Beginn ( $t_1$ ) bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay ( $t_6$ ) bedeutsam verringern.

### **Veränderungshypothese 3 ( $H_1$ ) zur Nachhaltigkeit von Theraplay**

Es wird erwartet, dass nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay ( $t_6$ ) der Therapieeffekt mindestens auf die Dauer von zwei Jahren ( $t_7$ ) nachhaltig ist, d.h. dass es bis zwei Jahre nach Ende der Therapie keine Rückfälle bzw. keine praktisch bedeutsamen negativen Veränderungen gibt.

### **Veränderungshypothese 4 ( $H_1$ ) zur Effizienz von Theraplay**

Es wird erwartet, dass zur positiven Veränderung eines anfänglich sozial störenden, beispielsweise oppositionell verweigernden bzw. scheuen Verhaltens von Klein- und Vorschulkindern durchschnittlich etwa 20 oder weniger Therapiesitzungen notwendig sind, um das Kernsymptom praktisch bedeutsam und nachhaltig zu verringern.

### **Veränderungshypothese 5 ( $H_1$ ) zur Effizienz von Theraplay**

Es wird erwartet; dass zur positiven Veränderung eines anfänglich sozial störenden autistoiden Verhaltens von Klein- und Vorschulkindern durchschnittlich etwa 30 oder weniger Therapiesitzungen notwendig sind, um den Mangel an sozialer Gegenseitigkeit praktisch bedeutsam und nachhaltig zu verringern.

### **Veränderungshypothese 6 ( $H_1$ ) zur Effizienz von Theraplay**

Es wird erwartet; dass zur positiven Veränderung einer rezeptiven Sprachstörung von Klein- und Vorschulkindern durchschnittlich etwa 30 oder weniger Therapiesitzungen notwendig sind, um das Sprachverständnis praktisch bedeutsam und nachhaltig anzubahnen.

### **Zusammenhangshypothese 1 ( $H_1$ )**

#### **zu Aufmerksamkeitsdefiziten und Störungen des Sozialverhaltens**

Es wird erwartet, dass zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder und ihren Störungen im Sozialverhalten, beispielsweise ihrem oppositionell verweigernden bzw. ihrem scheuen Verhalten, eine hohe positive Korrelation besteht.

**Zusammenhangshypothese 2 ( $H_1$ )**

**zu Aufmerksamkeitsdefiziten und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit**

Es wird erwartet, dass zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder und ihrem autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit eine hohe positive Korrelation besteht.

**Zusammenhangshypothese 3 ( $H_1$ )**

**zu Aufmerksamkeitsdefiziten und Sprachstörungen**

Es wird erwartet, dass zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder und ihren Sprachstörungen eine hohe positive Korrelation besteht.

**Zusammenhangshypothese 4 ( $H_1$ )**

**zu rezeptiven und expressiven Sprachstörungen**

Es wird erwartet, dass zwischen rezeptiven und expressiven Sprachstörungen klinisch auffälliger Klein- und Vorschulkinder eine hohe positive Korrelation besteht.

---

## 3.2 METHODIK

### DER FELDSTUDIEN ZUR WIRKUNG VON THERAPLAY

Zunächst werden die Rahmenbedingungen diskutiert, unter denen die Feldstudien zur Evaluation der Wirkung von Theraplay zu bewerten sind. Danach folgt eine Beschreibung der Größe und Struktur der verschiedenen Stichproben, der informierten Zustimmung der Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder an diesem Forschungsprojekt sowie der Erhebungszeitpunkte und Erhebungsinstrumente der beiden Feldstudien. Abschließend werden die Methoden der Datenprüfung, -aufbereitung und -auswertung zur Wirkung von Theraplay beschrieben.

#### 3.2.1 Rahmenbedingungen zum Untersuchungsansatz

Raymond B. Cattell (1966) beschreibt im *Handbook of Multivariate Experimental Psychology* seine Sicht der Rolle der Methodologie in der psychologischen Forschung: Die Psychologie als Wissenschaft untersuche, anders als die traditionellen Naturwissenschaften, einen immateriellen, schwer messbaren Gegenstand, nämlich menschliches Erleben, Denken und Verhalten, ohne dazu die neuronalen Netzwerke vermessen zu können, die das Fühlen, Denken und Entscheiden bestimmen. Psychologische Forschung sei in der Regel darauf angewiesen, aus Beobachtungen des Verhaltens und aus verbalen Mitteilungen, die letztlich der Kontrolle des Mitteilenden unterliegen und verfälscht sein können, auf das dem Verhalten zugrunde liegende Erleben, Verstehen, Denken und Entscheiden zu schließen.

Inzwischen gibt es zwar bildgebende Verfahren wie fMRT und PET, die es ermöglichen, neuronale Aktivitäten des menschlichen Gehirns im Prozess zu beobachten, aber die Methoden und Erkenntnismöglichkeiten der Psychologie unterscheiden sich fundamental von denen der klassischen Naturwissenschaften.

Nach Cattells Vorstellung (a.a.O., S. 2) braucht psychologische Forschung eine eigene Methodologie, die ihrem Gegenstand gerecht wird. Nach seiner Ansicht sollten Psychologen als Forscher hinsichtlich ihrer Methodologie *imaginativ* sein. Sonst bestehe, so vermutet Cattell, das Risiko, dass psychologische Forschung eher „von bereitwillig übernommenen Theorien als von persönlichen Erkenntnissen“ bestimmt werde.



**Mangel an evidenzbasiertem Wissen über die Wirkung von Theraplay.** Die Evaluationsforschung zur Wirkung von Theraplay beschreitet Neuland. Im Jahre 1997, zum Zeitpunkt der Planung dieses Forschungsprojektes, gab es noch keine Veröffentlichungen über Forschungsergebnisse zur Evaluation der Wirkung von Theraplay, sondern nur praktische Erfahrungen der Therapeutin Ulrike Franke und der vorwiegend amerikanischen und kanadischen Therapeut/innen sowie einige in den USA veröffentlichte Fallbeispiele.

**Mangel an vergleichbaren Therapieformen.** Bis 1997 wurde Theraplay in Deutschland fast nur im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg eingesetzt, und zwar mit dem Therapieziel einer Verringerung unkooperativen, oppositionell verweigernden, z.T. aggressiven bzw. einer Verbesserung scheuen, ängstlichen, z.T. mutistischen Verhaltens sprachentwicklungsgestörter, aber organisch gesunder Kinder, die ohne eine Verbesserung ihres Interaktionsverhaltens nicht oder nur schwierig logopädisch zu therapieren gewesen wären. Für diesen Anwendungsbereich gab es damals keine dem Verfasser bekannten Therapieformen, mit denen Theraplay hätte verglichen werden können.

**Mangel an geeigneten, validen, alters-standardisierten Testverfahren.** Die 1997 verfügbaren deutschsprachigen Erhebungsinstrumente waren entweder für den Zweck des Forschungsprojektes oder für die junge Altersgruppe ungeeignet oder konnten nach Umfang und Zeitanspruch den 2 ½ bis 7 Jahre alten, in der Entwicklung verzögerten, oft noch nicht oder kaum sprechenden Kindern nicht zugemutet werden. Viele der Patient/innen, an denen die Wirkung von Theraplay evaluiert werden sollte, waren rezeptiv sprachgestört. Sie hatten nur geringes Sprachverständnis. Sie interpretierten Schlüsselwörter sowie Mimik, Gestik und Körpersprache ihrer Bezugspersonen – oft mit entsprechenden Missverständnissen. Zugleich waren viele von ihnen extrem verhaltensauffällig, hyperaktiv und impulsiv, manche hatten Symptome eines frühkindlichen Autismus (Kanner) oder einer autistischen Psychopathie (Asperger). Teilweise mussten aus Mangel an geeigneten deutschsprachigen Tests praxisbasiert neue Erhebungsinstrumente operationalisiert oder aus den USA übernommen werden.

**Unterschiede der Messung in den Naturwissenschaften und in der Psychologie.** Nach Gigerenzer (1984, 49-65) gibt es einen wesentlichen Unterschied zwischen der Messung in den traditionellen Naturwissenschaften und der Messung in der psychologischen Forschung, z.B. bei der Skalierung von Einstellungen oder bei der Einschätzung von Symptomausprägungen. Das Ideal der klassischen Naturwissenschaften ist es, den Gegenstand unabhängig von Einflüssen des erkennenden Subjekts und des Messinstrumentes zu messen. Dieses Ideal ist beim Messen des *immateriellen* Gegenstandes einer

psychologischen Forschung nicht zu verwirklichen. Die Wahl des Messinstruments und das Messen unterliegen dem Einfluss des forschenden Subjekts und bestimmen über die Eignung und Normierung des Messinstruments hinaus Validität und Reliabilität der Messergebnisse.

**Repräsentation des empirischen Relativs durch ein numerisches Relativ.** Nach Gigerenzer (1984) führt die bloße Abbildung des empirischen Relativs des psychologischen Objektes in Zahlen des numerischen Relativs noch nicht zu einem befriedigenden Verständnis des Forschungsgegenstandes. Es bleibt ungeklärt, ob die empirische Relation wirklich durch die numerische Relation repräsentiert wird, d. h. ob eine durch Skalierung numerisch abgebildete Relation wirklich das phänotypische Erleben und Verhalten des Objektes wiedergibt oder verzerrt.

**Modellbildende Funktion der Messung.** Nach Gigerenzer (1984, 53-58) hat das Messen eines psychologischen Gegenstandes und die Abbildung des empirischen Relativs in einem numerischen Relativ auch eine *modellbildende* Funktion, weil die Strukturen im numerischen System zunächst dem Testen von Hypothesen dienen können, das zeitlich und logisch der psychologischen Untersuchung eines Gegenstandsbereichs vorgeordnet ist. Die Strukturen können so zum Modell werden, das die Verwendung der numerischen Relationen als Stellvertreter für die empirischen Relationen begründet, wenn angenommen werden kann, dass die Struktur des numerischen Relativs den Gesetzmäßigkeiten des empirisch untersuchten Erlebens und Verhaltens entspricht.

**Unterscheidung zwischen therapiebedingter und altersgemäßer Veränderung der Symptomatik.** Bei Patient/innen im Vorschulalter, also in einem Lebensabschnitt, in dem Kinder sich altersbedingt schnell verändern, lassen sich die im Therapieverlauf wiederholt gemessenen Verhaltensänderungen ohne Kontrollgruppe nicht von einer natürlichen, altersgemäßen Veränderung unterscheiden. Im Rahmen der Evaluation der Wirkung von Theraplay wird, da sich die Nichtbehandlung einer vergleichbar strukturierten Kontrollgruppe psychisch gestörter Kinder aus ethischen und praktischen Gründen verbietet, die Veränderung der Symptomatik erstens durch Messwiederholung im Therapieverlauf verfolgt und zweitens mit der Symptomausprägung einer Kontrollgruppe klinisch unauffälliger Kinder gleichen Alters und Geschlechts verglichen.

**Messung des Therapieerfolgs.** Nach Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte (2003, S. 94-103) gelten in der Psychotherapieforschung Prä-Post-Effektstärken weitgehend als Standard zur Erfassung des Therapieerfolgs. Alternativ wird gelegentlich der Therapieerfolg nur am Ende der Behandlung rückblickend eingeschätzt. Ein Vergleich der

Forschungsergebnisse dieser beiden Erhebungsmethoden zeigt jedoch, dass Veränderung als Therapieerfolg nur durch gemessene Effektgröße nachweisbar ist. Die retrospektive Beurteilung des Therapieerfolgs erbringt lediglich Globalurteile hinsichtlich der Erreichung des Therapiezieles. Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wird in beiden Feldstudien prä-post die Effektgröße der Symptomveränderung erhoben. Die Anfangs- und Schlusswerte werden mit dem Status einer klinisch unauffälligen Kontrollgruppe verglichen.

**Messwiederholung in Längsschnittstudien.** Nach Petermann (1995, S. 1150-1151) verursachen sowohl die Längsschnittforschung an sich als auch die Messwiederholungen innerhalb von Prä-Post- oder Längsschnittstudien Probleme.

Jeder Untersuchungsansatz mit Messwiederholung unterliegt einem Fehlerrisiko, beispielsweise durch unkontrollierbare Positions-, Übungs-, Übertragungs- und Ermüdungseffekte, durch Erlebnisse der Probanden zwischen den Messwiederholungen, die das Ergebnis verfälschen, speziell bei Kindern durch mangelnde Anpassung des Erhebungsinstrumentes an die altersbedingt schnelle Entwicklung bzw. durch mangelnde Eignung der Erhebungsinstrumente für alle Perioden des Kindesalters, weil bei lang andauernden Studien mit zunehmender Entwicklung der Kinder nicht die gleichen Testinstrumente eingesetzt werden können, sondern sukzessive angepasst oder ausgetauscht werden müssen.

Jede Längsschnittstudie unterliegt darüber hinaus einem Problem bei der Gewinnung und Aufrechterhaltung von Zufallsstichproben relevanter Patientenkollektive, weil sich die Stichprobe im längeren Zeitverlauf durch Therapieabbrüche und andere Ursachen für Ausfälle (*drop-outs*) reduzieren kann, obwohl die Eltern bzw. Bezugspersonen ursprünglich der Teilnahme über die volle Zeitdauer schriftlich zugestimmt hatten. Gründe können beispielsweise Krankheit oder Tod des Kindes oder seiner Bezugsperson, Umzug in eine andere Gegend, Ermüdung durch die Dauer der Therapie, Unwillen wegen der immer wieder aufzubringenden Zeit, Befürchtungen wegen der Offenlegung von persönlichen Einstellungen und Verhaltensweisen sein. Durch Stichprobenausfälle können Untersuchungsergebnisse unkontrollierbar verzerrt werden.

**Sinkende Fallzahlen bei Messwiederholungen.** Wenn es im Verlauf einer über einen längeren Zeitraum gehenden Untersuchung, in der die Patient/innen wiederholt diagnostiziert, die Eltern-Kind Interaktionen wiederholt beobachtet und die Eltern bzw. Bezugspersonen der Kinder wiederholt befragt werden müssen, aus unterschiedlichen Gründen zu Abbrüchen und Ausfällen kommt, verursachen die von Messzeitpunkt zu Messzeitpunkt sinkenden Fallzahlen

ein Problem, weil die anfangs befriedigend breite Datenbasis auf eine am Ende erheblich kleinere Fallzahl reduziert wird. Die Aussagefähigkeit der wiederholten Messungen wird beeinträchtigt, denn zur *Differenzbildung* zwischen je zwei Messzeitpunkten können jeweils nur die Daten jener Patient/innen verwendet werden, die an *beiden* miteinander verglichenen Messzeitpunkten teilnahmen.

Dieses Problem wurde am 02.03.2006 mit Dr. F. J. Geider, Fachbereich Methodik der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg, und Dr. C. Orthseifen, Methodenberaterin am Rechenzentrum der Universität Heidelberg, diskutiert. Ihr Vorschlag war, für die Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen die für den jeweiligen Messzeitpunkt vorliegende maximale Fallzahl, jedoch für die Berechnung der Mittelwertunterschiede und der statistischen Signifikanz der Veränderung der Symptome zwischen je zwei verglichenen Messzeitpunkten nur die jeweils *kleinere* Anzahl der Fälle zugrunde zu legen.

**Vor- und Nachteile der realen Therapiesituation in Feldstudien.** Die Wirksamkeit von Therapie kann unter drei Perspektiven beurteilt werden:

- unter Forschungsbedingungen in Laborexperimenten (*engl. efficacy*),
- unter Praxisbedingungen in Feldstudien (*engl. effectiveness*) und
- unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten (*engl. efficiency*).

Rudolf (1999) stellte in seinem Vortrag „Psychotherapie und Psychotherapieforschung heute“ drei Forderungen auf, die die „psychotherapeutische Ergebnisforschung“ mindestens zu erfüllen habe, um als gültig gewertet zu werden, nämlich

- Effektivität und Effizienz einer Therapie sollte dort untersucht werden, wo sie durchgeführt wird, nämlich in den Praxen und nicht „in Laborexperimenten“.
- Therapie sollte *so* untersucht werden, wie sie durchgeführt wird, also in der ganzen Variabilität ihrer therapiebedingten Prozesse, nicht „in der Einengung einer in Manualen festgelegten Interaktionssequenz“.
- Erfassungsmethoden und Messinstrumente sollten der Eigenart und der theoretischen Konzeption des jeweiligen Therapieverfahrens gerecht werden.

Diese Forderungen lassen sich am besten in Feldstudien unter realen Therapiebedingungen erfüllen. Die Wirkung von Theraplay wurde in zwei Feldstudien unter Praxisbedingungen (*effectiveness*) und unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten (*efficiency*) evaluiert.

Feldstudien haben gegenüber Laborexperimenten jedoch Vor- und Nachteile: Der wesentliche *Vorteil* von Feldstudien ist die Datenerhebung in der therapeutischen

Alltagssituation, die es ermöglicht, das Verhalten von Kindern und deren interpersonale Interaktion mit ihren Eltern und Therapeut/innen unter realistischen Verhältnissen zu beobachten. Diese sind nach Asendorpf (1996, S. 116-117) dadurch gekennzeichnet, dass die Therapie

- an Orten durchgeführt wird, an denen sie regelmäßig stattfindet (in Ambulanz oder Praxis),
- zu Tageszeiten, an denen sie üblicherweise durchgeführt wird (übliche Praxisöffnungszeit),
- mit einer Sitzungsdauer, die den üblichen Regeln entspricht (30 - 45 Minuten/Sitzung),
- mit einer Therapiedauer, die der üblichen oder verordneten Anzahl Sitzungen entspricht,
- mit Personen, denen die Therapie nach eingehender Diagnostik verordnet wurde,
- durch Therapeut/innen, die für diese Therapie ausgebildet und darin geübt sind.

Die Therapiesituation und das Verhalten von Kind, Eltern und Therapeut/in ist damit als real anzunehmen. Das Kind kennt seine Therapeut/in, das (Therapie-)Spielzimmer und das Praxisumfeld. Es ist nach der Anfangszeit mit dem Ablauf einer Therapiesitzung vertraut, weiß seine Bezugsperson in beruhigender Nähe und kann sich, wenn die Vertrauensbasis zwischen Kind und Therapeut/in erst einmal aufgebaut ist, sicher fühlen. Es weiß nicht, dass es während der Therapie zugleich Objekt einer systematischen Forschung ist und bleibt deshalb unbefangen. Nur die Bezugsperson, die vorher der Teilnahme des Kindes an der Forschung schriftlich zugestimmt hat, weiß Bescheid.

Der wesentliche *Nachteil* von Feldstudien ist die Datenerhebung unter in jeder Klinik oder Praxis anderen Therapiesituationen, deren unterschiedlicher Einflüsse auf die Ergebnisse nicht kontrolliert werden kann. Die Erhebungsbedingungen sind real, aber nicht vergleichbar, weil sie nicht wie im Laborexperiment gleich bleiben oder nur systematisch variiert werden.

**Bedeutsamkeit einer klinisch bedeutsamen Verhaltensänderung.** Percevic, Bauer & Kordy (2004) stört der unkritische Umgang mit dem Konzept der *klinisch bedeutsamen Veränderung* und die unkritische Verwendung dieses Begriffs wie auch eine oft pauschale Ablehnung statistischer Kriterien zu dessen Validierung. Nach Percevic et al. lässt sich aus der klinischen Begründung des Zielbereiches und der Operationalisierung klinisch bedeutsamer Veränderung ersehen, „welche klinische Bedeutung die klinisch bedeutsame Veränderung“ haben soll. Sie verstehen unter einer klinisch bedeutsamen Veränderung eine „reliable Verbesserung“ des Befundes bei „Erreichen eines therapeutischen Zielbereiches“. Die klinisch bedeutsame Veränderung ist also „ein operationales, aber kein statistisches Konzept“. Die Wahl des Zielbereiches und dessen therapiebedingtes Erreichen ist aus *statistischer* Sicht arbiträr, d.h. willkürlich, nach Ermessen oder durch Konvention festgelegt.

Percevic et al. (a.a.O.) untersuchten 1995-2000 die *Validität klinisch bedeutsamer Veränderung* im Rahmen der Qualitätssicherung der Klinik für Psychosomatik, Psychotherapie und Naturheilverfahren in Scheidegg/Allgäu an einer Stichprobe mit 1.665 Patient/innen und 1996 an einer bundesweiten Bevölkerungsstichprobe mit 2.145 Personen. Der Zielbereich wurde nach klinischen Gesichtspunkten ausgewählt und für die klinisch bedeutsame Veränderung, deren Spezifität und Sensitivität wurden Raten festgelegt. Die Studie zeigt den Einfluss des „operationalisierten Zielbereiches“ auf die Rate der klinisch bedeutsamen Veränderung (erwachsener) Klienten sowie Sensitivität, Spezifität und Kriteriumsvalidität des Suizidgedankens, der Arbeitsunfähigkeit und des Wunsches nach Weiterbehandlung. Das Ergebnis dieser Studie ist deshalb nur eingeschränkt auf eine therapiebedingt klinisch bedeutsame Veränderung des Verhaltens von Kindern übertragbar, liefert aber wertvolle Hinweise für die Diskussion des diesbezüglichen Veränderungsbegriffs.

**Statistischen Signifikanz von Symptomveränderungen.** Nach dem Brockhaus für Psychologie (2001, S. 557) ist *Statistische Signifikanz* in der Inferenzstatistik die Prüfung der Unterschiede zwischen Kennwerten einer Stichprobe einerseits und deren theoretischer Verteilung in der Population andererseits. Die Abweichung empirischer Ergebnisse von den theoretischen Werten gilt als signifikant, d. h. als bedeutsam und nicht als zufällig, wenn sie einer wahrscheinlichkeitstheoretischen Prüfung standhält.

Mit der Festlegung eines Signifikanzniveaus, z. B.  $p < .001$ , wird angegeben, wie groß die Wahrscheinlichkeit eines Irrtums für die Entscheidung ist, die Nullhypothese und damit die Annahme zu verwerfen, dass ein gemessener Unterschied nur zufällig ist. Die statistische Signifikanz wird jedoch auch von der Größe der Stichprobe beeinflusst. Große Stichproben führen selbst bei kleinen Effekten zu deutlichen, aber nicht zu bedeutsamen Ergebnissen. Deshalb wird erst dann von praktisch bedeutsamer Signifikanz der Ergebnisse gesprochen, wenn die statistisch signifikanten Sachverhalte auch klinisch praxisrelevante Bedeutsamkeit erreichen. In den beiden Feldstudien wird deshalb neben der statistischen Signifikanz der therapiebedingten Veränderung der Symptome von einem Erhebungszeitpunkt zum nächsten auch die Effektgröße als Ausdruck der klinischen Bedeutsamkeit der Veränderung errechnet.

**Berechnung der Effektgröße von Symptomveränderungen.** Das wichtigste Maß zur Bestimmung der praktischen Bedeutsamkeit eines therapeutischen Effekts ist die Effektgröße bzw. Effektstärke. Allerdings wäre es nach Jacobs (1997, 1999) zu streng, zu erwarten, dass ein therapeutischer Effekt nur dann praktisch bedeutsam sei, wenn psychisch gestörte kindliche Patient/innen nach der Therapie nicht mehr von klinisch gesunden Kindern

zu unterscheiden wären. Ein solcher Effekt ist praktisch nicht zu erwarten. Trotzdem hat es Sinn festzustellen, ob bei jeweils gegebener spezifischer Ausgangssymptomatik der mit Theraplay erzielte therapeutische Effekt unbedeutend, klein, mittel oder groß ist. Die gebräuchliche Formel zur Berechnung der Effektgröße  $d$  lautet:

$$d = \frac{|M_A - M_B|}{\sqrt{(s_A^2 + s_B^2)/2}}$$

Bei Anwendung dieser Formel auf Symptomveränderungen bedeutet A=Beginn und B=Ende der Therapie.

Diese Formel schätzt die Effektgröße auf Basis der Kennwertestreuung, da die Populationsparameter für Patient/innen-Stichproben kaum bekannt sind. Als Streuungsmaß wird die Standardabweichung ( $s$ ) zugrunde gelegt. Nach Jacobs (a.a.O.) ist noch strittig, welche Streuung  $s$  am besten gewählt werden sollte, die Streuung eines zweiten Messzeitpunktes bzw. einer Kontrollgruppe oder (nach Bortz & Döring, 1995, S. 569) die gemeinsame Streuung aus beiden Messzeitpunkten bzw. beiden Gruppen. In diesem Bericht wird die von Bortz & Döring vorgeschlagene gemeinsame Streuung gewählt und zwar im Sinne der Messung einer therapiebedingten Veränderung der Symptomatik für jede der Stichproben vom Beginn (A) bis zum Ende der Therapie (B) bzw. zur Messung der Nachhaltigkeit vom Ende der Therapie (A) bis zwei Jahre nach Abschluss der Therapie (B).

Für die Einschätzung kleiner, mittlerer bzw. großer Effektstärke gibt es wieder Vorschläge verschiedener Autoren. Die Effektstärke orientiert sich in dieser Arbeit am Vorschlag von Bortz & Döring (1995, S. 568, Tab. 46, Ziffer 1) für  $t$ -Tests mit unabhängigen Stichproben. Es gilt als

- kleine Effektgröße  $d \sim 0.20$ ,
- mittlere Effektgröße  $d \sim 0.50$ ,
- große Effektgröße  $d \sim 0.80$ .

Die Patient/innen der Multi-Center Studie (MCS) wurden vor Beginn der Therapie mit der deutschen Version des Psychopathologischen Befund-Systems (CASCAP-D) nach dem Schweregrad ihrer Symptomatik dimensional klinisch eingeschätzt: Alle Patient/innen mit schwerer Symptomausprägung (MCS-S) wurden mit 4, alle mit deutlicher (MCS-D) mit 3, alle mit leichter (MCS-L) mit 2 und alle klinisch unauffälligen mit 1 skaliert. Dadurch fehlt es innerhalb der jeweiligen Substichprobe zum Zeitpunkt des Therapiebeginns an der für parametrische Inferenzstatistik notwendigen Varianz ( $s = 0.0$ ). Deshalb kann die Effektgröße für die nach dem Schweregrad der Symptomatik differenzierten Substichproben der MCS nicht nach dieser Formel berechnet werden. Es würden sich bei  $s_A=0.0$  überhöhte

Effektgrößen ergeben. Die praktisch bedeutsame Verringerung der Symptome lässt sich für die nach Schweregrad differenzierten MCS-Substichproben jedoch deskriptiv aus den Mittelwertunterschieden und der statistischen Signifikanz der Veränderung entnehmen.

### 3.2.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben

**Kennzeichnung der Stichproben und Substichproben.** Um die Ergebnisse der verschiedenen Stichproben (UKG, LSS und MCS) und der nach Schweregrad der Symptomatik (MCS-S, MCS-D, MCS-L) bzw. nach dem Geschlecht (MCS-M, MCS-J) differenzierten Substichproben der MCS schneller unterscheiden zu können, werden diese nachfolgend in Tabellen und Abbildungen nicht nur benannt, sondern auch durch folgende Symbole markiert:

Kennzeichnung der Stichproben:

- ▲ UKG: Klinisch unauffällige Kinder der Kontrollgruppe (matched sample),
- LSS: Patient/innen der Längsschnittstudie (Durchschnitt der Netto-Stichprobe),
- MCS: Patient/innen der Multi-Center-Studie (Durchschnitt der Netto-Stichprobe),

Kennzeichnung der Substichproben der MCS:

- MCS-S: Patient/innen der MCS-Stichprobe mit *schwerer* Symptomatik,
- MCS-D: Patient/innen der MCS-Stichprobe mit *deutlicher* Symptomatik,
- MCS-L: Patient/innen der MCS-Stichprobe mit *leichter* Symptomatik,
- ◇ MCS-M: *Mädchen* der MCS-Stichprobe (Durchschnitt),
- ◇ MCS-J: *Jungen* der MCS-Stichprobe (Durchschnitt).

**Art der Stichproben.** Die in unterschiedlichen therapeutischen Institutionen angefallenen Patient/innen-Stichproben der beiden Feldstudien unterscheiden sich in ihrer Art: Die Klein- und Vorschulkinder der Längsschnittstudie (LSS) hatten eine duale Diagnose von Sprach- und Verhaltensstörungen, die der Multi-Center-Studie (MCS) hatten, abhängig von der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung der teilnehmenden Institutionen, unterschiedliche Diagnosen. Allen Patient/innen der LSS und MCS gemeinsam waren jedoch schwer, deutlich oder leicht ausgeprägte Symptome eines gestörten Sozialverhaltens.

**Vergleiche zwischen Therapiegruppen und Kontrollgruppen.** Die mit Theraplay behandelten Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) sollten ursprünglich mit drei Kontrollgruppen verglichen werden. Die Vergleiche hatten unterschiedliche Ziele:

→Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe klinisch unauffälliger Kinder (UKG)



- sollte als Index des typischen Verhaltens „normaler“ Kinder dienen,
- der Vergleich mit einer Wartezeitkontrollgruppe (WKG) der LSS-Patient/innen sollte die erwartbaren Verhaltensänderungen nicht behandelter Patient/innen im Verlauf einer 16wöchigen Kontrollzeit zeigen,
- der Vergleich mit einer Logopädiekontrollgruppe (LKG) sprachgestörter, mit Logopädie behandelter Patient/innen sollte die Wirkung von Logopädie mit der von Theraplay vergleichen.

Die Klein- und Vorschulkinder der Kontrollgruppen entsprachen in Alter und Geschlecht der Struktur der angefallenen Therapiegruppe der LSS (matched sample). Vergleiche der Therapiegruppe (LSS) mit der Wartezeitkontrollgruppe (WKG) bzw. mit der Logopädiegruppe (LKG) werden hier aus unterschiedlichen Gründen nicht berichtet: Anamnese, soziodemografische Daten und psychopathologischer Befund der WKG wurden abweichend von der Untersuchungsplanung nicht zu Beginn der Wartezeit, sondern erst an deren Ende im Rahmen der üblichen Eingangsdiagnostik erhoben. Dadurch wurde der beabsichtigte Vergleich der altersabhängigen Symptomveränderung noch nicht behandelter Patient/innen mit der Symptomverringerung der mit Theraplay Patient/innen unmöglich gemacht. Für die Logopädie-Kontrollgruppe (LKG) wurden Patient/innen ausgewählt, die in Alter und Geschlecht mit der Stichprobe der LSS-Patient/innen vergleichbar waren und denen wegen ihrer Sprachprobleme Logopädie verordnet worden war. Sie erwiesen sich jedoch in ihrem sozialen Verhalten als nicht vergleichbar, weil sie weniger Verhaltensstörungen hatten. Deshalb wurde die Erhebung nach 20 Fällen abgebrochen.

**Größe der Stichproben.** Die anfänglichen Brutto-Stichproben reduzierten sich aufgrund von Absagen vor Beginn der Therapie, Abbrüchen während der Therapie sowie unpassenden Zielgruppenmerkmalen vom Beginn der Wartezeit über die Therapiedauer auf folgende Nettostichproben bzw. wegen Fehlens bei der Nacherhebung zwei Jahre nach der Behandlung mit Theraplay auf eine reduzierte Katamnese-Stichprobe:

Größe der Nettostichproben:

- ▲UKG:  $N= 30$  klinisch unauffällige Kinder der Kontrollgruppe,
- LSS:  $N= 60$  sprach- und verhaltensgestörte Patient/innen der Längsschnittstudie,
- MCS:  $N=333$  klinisch verhaltensgestörte Patient/innen der Multi-Center-Studie

Größe der Katamnesestichprobe:

- LSS:  $N= 42$  Patient/innen, die mit Theraplay behandelt worden waren (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Größe der Brutto-, Netto- und Katamnese-Stichproben der beiden Feldstudien, Multi-Center-Studie (MCS) und Längsschnittstudie (LSS) mit Kontrollgruppen.**

	Klinische Stichproben				Stichproben der Kontrollgruppen					
	Patienten Gruppe ■MCS		Patienten Gruppe ●LSS		Wartezeit Kontrollgr. _WKG		Logopädie Kontrollgr. LKG		Unauffällig-Kontrollgr. ▲UKG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Brutto-Stichproben</b>	<b>370</b>	<b>111.1</b>	<b>69</b>	<b>113.3</b>	<b>38</b>	<b>126.7</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Absagen vor Therapiebeginn</b>	0	0.0	4	6.7	Kontrollgruppe WKG wurde nach der Kontrollzeit therapiert		Kontrollgruppe LKG hatte keine Abbrüche oder Ausfälle	Kontrollgruppe UKG erhielt keine Therapie		
<b>Abbrüche während Therapie</b>	nicht erfasst		4	6.7						
<b>Ausfälle wegen Abweichungen</b>										
→ im Alter jünger als 2 ½ Jahre	14	4.2	0	0.0						
→ im Alter älter als 7 Jahre	21	6.3	0	0.0						
→ Therapiedauer > 60 Monate	1	0.3	0	0.0						
→ Therapiedauer nicht erfasst	1	0.3	0	0.0						
<b>Netto-Stichproben</b>	<b>333</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>20</b>	<b>Abbr.</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Ausfälle bis zur Nacherhebung</b>	In der MCS war keine Nach-erhebung möglich						Kontrollgruppe LKG wurde abgebrochen		Kontrollgruppe UKG keine Nacherhebungen	
Familie unbekannt verzogen			9	15.0	4	13.3				
Familie in ferne Orte verzogen			6	10.0	4	13.3				
Nacherhebung verweigert			2	3.3	0	0.0				
Kind inzw. chronisch erkrankt			1	1.7	0	0.0				
<b>Katamnese-Stichproben</b>			<b>42</b>	<b>70.0</b>	<b>22</b>	<b>73.3</b>				

Anmerkungen: MCS = Patientenstichprobe der Multi-Center-Studie (9 verschiedene Institutionen); LSS = Patientenstichprobe der kontrollierten Längsschnittstudie; WKG = Wartezeitkontrollgruppe; LKG = Logopädie-Kontrollgruppe; UKG = Kontrollgruppe klinisch unauffälliger Kinder (LSS matched).

**Auswahl der Stichproben:** Die Stichprobe der kontrollierten *Längsschnittstudie* (LSS) fiel durch ärztliche Überweisung zur Behandlung mit Theraplay an. Diese Patient/innen wurden nach Zufall abwechselnd zwei Therapiegruppen (TG1 bzw. TG2) zugewiesen. Für die Patient/innen der Therapiegruppe TG1 begann die Behandlung mit Theraplay sofort, für die der Therapiegruppe TG2 begann sie, wie schon erwähnt, nach einer 16-wöchigen Wartezeit. Die Stichprobe der *Multi-Center-Studie* (MCS) fiel in neun therapeutischen Institutionen ebenfalls durch Kinder an, denen Theraplay verordnet wurde. Die Überweisung zur Behandlung mit Theraplay erfolgte entweder durch Fachärzte der teilnehmenden therapeutischen Institutionen oder durch niedergelassene Kinderärzte und Kinderärztinnen. Die Stichprobe der Kontrollgruppe der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) wurde erst nach der Eingangsdiagnostik der Patient/innen der Längsschnittstudie (LSS), quotiert nach den Merkmalen Geschlecht und Lebensalter, unter Kindergartenkindern oder deren Geschwistern im Rhein-Neckar-Gebiet ausgewählt (matched sample). Ziel war eine größtmögliche Übereinstimmung zwischen den Stichproben der LSS und der UKG in diesen Merkmalen.

**Aufteilung in Substichproben:** Die Nettostichprobe der MCS war mit  $N=333$  Fällen groß genug, um sie nach dem Schweregrad der Kernsymptomatik in symptomsspezifische Substichproben mit schwerer (MCS-S), deutlicher (MCS-D) oder leichter (MCS-L) Symptomatik und nach dem Geschlecht in Mädchen (MCS-M) und Jungen (MCS-J) aufzuteilen. Diese Substichproben waren jedoch je nach Symptomatik unterschiedlich groß (vgl. Tabelle 3).

Die Nettostichprobe der LSS war mit  $N=60$  Fällen zwar groß genug und aufgrund der dualen Symptomatik hinreichend vielfältig, um daraus symptomsspezifische Substichproben zu ziehen, aber sie war nicht groß genug zur Differenzierung nach schwerer, deutlicher oder leichter Ausprägung der jeweiligen Symptomatik. Die Netto-Stichproben und die symptomsspezifischen Substichproben wurden mit der Kontrollstichprobe der klinisch unauffälligen Klein- und Vorschulkinder (UKG) verglichen (vgl. Tabelle 3).

**Auswahl der Substichproben:** Alle Patient/innen der beiden Feldstudien (LSS und MCS) hatten eine multiple Diagnose. Alle hatten Störungen des Sozialverhaltens. Aus den jeweiligen Netto-Stichproben wurden sechs symptomsspezifische Substichproben gezogen und an diesen die Effektivität, Nachhaltigkeit und Effizienz von Theraplay evaluiert (vgl. Tab. 3).

**Tabelle 3: Art und Größe der Substichproben zur Evaluation der Wirkung von Theraplay.**

Stichproben und Substichproben	▲ UKG		● LSS		MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS											
					■ MCS		▣ MCS-S		▢ MCS-D		□ MCS-L		◇ MCS-M		◆ MCS-J	
Anzahl der Fälle in %	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Netto-Stichproben</b>	30	100	60	100	333	100	MCS-Nettostichprobe aufgeteilt nach Schweregrad				106	32	227	68		
<b>Art der Substichproben</b>																
<b>Verhaltensstörungen</b>	Mfd.		Mfd.		Mfd.								Mfd.		Mfd.	
opposition. verweigernd	3	10	23	38	186	56	73	22	63	19	50	15	49	46	137	60
scheu, sozial ängstlich	7	23	22	37	167	50	54	16	66	20	47	14	60	57	107	47
autistoid, Mangel an G.	0	0	14	23	67	20	19	6	27	8	21	6	26	25	41	18
<b>Aufmerksamkeitsdefizite</b>	7	23	50	83	250	75	103	31	94	28	53	16	74	70	176	78
mit Hyperaktivität/ADHS	3	10	24	40	127	38	71	21	37	11	19	6	29	27	98	43
ohne Hyperaktivität/ADS	4	13	26	43	123	37	32	10	57	17	34	10	45	42	78	34
<b>Sprachentwicklungstörg.</b>	Mfd.		Mfd.		Mfd.								Mfd.		Mfd.	
rezeptive Sprachstörung	0	0	52	87	223	67	83	25	84	25	56	17	72	68	151	67

Anmerkungen: Aufgliederung der Gesamtstichprobe der Multi-Center-Studie (MCS) in Patient/innen mit symptomsspezifisch schwerer (MCS-S), deutlicher (MCS-D) bzw. leichter (MCS-L) Ausprägung und symptomsspezifisch nach dem Geschlecht in Mädchen (MCS-M) und Jungen (MCS-J). Mfd.=Auswahl des Symptoms aus Mehrfachdiagnosen.

**Vergleich der Patientenstichproben (LSS, MCS) mit der Kontrollgruppe (UKG).**

Alle Kinder der Patientenstichproben (LSS bzw. MCS) hatten klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten. Oft hatten sie mehr als zwei Diagnosen gleichzeitig (vgl. Mehrfachdiagnosen in Tabelle 3). Auch in der Kontrollgruppe der 30 klinisch unauffälligen Klein- und Vorschulkinder (UKG), die nach Alter und Geschlecht mit der Patientengruppe der LSS vergleichbar waren (matched sample), gab es einzelne Kinder mit leichten Verhaltensauffälligkeiten.

**Symptomspezifische Stichproben.** Aufgrund der Mehrfachdiagnosen (Mfd.) konnten unterschiedliche symptomspezifische Stichproben aus den gleichen Netto-Stichproben (LSS, MCS) gezogen werden. Die symptomspezifischen Stichproben dürfen nicht addiert werden, denn manche Patient/innen sind in mehreren symptomspezifischen Stichproben enthalten.

**Absolute und relative Größe der Stichproben.** Die *absolute* Größe der Stichproben ist, wenn sie groß genug ist, relevant für die Berechnung der statistischen Signifikanz der therapiebedingten Veränderungen der Kinder. Die *relative* Größe der Stichproben (in %) ermöglicht Vergleiche zwischen unterschiedlich großen symptomspezifischen Stichproben. In Tabelle 3 werden die unterschiedlich großen Patientenstichproben der LSS ( $N=60$ ) und MCS ( $N=333$ ) differenziert nach Symptomgruppen in absoluter und relativer Größe dargestellt.

**Häufigkeit oppositionell verweigernden bzw. scheuen Sozialverhaltens.** Der Anteil oppositionell verweigernder bzw. scheuer, also verhaltensauffälliger Patient/innen war in der MCS-Stichprobe jeweils deutlich größer als in der LSS-Stichprobe: 38% der Patient/innen der LSS-Stichprobe und 56% der Patient/innen der MCS-Stichprobe zeigten anfangs ein klinisch bedeutsames oppositionell verweigerndes Verhalten. Allerdings hatten auch drei klinisch unauffällige Kontrollkinder (UKG) ein leicht oppositionell verweigerndes Verhalten, jedoch in einer Ausprägung, die noch keine Therapie erforderte. Bei 37% der Patient/innen der LSS-Stichprobe sowie 50% der Patient/innen der MCS-Stichprobe wurde ein klinisch bedeutsames scheues Verhalten diagnostiziert. Sieben der 30 klinisch unauffälligen Kontrollkinder zeigten ebenfalls ein leicht scheues Verhalten, das jedoch noch nicht therapiert werden musste (vgl. Tabelle 3).

**Häufigkeit autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit.** Die Kinder mit auffälligem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit wurden in der symptomspezifischen Diagnostik als autistoid eingeschätzt. Jeweils etwa ein Fünftel beider Patientenstichproben, nämlich 23% der LSS und 20% der MCS, zeigten autistoides Verhalten. Jedoch wurden nur neun der 14 als autistoid eingeschätzten Kinder der LSS mit der Diagnose eines

frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom) bzw. einer autistischen Psychopathie (Asperger-Syndrom) zur Behandlung überwiesen. Über den Anteil der Autismus-Diagnosen der autistoiden Patient/innen der MCS wurde aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht keine Information gegeben. Keines der Kontrollkinder (UKG) zeigte einen autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (vgl. Tabelle 3).

**Häufigkeit unaufmerksamen Verhaltens bei Aufmerksamkeitsdefiziten mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS).** 83% der Patient/innen der LSS und 75% der Patient/innen der MCS hatten bei Einweisung klinisch bedeutsame Aufmerksamkeitsdefizite, in der MCS jeweils etwa zur Hälfte in Koinzidenz mit Hyperaktivität (ADHS:  $N=127$ ) und zur anderen Hälfte ohne Hyperaktivität (ADS:  $N=123$ ). Kinder mit ADHS hatten etwa doppelt so häufig schwere Aufmerksamkeitsdefizite (MCS-S: =21% von 127) wie Kinder mit ADS (MCS-S: 10% von 123). Sieben der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) zeigten ebenfalls leichte Aufmerksamkeitsstörungen, drei davon verbunden mit Hyperaktivität (vgl. Tabelle 3).

**Häufigkeit rezeptiver Sprachstörungen.** Tabelle 3 zeigt, dass 87% der Patient/innen der LSS und 67% der Patient/innen der MCS Sprachverständnisstörungen (rezeptive Sprachstörungen) hatten. Viele dieser Patient/innen konnten Sprache nicht wirklich verstehen. Sie versuchten meistens, ihre Gesprächspartner durch Interpretation von Schlüsselwörtern sowie aus Mimik, Gestik und Körpersprache zu verstehen. Der hohe Anteil an sprachverständnisgestörten Kindern in den Patient/innenstichproben erklärt möglicherweise den hohen Anteil an Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten: 83% der LSS-Stichprobe bzw. 75% der MCS-Stichprobe. (Zum möglichen Zusammenhang zwischen rezeptiven Sprach- und Aufmerksamkeitsstörungen vgl. Kapitel 3.3.5.7). Die Hälfte der Kinder der MCS zeigte entweder eine schwere oder eine deutliche rezeptive Sprachstörung. *Keines* der Kinder der klinisch unauffälligen Kontrollgruppe (UKG) hatte rezeptive Sprachstörungen.

Über Kinder mit Artikulations-, expressiven und anderen Sprach- und Sprechstörungen (Mehrfachdiagnosen) wird in dieser Arbeit nicht berichtet, aber es wird auf den Zusammenhang zwischen rezeptiven und expressiven Sprachstörungen eingegangen. (Zum Zusammenhang von rezeptiven und expressiven Sprachstörungen vgl. Kapitel 3.3.5.7).

**Geschlechtsstruktur der Nettostichproben und der symptomspezifischen Substichproben.** Der Anteil an Mädchen und Jungen ist in den Netto-Stichproben der Kontrollgruppe klinisch unauffälliger Kinder (UKG) und in den beiden Patientenstichproben (LSS, MCS) mit einer Relation von durchschnittlich 70% Jungen und 30% Mädchen ( $\pm 2\%$ )

weitgehend ähnlich. Von dieser Verteilung weichen die symptomspezifischen Substichproben zum Teil deutlich ab (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4: Anteile an Mädchen und Jungen in den symptomspezifischen Substichproben.**

Art der Substichproben	▲ UKG		● LSS		■ MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS											
					■ MCS		■ MCS-S		■ MCS-D		□ MCS-L		◇ MCS-M		◇ MCS-J	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Netto-Stichproben</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>333</b>	<b>100</b>							<b>106</b>	<b>32</b>	<b>227</b>	<b>68</b>
davon → Mädchen	9	30	17	28	106	32	<b>MCS-Nettostichprobe auf-</b>						106	100		
davon → Jungen	21	70	43	72	227	68	<b>geteilt nach Schweregrad</b>						227=100			
<b>Verhaltensstörungen</b>	Mfd.		Mfd.		Mfd.								Mfd.		Mfd.	
opposition. verweigernd	3	10	23	38	186	56	73	39	63	34	50	27				
davon → Mädchen	.		6	26	49	26	13	26	21	43	15	31	49	46		
davon → Jungen	.		17	74	137	74	60	44	42	31	35	25			137	60
scheu, sozial ängstlich	7	23	22	37	167	50	54	32	66	40	47	28				
davon → Mädchen	.		8	36	60	36	21	35	24	40	15	25	60	57		
davon → Jungen	..		14	64	107	64	33	31	42	39	32	30			107	47
autistoid, Mangel an G.	0	0	14	23	67	20	19	28	27	40	21	31				
davon → Mädchen	.		2	14	26	39	6	23	11	42	9	35	26	25		
davon → Jungen	.		12	86	41	61	13	32	16	39	12	29			41	18
<b>Aufmerksamkeitsdefizit</b>	7	23	50	83	250	75	103	41	94	38	53	21	74	70	176	78
mit Hyperaktivität/ADHS	3	10	24	40	127	38	71	56	37	29	19	15				
davon → Mädchen	.		5	21	29	23	19	66	7	24	3	10	29	27		
davon → Jungen	.		19	79	98	77	52	53	30	31	16	16			98	43
ohne Hyperaktivität/ADS	4	13	26	43	123	37	32	26	57	46	34	28				
davon → Mädchen	.		8	31	45	37	9	20	20	44	16	36	45	42		
davon → Jungen	.		18	69	78	63	23	29	37	48	18	23			78	34
<b>Sprachentwicklungstör</b>			Mfd.		Mfd.								Mfd.		Mfd.	
rezeptive Sprachstörung	0	0	52	87	223	67	83	37	84	38	56	25				
davon → Mädchen	.		14	27	72	32	25	35	28	39	19	26	72	68		
davon → Jungen	.		38	73	151	68	58	38	56	37	37	25			151	67
Erklärung der Abkürzungen der Stichproben und Substichproben in Tabelle 3. Mfd=Mehrfachdiagnose																

Die Anteile oppositionell verweigernder (56%) und scheuer Kinder (50%) sind in der MCS-Stichprobe deutlich höher als in der LSS-Stichprobe mit 38% oppositionell verweigernden und 37% scheuen Kindern, was sich möglicherweise aus dem hohen Anteil allein erziehender Mütter in der MCS-Stichprobe erklären lässt. In beiden Stichproben (LSS und MCS) ist jedoch, bezogen auf die jeweilige Symptomatik, die geschlechtsspezifische Relation gleich. In beiden Studien weichen unter den oppositionell verweigernden Patient/innen 74% Jungen überproportional und 26% Mädchen unterproportional, dagegen unter den scheuen Patient/innen 64% Jungen unterproportional und 36% Mädchen

überproportional vom erwarteten Durchschnitt 70% zu 30% ab. Jungen scheinen also relativ häufiger oppositionell verweigernd, dagegen Mädchen relativ eher scheu zu sein. Das Bild verstärkt sich noch, wenn die Schwere der Symptomatik berücksichtigt wird: In der MCS-Stichprobe der oppositionell verweigernden Kinder haben 44% der Jungen schwere, weitere 31% der Jungen deutliche, dagegen nur 26% der Mädchen schwere, aber 43% deutliche Symptome. Unter den scheuen Kindern ist die Verschiebung hin zu schwerer Symptomatik nicht so eindeutig, zeigt aber die Tendenz, dass Mädchen bei einem durchschnittlichen Anteil von 30% etwas häufiger schwere (35%) oder deutliche (40%) Symptome von Scheu zeigen als Jungen (vgl. Tabelle 4).

Eine ähnliche Tendenz zeigen die geschlechtsspezifischen Verteilungen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten: Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS) weichen überproportional vom erwarteten Anteil von 70% ab (LSS: 79% Jungen; MCS: 77%), jedoch haben 66% der Mädchen und 53% der Jungen mit ADHS eine schwere Symptomausprägung. Dagegen weichen beim einfachen Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) die Mädchen leicht überproportional (LSS: 31% Mädchen; MCS: 37%) vom Durchschnitt (30%) ab. Bei einfachen Aufmerksamkeitsstörungen (ADS) ist der Anteil der Kinder mit schwerer Symptomausprägung deutlich geringer; aber immerhin haben 44% der Mädchen und 48% der Jungen deutliche ADS-Symptome (vgl. Tabelle 4).

Bei autistoidem Verhalten mit mangelnder sozialer Gegenseitigkeit zeigt sich eine starke geschlechtsspezifische Abweichung zwischen den beiden Studien: In der LSS-Stichprobe mit 14 Fällen haben 86% der Jungen und nur 14% der Mädchen diese Symptomatik, was wegen der kleinen Stichprobe zufallsbedingt sein kann. In der MCS-Stichprobe haben 67 von 333 Kindern (20%) ein autistoides Verhalten, davon 61% der Jungen und 39% der Mädchen (vgl. Tabelle 4).

Bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen gibt es symptomatische Unterschiede: Jungen haben verglichen mit ihrem Anteil in der MCS-Stichprobe überproportional häufig Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität (ADHS), Mädchen dagegen überproportional häufig Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (ADS).

Bei rezeptiven Sprachstörungen gibt es keine Abweichungen. Die Relationen zwischen Jungen und Mädchen entsprechen der Verteilung in der MCS-Nettostichprobe.

**Altersstruktur der Stichproben.** Die Klein- und Vorschulkinder aller Nettostichproben (UKG, LSS, MCS) waren beim Erstkontakt zwischen 2;6 und 6;11 Jahre alt. Jüngere bzw. ältere Kinder wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, desgleichen ein geistig

behindertes Kind mit mehr als 60 Therapiesitzungen und ein Kind, für das die Therapiedauer nicht angegeben werden konnte (vgl. Tabelle 2). Ausgangsstichproben für die weitere Betrachtung sind also 30 klinisch unauffällige Kinder der Kontrollgruppe (UKG), 60 Patient/innen der Längsschnittstudie (LSS) und 333 Patient/innen der Multi-Center Studie (MCS) bzw. die Substichproben der MCS-Nettostichprobe mit schwerer, deutlicher oder leichter Symptomatik bzw. Mädchen und Jungen (vgl. Tabelle 5).

**Tabelle 5: Durchschnittliches Lebensalter in Jahren;Monaten (J;M ± Standardabweichung) der Patient/innen Mädchen und Jungen der verschiedenen Substichproben**

Art der Substichproben	▲ UKG		● LSS		Netto-Stichprobe und Substichproben der MCS								
					■ MCS	▣ MCS-S	▣ MCS-D	□ MCS-L	◇ MCS-M	◇ MCS-J			
Netto-Stichproben: Anzahl der Fälle in %	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%
	30	100	60	100	333	100				106	32	227	68
→ Lebensalter	J;M ±s		J;M ±s		J;M ±s		J;M ±s	J;M ±s	J;M ±s	J;M ±s		J;M ±s	
<b>Substichprobe gesamt</b>	4;6±1;3		4;4±1;3		4;7±1;2		<b>MCS-Nettostichprobe aufgeteilt nach Schweregrad der jeweilig. Symptomatik</b>			4;7±1;2		4;7±1;2	
davon →Mädchen	4;4±1;3		4;2±1;5		4;7±1;2								
→Jungen	4;7±1;4		4;5±1;2		4;7±1;2								
<b>Verhaltensstörungen</b>													
opposition. Verweigernd	.		4;5±1;4		4;7±1;2		4;6±1;2 4;8±1;2 4;7±1;2						
davon → Mädchen	.		4;9±1;7		4;8±1;1		.			4;8±1;1			
→ Jungen	.		4;4±1;4		4;7±1;2		.					4;7±1;2	
scheu, sozial ängstlich	.		4;0±1;1		4;5±1;1		4;5±1;1 4;4±1;1 4;7±1;2						
davon → Mädchen	.		3;3±0;8		4;5±1;1		.			4;5±1;1			
→ Jungen	.		4;4±1;0		4;5±1;1		.					4;5±1;1	
autistoid, Mangel an G.	.		4;0±1;3		4;4±1;2		4;3±1;2 4;4±1;2 4;4±1;3						
davon → Mädchen	.		4;6±1;6		4;5±1;2		.			4;5±1;2			
→ Jungen	.		3;9±1;3		4;3±1;2		.					4;3±1;2	
<b>Aufmerksamkeitsdefizit</b>													
mit Hyperaktivität/ADHS	.		4;4±1;4		4;7±1;2		4;4±1;2 4;9±1;3 4;8±1;3						
davon → Mädchen	.		3;8±1;2		4;6±1;1		.			4;6±1;1			
→ Jungen	.		4;6±1;5		4;7±1;3		.					4;7±1;3	
ohne Hyperaktivität/ADS	.		4;1±1;0		4;5±1;1		4;5±0;9 4;3±1;0 4;7±1;2						
davon → Mädchen	.		4;0±0;9		4;6±1;0		.			4;6±1;0			
→ Jungen	.		4;2±1;0		4;4±1;1		.					4;4±1;1	
<b>Sprachentwicklungstör</b>													
rezeptive Sprachstörung	.		4;3±1;3		4;4±1;1		4;2±1;1 4;4±1;1 4;7±1;2						
davon → Mädchen	.		4;3±1;6		4;5±1;2		.			4;5±1;2			
→ Jungen	.		4;4±1;2		4;3±1;2		.					4;3±1;2	

Erklärung der Abkürzungen der Stichproben und Substichproben in Tabelle 3. J;M = Jahre;Monate

Im Durchschnitt waren die Kinder beim Erstkontakt zwischen 4 und 4 ½ Jahre alt. In einzelnen Substichproben waren sie etwas jünger oder etwas älter. Beispielsweise waren unter



den Patient/innen der LSS die scheuen Mädchen mit 3;3 (3 Jahren; 3 Monaten), die Mädchen mit ADHS mit 3;8 Jahren und die Jungen mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit mit 3;9 Jahren alt, also durchschnittlich etwas jünger als die Kinder der meisten anderen Stichproben. Dagegen waren in beiden Patientenstichproben (LSS, MCS) die Mädchen mit oppositionell verweigerndem Verhalten mit 4;9 bzw. 4;8 Jahren und aus der MCS-Stichprobe auch oppositionell verweigernde Jungen mit 4;7 Jahren sowie die Jungen mit ADHS mit 4;7 Jahren etwas älter. (vgl. Tabelle 5).

Die Patient/innen der MCS-Stichprobe mit schweren rezeptiven Sprachstörungen waren beim Erstkontakt durchschnittlich 4;2 Jahre und die mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit durchschnittlich 4;3 Jahre alt. Sie wurden dem Arzt etwas früher vorgestellt als die Kinder mit leichter Symptomatik dieser Störungen. Vergleichsweise am ältesten waren Kinder mit leichter bzw. deutlicher ADHS (4;8 – 4;9 Jahre), bevor sie zur Diagnostik vorgestellt wurden (vgl. Tabelle 5).

**Entwicklungsstand der Kinder.** In der Beschreibung von Theraplay (vgl. Kapitel 1) wurde schon darauf hingewiesen, dass sich die Behandlung nicht am Lebensalter, sondern am *Entwicklungsalter* der Patient/innen orientiert. Der Entwicklungsstand wurde bei LSS-Patient/innen mit nonverbalen Subtests des *Wiener Entwicklungstests* (WET: Kastner & Deimann, 1998) vom Beginn der Wartezeit (Zeitpunkt  $t_0$ ) bis zwei Jahre nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) wiederholt und bei den gleichaltrigen, klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) vor Beginn der 16wöchigen Kontrollzeit (Zeitpunkt  $t_1$ ) gemessen. Nachfolgend wird der *Entwicklungsstand* der Patient/innen der verschiedenen symptom-spezifischen Substichproben der LSS vor Therapiebeginn (Zeitpunkt  $t_1$ ) mit dem der klinisch unauffälligen Kinder gleichen Alters (ebenfalls Zeitpunkt  $t_1$ ) in alters-normierten C-Werten verglichen (vgl. Tabelle 6).

Die Kinder der LSS waren vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ) in ihrem Entwicklungsstand (LSS: Spannweite der Mittelwerte  $M_C=0.9-4.9$ ) weit hinter der Entwicklung der gleichaltrigen, klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG:  $M_C=5.0-6.7$ ) zurückgeblieben. Das galt ganz besonders für den sozial-emotionalen (LSS:  $M_C=0.9-1.6$ ) und ähnlich auch für den kognitiven Entwicklungsrückstand der LSS-Patient/innen (LSS:  $M_C=0.9-3.1$ ). Lediglich in den Lernaufgaben zur Prüfung des Zahlengedächtnisses (LSS:  $M_C=2.1-2.9$ ) und des allgemeinen Gedächtnisses ( $M_C=3.8-4.8$ ) zeigten die verhaltensauffälligen, oppositionell verweigernden bzw. scheuen Klein- und Vorschulkinder sowie die Patient/innen mit ADHS einen etwas fortgeschritteneren Entwicklungsstand. Sie näherten sich aber auch in

den Gedächtnisleistungen dem für ihr Lebensalter zu erwartenden Entwicklungsstand nur wenig an, blieben aber letztlich gegenüber den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG:  $M_c=6.4$  für Zahlengedächtnis bzw.  $M_c=5.5$  für allgemeines Gedächtnis) immer noch weit zurück. Die Standardabweichung war bei den symptomspezifisch unterschiedlichen Patientengruppen der LSS deutlich höher (LSS von  $\pm 1.1$  bis  $\pm 3.0$  C-Werte) als bei den gleichaltrigen, klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG: von  $\pm 1.3$  bis  $\pm 2.3$  C-Werte). Das weist auf eine breite Varianz der Entwicklungsalter der LSS-Patient/innen hin (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Vergleich des Entwicklungsstandes der Patient/innen der LSS bei Therapiebeginn  $t_1$  mit dem der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) bei Erhebungsbeginn  $t_1$**

Entwicklungsmerkmale	Visu- motorik	Visuelle Wahr- nehmg.	Zahlen- Gedächt nis n.T.	Allgem. Gedächt nis n.T.	dito 20 Min. später	Kopnitiv. Ent- wicklung	Sozial- emotion. Entwickl
Mittelwert $\pm$ Standardabw	$M_c \pm s$	$M_c \pm s$	$M_c \pm s$	$M_c \pm s$	$M_c \pm s$	$M_c \pm s$	$M_c \pm s$
<b>Klinisch unauffällige Kontrollkinder (UKG)</b>	6.7 $\pm$ 1.3	6.6 $\pm$ 2.3	6.4 $\pm$ 2.0	5.5 $\pm$ 1.7	5.0 $\pm$ 2.1	6.1 $\pm$ 1.5	6.0 $\pm$ 1.6
<b>Klinisch auffällige Patient/innen (LSS-Substichproben nach Symptomatik)</b>							
<b><u>Verhaltensstörungen</u></b>							
opposition. verweigernd scheu, sozial ängstlich	2.9 $\pm$ 2.5 2.6 $\pm$ 2,5	3.1 $\pm$ 2.4 3.0 $\pm$ 2.9	2.9 $\pm$ 2.8 2.1 $\pm$ 2.4	3.8 $\pm$ 2.9 3.8 $\pm$ 2.2	4.2 $\pm$ 2.4 4.3 $\pm$ 2.8	2.4 $\pm$ 2.7 0.9 $\pm$ 1,8	1.5 $\pm$ 1.8 0.9 $\pm$ 1.1
autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	( <sup>a</sup> )	( <sup>a</sup> )	( <sup>a</sup> )	( <sup>a</sup> )	( <sup>a</sup> )	( <sup>a</sup> )	( <sup>a</sup> )
<b><u>Aufmerksamkeitsdefizit</u></b>							
mit Hyperaktivität/ADHS ohne Hyperaktivität/ADS	2.9 $\pm$ 2.7 2.7 $\pm$ 2.4	3.5 $\pm$ 2.9 2.6 $\pm$ 3.2	4.9 $\pm$ 2.7 3.8 $\pm$ 2.4	4.8 $\pm$ 2.9 2.6 $\pm$ 2.3	4.0 $\pm$ 2.8 3.2 $\pm$ 2.6	3.1 $\pm$ 3.0 1.2 $\pm$ 2.2	1.6 $\pm$ 2.1 1.3 $\pm$ 1.7
<b><u>Sprachentwicklungsstör</u></b>							
rezeptive Sprachstörung	2.6 $\pm$ 2.3	2.7 $\pm$ 2.6	4.2 $\pm$ 2.6	3.4 $\pm$ 2.6	3.6 $\pm$ 2.6	1.3 $\pm$ 2.0	1.4 $\pm$ 2.1
Anmerkungen: Summenscores der nonverbalen Subtests des Wiener Entwicklungstests (WET), umgerechnet in altersnormierte C-Werte. Mittelwerte ( $M_c$ ) $\pm$ Standardabweichungen (s) ( <sup>a</sup> ) Nur 2 der 14 Patient/innen der LSS mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit konnten zum Zeitpunkt $t_1$ nonverbale Aufgaben des Wiener Entwicklungstests (WET) bearbeiten. Die Daten der autistoiden Stichprobe sind deshalb nicht aussagefähig und werden ausgeklammert.							

**Soziale Struktur der Stichproben.** Für jedes Kind, das an dem Forschungsprojekt teilnahm, und für dessen Familie wurde eine Vielzahl von soziodemografischen Merkmalen erhoben (vgl. im Anhang die Erhebungsbogen EB 12/13 (für LSS) und FB 1, Teil 1 (für MCS) zur Erfassung der soziodemografischen Merkmale):

→ Familienstand des Kindes, ob es ehelich oder ob es nicht ehelich, aber leiblich war oder ob es nichtleiblich, z. B. ein Adoptiv- oder Pflegekind war,

- Familienstand der Mutter, ob sie verheiratet war oder unverheiratet mit einem Partner zusammenlebte, getrennt lebte, geschieden oder ledig war,
- Erziehung des Kindes, ob es allein oder mit einem Partner gemeinsam erzogen wurde,
- Stellung des Kindes in der Familie, ob es ein Einzelkind war oder Geschwister hatte, und wenn es Geschwister hatte, wie viele es waren, ob Schwestern oder Brüder, ob sie aus der gleichen oder aus verschiedenen Ehen oder Verbindungen der Mutter stammten,
- Stellung des Kindes in der Geschwisterreihenfolge, ob es das älteste oder jüngste Kind war,
- Geburtsland des Kindes, ob es in Deutschland oder in einem anderen Land geboren wurde,
- Muttersprache des Kindes, ob es Deutsch oder eine andere Sprache als Muttersprache hatte,
- ein-, zwei- oder mehrsprachige Erziehung des Kindes,
- Kindergartenbesuch, ob das Kind noch nicht oder schon in den Kindergarten ging oder ob es schon die Schule besuchte.

In den Substichproben der LSS wurden darüber hinaus Daten zum Familienstand, zum Herkunftsland und zur Muttersprache der Elternteile, zu deren Bildungshintergrund, Schulabschluss und Religionszugehörigkeit sowie zu außergewöhnlichen Ereignissen in der Familie und im Leben des Kindes erhoben (vgl. Erhebungsbogen EB 12/13 im Anhang).

Die ungleich großen Stichproben werden wieder in relativen Werten (%) miteinander verglichen. Maßstab ist die Kontrollgruppe der 30 klinisch unauffälligen Kinder (UKG): In dieser Stichprobe gab es nur 3% allein erziehende Mütter bzw. 3% nicht eheliche Kinder. Aber immerhin ein Fünftel der Kinder dieser Kontrollgruppe wurde zweisprachig erzogen, was auf einen Migrantenhintergrund hindeutet. Ähnlich war die Patientengruppe der LSS strukturiert: 5% der 60 Mütter waren allein erziehende Mütter, 8% der Kinder waren nicht ehelich, aber 16% der 60 Kinder wurden zweisprachig erzogen. Die Patientengruppe der MCS weicht davon deutlich ab: 18% der 333 Mütter waren allein erziehende Mütter, 16% der Kinder waren nicht ehelich und ebenfalls 16% der Kinder wurden zweisprachig erzogen. Diese Anteile sind unter den Jungen höher als unter den Mädchen: 20% allein erziehende Mütter der Jungen (MCS-J), 17% nicht eheliche und 15% zweisprachig erzogene Jungen, aber nur 13% allein erziehende Mütter der Mädchen (MCS-M), 14% nicht eheliche, jedoch 18% zweisprachig erzogene Mädchen (vgl. Tabelle 7).

Der Anteil allein erziehender Mütter ist bei oppositionell verweigernden Patient/innen der MCS- deutlich höher (24%) als in der LSS-Stichprobe (9%) oder in der klinisch

unauffälligen Kontrollgruppe (UKG = 3%). Besonders groß ist der Anteil allein erziehender Mütter oppositionell verweigernder Jungen (MCS-J = 26%) und Mädchen (MCS-M = 20%), der Patient/innen mit schwerer (MCS-S = 27%) und leichter Symptomatik (MCS-L = 29%). Ähnlich, aber nicht ganz so groß sind die Anteile der nicht ehelichen Kinder (vgl. Tabelle 7).

Eine ähnliche Tendenz zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil allein erziehender Mütter zeigt sich in der Stichprobe der scheuen Patient/innen der MCS, besonders in den Substichproben mit deutlicher (MCS-D = 20%) und mit schwerer Symptomausprägung (MCS-S = 24%) und der scheuen Jungen (MCS-J = 23%) (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7: Soziodemografische Auffälligkeiten in den Stichproben der LSS und MCS.**

Art der Substichproben	▲ UKG	● LSS	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS	■ MCS-S	□ MCS-D	□ MCS-L	◇ MCS-M	◇ MCS-J
			%	%	%	%	%	%
<b>Netto-Stichprobe</b>								
-alleinerziehende Mutter	3	5	18				13	20
-nichteheliches Kind	3	8	16	<b>MCS-Nettostichprobe aufgeteilt nach Schweregrad</b>			14	17
-zweisprachige Erziehg.	20	16	16				18	15
<b>Verhaltensstörungen</b>								
opposition. verweigernd								
-alleinerziehende Mutter	.	9	24	27	18	29	20	26
-nichteheliches Kind	.	4	21	23	16	26	21	21
-zweisprachige Erziehg.	.	14	17	15	18	10	19	13
scheu, sozial ängstlich								
-alleinerziehende Mutter	.	9	18	24	20	9	10	23
-nichteheliches Kind	.	9	16	17	17	14	15	17
-zweisprachige Erziehg.	.	10	16	13	17	17	20	13
autistoid, Mangel an G.								
-alleinerziehende Mutter	.	0	11	21	7	0	0	15
-nichteheliches Kind	.	7	9	11	4	15	12	8
-zweisprachige Erziehg.	.	7	21	21	25	14	31	15
<b>Aufmerksamkeitsdefizit</b>								
mit Hyperaktivität/ADHS								
-alleinerziehende Mutter	.	8	29	31	29	21	18	32
-nichteheliches Kind	.	8	23	25	17	26	18	24
-zweisprachige Erziehg.	.	17	13	10	22	11	14	13
ohne Hyperaktivität/ADS								
-alleinerziehende Mutter	.	12	13	30	11	13	11	13
-nichteheliches Kind	.	4	11	6	14	9	11	11
-zweisprachige Erziehg.	.	21	13	13	14	12	16	12
<b>Sprachentwicklungstör</b>								
rezeptive Sprachstörung								
-alleinerziehende Mutter	.	10	18	20	14	20	13	20
-nichteheliches Kind	.	6	15	16	13	11	15	13
-zweisprachige Erziehg.	.	16	16	19	17	11	17	16

Anmerkung: Erklärung der Abkürzungen der Stichproben und Substichproben in Tabelle 3.

In der MCS-Substichprobe der Patient/innen mit autistischem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit ist der Anteil von zweisprachig erzogenen Kindern groß (durchschnittlich MCS = 21%). Noch größer ist er bei autistischen Mädchen (MCS-M = 31%) und bei Patient/innen mit deutlicher Symptomatik (MCS-D = 25%).

Auffallend sind die unterschiedlichen Anteile allein erziehender Mütter bzw. nicht ehelicher Kinder in den Substichproben mit ADHS bzw. ADS: Bei den ADHS-Patient/innen waren 29% der Mütter allein erziehend, 23% hatten nicht eheliche Kinder. Bei den Jungen mit ADHS (MCS-J) waren 32% der Mütter allein erziehend. Bei den Kindern mit schwerer (MCS-S) bzw. deutlicher Symptomausprägung (MCS-D) waren 31% bzw. 29% der Mütter allein erziehend. Nicht ganz so hoch sind die Anteile nicht ehelicher Kinder. Bei den ADS-Patient/innen der MCS weicht nur unter den Kindern mit schweren Aufmerksamkeitsdefiziten der Anteil allein erziehender Mütter (MCS-S = 30%) vom Durchschnitt (MCS = 13%) ab. Erheblich abweichend ist unter den aufmerksamkeitsgestörten Patient/innen der LSS (ADS = 16%) der hohe Anteil von 21% zweisprachigen Kindern (vgl. Tabelle 7, Spalte 3).

In den Substichproben der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen aller drei Netto-Stichproben (UKG, LSS und MCS) fällt der Anteil von jeweils 16% zweisprachig erzogenen Kindern auf. Bei Kindern, die ohnehin unter Sprachverständnisstörungen leiden, kann eine zweisprachige Erziehung die altersgemäße Sprachentwicklung noch zusätzlich belasten. In der MCS-Stichprobe ist der Anteil allein erziehender Mütter rezeptiv sprachgestörter Kinder mit 18% deutlich höher als in der LSS-Stichprobe mit 10% und in der Kontrollgruppe der klinisch unauffälligen Kinder mit 3%. Darüber hinaus ist der Anteil allein erziehender Mütter bei Kindern der MCS-Stichprobe mit schwerer (MCS-S) und mit leichter Symptomatik (MCS-L) und bei Jungen (MCS-J) mit jeweils 20% leicht erhöht (vgl. Tabelle 7).

### **3.2.3 Informierte Zustimmung der Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder**

Die Eltern der zur Behandlung mit Theraplay überwiesenen Kinder, die zur Teilnahme an der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) eingeladen waren, wurden zunächst ausführlich über Theraplay informiert. Sie sahen beispielhafte Ausschnitte der Videoaufzeichnungen der Therapie anderer Kinder, die ähnliche Symptome wie ihr Kind hatten. Sie konnten Fragen stellen und bekamen von der Therapeutin alle gewünschten Auskünfte. Sie wurden informiert, dass sie und ihre Kinder als Teilnehmer der Forschung mit nennenswertem Zeitaufwand zu rechnen hätten, weil ihr Kind wiederholt diagnostiziert, sie

selbst zusammen mit ihrem Kind mehrfach beim Spielen beobachtet und sie wiederholt befragt werden würden. Ergänzend wurde den Eltern an typischen Videoausschnitten gezeigt, wie ihr Spiel mit ihren Kindern mit der Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (H-MIM: Ritterfeld & Franke, 1994) beobachtet werden würde. Nach dieser ausführlichen Information wurden die Eltern bzw. die allein erziehenden Bezugspersonen um die Teilnahme am Forschungsprojekt gebeten. Ihnen wurde zugesichert, dass die erhobenen Daten gemäß der therapeutischen Schweigepflicht anonymisiert und entsprechend den Richtlinien des Datenschutzgesetzes ausgewertet würden. Die Eltern bzw. Bezugspersonen, die sich zur Teilnahme in dem Forschungsprojekt bereit erklärten, bekamen eine von der verantwortlichen Therapeutin persönlich unterschriebene Zusicherung der Vertraulichkeit aller Daten und bestätigten ihrerseits auf einer Kopie ihre Zustimmung zur Teilnahme an der Forschung (vgl. Zustimmungserklärung im Anhang).

Die Eltern der Kinder der Multi-Center-Studie (MCS) wurden jeweils vom zuständigen Arzt oder den Therapeut/innen in der institutionsspezifischen Form über die Behandlung mit Theraplay und die Forschung informiert. Die Daten wurden mit Zustimmung der Eltern im Rahmen der klinischen Qualitätssicherung erhoben und anonymisiert zur Evaluation der Wirkung von Theraplay übermittelt.

### **3.2.4 Erhebungszeitraum, Erhebungszeitpunkte und Ausgangspunkt der Messung der Effektivität von Theraplay**

Im Jahre 1997 wurden zunächst Pilotstudien durchgeführt. Auf deren Basis wurde das Forschungsprojekt zur Evaluation der Wirkung von Theraplay geplant. Bis Anfang 1998 wurden mit Hilfe der praxiserfahrenen Theraplay-Therapeutin und -Supervisorin Ulrike Franke und der Methodenberatung durch Herrn Dr. rer. nat. Klaus Eckart Rogge, Abteilung Methodik des Psychologischen Instituts der Universität Heidelberg, Veränderungsvariablen definiert und als zu skalierende Items operationalisiert.

**Erhebungszeitraum.** Die Behandlung der indizierten Patient/innen wurde im Phoniatriisch Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg von April 1998 bis Januar 2006 durch die kontrollierte Längsschnittstudie (LSS) wissenschaftlich begleitet. Der Geltungsbereich der Längsschnittstudie ist also eingeschränkt auf den Zeitraum von 1998 bis Anfang 2006, auf die Behandlung *einer* spezifischen Patientenpopulation mit dualer Diagnose von Sprach- und Verhaltensstörungen, die durch *eine* Therapeutin behandelt wurde, aus *einem* regionalen

Einzugsgebiet, nämlich aus dem Rhein-Neckar-Raum. Die Ergebnisse der Längsschnittstudie konnten also nicht ohne eine überregionale Replikation für den deutschsprachigen Raum verallgemeinert werden. Deshalb wurde zur Replikation eine *Multi-Center Studie* (MCS) geplant, nachdem durch die bis Ende 1999 vorliegenden vorläufigen Ergebnisse der kontrollierten Längsschnittstudie zu erwarten war, dass mit dem methodischen Instrumentarium die Wirkung von Theraplay evaluiert werden könne. Diese Replikation wurde von Januar 2000 bis Dezember 2005 in einem Prä-Post-Untersuchungsansatz überregional in verschiedenen Orten in Deutschland und Österreich durchgeführt. Neun verschiedene therapeutische Institutionen erklärten sich bereit, im Rahmen der Qualitätssicherung diagnostische Daten zur Evaluation der Wirkung von Theraplay beizutragen, u.a. ein Behindertenzentrum in Dessau, eine Abteilung des Universitätsklinikums in Regensburg, ein Frühförderzentrum in Wien, eine pädiatrische Ambulanz in Heidelberg, ein Sozialzentrum in einem sozial belasteten Stadtteil von Konstanz, eine Praxis für psychologische Familienpsychotherapie in Wiesloch und niedergelassene Praxen für Logopädie in Bad Friedrichshall, Bochum und Usingen. Der Geltungsbereich der MCS erstreckt sich also auf den Zeitraum von 2000 bis 2005 und eine Vielzahl unterschiedlicher Patientenpopulationen, alle mit Verhaltensstörungen, behandelt von 14 verschiedenen, lizenzierten Theraplay-Therapeut/innen der teilnehmenden neun Institutionen überregional in Deutschland und Österreich. Die Ergebnisse der beiden Feldstudien können, soweit sie im Wesentlichen übereinstimmen, vermutlich für den deutschsprachigen Raum verallgemeinert werden.

**Erhebungszeitpunkte.** Bei den Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) wurden die Daten an folgenden Erhebungszeitpunkten erfasst:

$t_0$  = Beginn der Wartezeit (16 Wochen vor Beginn der Therapie),

$t_1$  = Ende der Wartezeit = vor Beginn der Behandlung mit Theraplay,

$t_6$  = Ende der Therapie (unmittelbar nach Ende der Behandlung mit Theraplay),

$t_7$  = Katamnese-Erhebungszeitpunkt: Folgestudie zwei Jahre nach Ende der Therapie.

(Anmerkung: Ursprünglich war geplant, auch an drei Erhebungszeitpunkten ( $t_2-t_5$ ) während des Therapieverlaufs Daten zu erheben. Die Bestimmung der Intervalle erwies sich jedoch wegen der nicht voraussehbaren Therapiedauer als nicht durchführbar. Deshalb wurden alle Therapiesitzungen auf Video protokolliert. Aus diesen je nach Patient/in unterschiedlich vielen Therapiesitzungen wurden nachträglich sieben Sitzungen systematisch in gleichen Intervallen ausgewählt. Diese sieben Therapiesitzungen wurden jeweils unabhängig voneinander von zwei geschulten Klinikern anhand der operationalisierten Veränderungsvariablen analysiert.)

Im Prä-Post-Untersuchungsansatz der Multi-Center-Studie (MCS) wurden die Daten nur an zwei Erhebungszeitpunkten erfasst:

$t_1$  = vor Beginn der Behandlung mit Theraplay,

$t_6$  = unmittelbar nach Ende der Behandlung mit Theraplay.

(Anmerkung: Das gilt entsprechend für die aus der Nettostichprobe der MCS je nach untersuchter Symptomatik ausgewählten Substichproben und deren Differenzierung nach dem Schweregrad der Symptomausprägung (MCS-S, MCS-D und MCS-L) bzw. nach dem Geschlecht (MCS-M und MCS-J).

Die Daten der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) wurden an zwei Erhebungszeitpunkten erfasst:

$t_1$  = am Beginn einer 16 Wochen dauernden Kontrollzeit,

$t_6$  = nach Ende der 16 Wochen dauernden Kontrollzeit.

(Anmerkung: Rund 72% der Kontrollgruppe der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) konnte nicht nur am Beginn (Zeitpunkt  $t_1$ ), sondern auch am Ende einer 16-wöchigen Kontrollzeit ( $t_6$ ) erneut in ihren Eltern-Kind-Interaktionen beobachtet und in den Veränderungsvariablen getestet werden. Die 16-wöchige Kontrollzeit entsprach der praxisbasiert mit durchschnittlich 16-20 Wochen erwarteten Therapiedauer der Patient/innen. Die übrigen Eltern der klinisch unauffälligen Kinder weigerten sich jedoch, am Ende der Kontrollzeit erneut an der Erhebung teilzunehmen, weil sie mit ihren gesunden Kindern den Zeitaufwand nicht noch einmal auf sich nehmen wollten. Deshalb werden zwar für den Vergleich mit den Therapieverläufen der Patient/innen die Anfangs- ( $t_1$ ) und auch die Schlussdaten ( $t_6$ ) der klinisch unauffälligen Kinder dargestellt, nicht jedoch die Schlussdaten der Häufigkeit und Ausprägung der Befunde möglicher Symptome, des Eltern-Kind-Interaktionsverhaltens und der wiederholten Befragung der Eltern. Die 72% der auch am Endzeitpunkt ( $t_6$ ) noch teilnehmenden Eltern-Kind-Dyaden zeigten, dass sich die klinisch unauffälligen Kontrollkinder in den meisten der untersuchten Kriterien in den rund vier Monaten der Kontrollzeit nicht signifikant veränderten hatten. Insoweit ist die ungewollte Beschränkung der Daten zwar ärgerlich, aber nicht Ursache einer wesentlichen Einbuße an wissenschaftlicher Erkenntnis.)

### **3.2.5 Unabhängige, abhängige und Moderatorvariablen**

In der psychologischen Forschung sind empirische Experimente unter kontrollierbaren Laborbedingungen häufiger und deshalb in ihrer Methodik vertrauter als Feldstudien mit Diagnostik und Intervention unter den unkontrollierbar variierenden Bedingungen der alltäglichen klinischen Situationen. Im Experiment wird üblicherweise das zu testende Kriterium systematisch variiert. Diese Varianten sind dann die unabhängigen Variablen. In der Therapieerfolgskontrolle unter klinischen Alltagsbedingungen geht es dagegen um die Wirkung der untersuchten Therapieform auf definierte Symptome oder Störungen.



**Unabhängige Variable** der Evaluation des Therapieerfolgs der Behandlung mit Theraplay sind folgende Symptome ausgewählter psychopathologischer Störungen:

1. Oppositionell verweigerndes Verhalten als externalisierende Variante
2. Scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten als internalisierende Variante  
beide als gegensätzliche Varianten von Störungen des Sozialverhaltens;
3. Autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit  
als ein maßgebliches Kernsymptom des Spektrums autistischer Störungen;
4. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS)
5. Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen ohne Hyperaktivität (ADS);
6. Rezeptive Sprachstörungen, als Kernsymptom von Sprachentwicklungsstörungen.

**Weitere unabhängige Variablen** sind die Erhebungszeitpunkte der längsschnittlich oder prä-post wiederholten Diagnose der Symptomausprägungen, also

- die Eingangsdagnostik vor Beginn der Therapie (Zeitpunkt  $t_1$ ),
- die Schlussdiagnostik nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_6$ ) und
- die Nachuntersuchung zwei Jahre nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ).

**Moderatorvariablen** sind Kriterien, die Stichproben in Substichproben trennen, damit Ergebnisse von Therapieerfolgskontrollen nicht fälschlich als bedeutungslos erscheinen, weil Elemente der Substichproben sich in ihrer Ausprägung gegenseitig kompensieren. Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wurden folgende Moderatorvariablen eingeführt:

- die Unterscheidung nach der Schwere der jeweiligen Symptomatik  
in schwere, deutliche bzw. leichte Symptomausprägungen
- die Unterscheidung nach dem Geschlecht in Mädchen und Jungen,
- die Unterscheidung nach dem Alter der Patient/innen beim Erstkontakt  
in Kinder, die jünger als 4 Jahre bzw. 4 Jahre und älter waren.

**Abhängige Variablen** sind eine Funktion der unabhängigen Variablen. In der Evaluation der Wirkung von Theraplay kennzeichnen sie den an den definierten unabhängigen Variablen kontrollierten Therapieerfolg und drücken sich zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt ( $t_1$ ,  $t_6$  und  $t_7$ ) in den Mittelwerten der gemessenen Symptomausprägung ( $M_1$ ,  $M_6$  und  $M_7$ ) und deren Standardabweichungen ( $s_1$ ,  $s_2$ ,  $s_3$ ) aus. Die therapiebedingte Veränderung der Symptomatik wird gemessen an der Differenz der Symptomausprägungen zwischen je zwei Erhebungszeitpunkten ( $D_{1-6}$ ,  $D_{6-7}$ ), deren Effektgröße ( $d_{1-6}$ ,  $d_{6-7}$ ) und durch die statistische Signifikanz der Symptomveränderung ( $p_{1-6}$ ,  $p_{6-7}$ ).

### 3.2.6 Erhebungsinstrumente

In der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) wurde ein vielfältiges Instrumentarium unterschiedlicher Erhebungsmethoden eingesetzt. Ein Teil davon wurde auch für die Erhebungen bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) eingesetzt. Für den Prä-Post-Untersuchungsansatz der Multi-Center-Studie (MCS) wurden die LSS-Erhebungsbogen EB 11 und EB 12 gekürzt und modifiziert als Fragebogen FB 1, Teil 1 und 2, zur Befragung der Bezugspersonen verwendet. Die Erhebungsbogen EB 18 und FB 2 wurden völlig identisch verwendet. Der LSS-Erhebungsbogen EB 35.0 zur Therapiedauer wurde für die MCS erweitert und zur Erfassung der Anwesenheit der Elternteile bei der Therapie und zur Beurteilung ihres Engagements verwendet.

**Tabelle 8: Übersicht über die in der LSS und MCS verwendeten Erhebungsinstrumente (EB, FB)**

Kennzeichnung		Beschreibung der verwendeten Erhebungsinstrumente			
▲UKG ●LSS EB Nr.	■MCS FB Nr.	Funktion der Erhebungsinstrumente	Anzahl Skalen (Fragen)	Diagnose / Erhebung durch	* Autor Nr (..)
<b>Erfassung der Personendaten des Kindes und der Familie</b>					
EB11▲	FB1,T.2	Anamnese der psychopathologischen Störung	1 (23)	Psychologe	*(1)
EB12▲	FB1,T.1	Soziodemografische Daten der Familie	- (17)	Psychologe	*(1)
<b>Wiederholte Diagnostik und Beurteilung des Kindes</b>					
EB14.1	-	Sprachentwicklungsstand des Kindes vorher	2 (2)	Logopädin	*(1)
EB14.2	-	Sprachentwicklungsstand des Kindes nachher	4 (3)	Logopädin	*(1)
EB18▲	FB 2	Psychopathologischer Befund (CASCAP-D)	52 (0)	Psychologin	*(2)
EB23	-	Sprachverständnistest (Pizzamiglio/Zollinger)	39 (0)	Logopädin	*(1)
EB24▲	-	Allgemein. Entwicklungsstand des Kindes (WET)	10Subtest	Psychologin	*(4)
<b>Wiederholte Diagnostik der Interaktion des Kindes</b>					
EB25▲	-	Beobachtung der Eltern-Kind Interaktion (H-MIM)	56 (8)	Therapeutin	*(5)
EB26.1	-	Beurteilung der Kind-Therapeut/in Interaktion	7x29 (3)	Therapeutin	*(1)
EB26.2	-	Videoauswertung d. Kind-Therapeut/in Interaktion	21x39 (3)	je 2 Kliniker	*(1)
<b>Wiederholte Befragung der Eltern bzw. Bezugsperson zu ihrem Kind</b>					
EB32▲	-	Elterliche Beurteilung des Verhaltens des Kindes	29 (1)	beide Eltern	*(1)
EB34	-	Elterliche Einschätzung der Veränderungen	22 (0)	beide Eltern	*(1)
<b>Therapiedauer</b>					
EB35.0	FB 3	Therapiedauer, Teilnahme der Eltern	4 (2)	Therapeutin	*(1)
EB(Nr.)▲ = Erhebungsbogen, die gleichartig für UKG- und LSS-Stichproben eingesetzt wurden. *(Nr.) = Autoren der Fragebogen, Skalen, Tests: (1) Herbert Wettig, Klaus Eckart Rogge & Ulrike Franke, 1997/1998, (2) CASCAP-D: Manfred Döpfner et al., 1999; (4) Der Wiener Entwicklungstest (WET): Ursula Kastner-Koller & Pia Deimann, 1998; (5) H-MIM: Ute Ritterfeld & Ulrike Franke, 1994					

Die Erhebungsinstrumente für die LSS-Stichprobe sind mit „EB“ und die für die MCS-Stichprobe mit „FB“ gekennzeichnet und entsprechend nummeriert. Soweit die EB-

Erhebungsbogen gleichartig für die Kontrollstichprobe der klinisch unauffälligen Kinder (UGK) verwendet wurden, sind sie in den Tabellen zusätzlich mit einem dreieckigen Symbol als EB<sup>▲</sup> gekennzeichnet (vgl. Tabellen 8 und 9).

Die in Tabelle 8 aufgelisteten Erhebungsbogen sind im Anhang verkleinert abgebildet. Deshalb kann auf eine ausführliche Beschreibung verzichtet werden. Es wird nur die jeweilige Funktion und Operationalisierung erläutert. Die Erläuterungen folgen der Reihenfolge in Tabelle 8. Über die in Tabelle 8 aufgelisteten Erhebungsinstrumente hinaus wurden weitere eingesetzt, deren Ergebnisse jedoch im Rahmen dieser Dissertation nicht berichtet werden, weil sie nach Meinung des Verfassers keinen oder keinen bedeutsamen Beitrag zur Evaluation der Wirkung von Theraplay leisten können. Sie werden jedoch am Ende dieses Kapitels nach den Erläuterungen der in Tabelle 8 aufgeführten Erhebungsbogen als „Erhebungsbogen, über die *nicht* berichtet wird“ aufgelistet (vgl. Tabelle 9).

**Erläuterungen zu EB 11<sup>▲</sup>, EB 12<sup>▲</sup> bzw. zu FB 1, Teil 1 und FB 1, Teil 2.** Für die Längsschnittstudie (LSS) wurden auf Basis der medizinischen und logopädischen Praxiserfahrungen des leitenden Arztes und der leitenden Logopädin des Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrums Erhebungsbogen zur Anamnese der Störungen der mit Theraplay zu behandelnden Kinder (EB 11) und zur Erfassung der soziodemografischen Daten der Kinder und deren Eltern sowie zu außergewöhnlichen Ereignissen im Leben des Kindes oder der Familie (EB 12/13) operationalisiert. Für die replizierende Multi-Center-Studie (MCS) wurden diese Erhebungsbogen z.T. verkürzt: Der Fragebogen FB 1, Teil 1 wurde zur Erhebung der soziodemografischen Daten des Kindes und seiner Eltern und Teil 2 zur Anamnese der Störung des Kindes eingesetzt (vgl. Abbildungen zu EB 11, EB 12 und FB 1, Teil 1 und 2 im Anhang).

**Erläuterungen zu EB 14.1 und EB 14.2 (Einschätzung des Sprachentwicklungsstandes).** Die Patient/innen der LSS wurden dem Facharzt eigentlich wegen ihrer Sprachprobleme vorgestellt. Sie mussten jedoch wegen ihrer schwierigen Therapierbarkeit vor Beginn der ihnen verordneten Logopädie zunächst mit Theraplay behandelt werden, um sie für die therapeutische Interaktion zugänglicher zu machen. Entsprechend wurde der *Sprachentwicklungsstand* in der Längsschnittstudie (LSS) vor und nach der Behandlung mit Theraplay eingeschätzt. Die Fragen und die 6-stufigen Skalen zum Sprachentwicklungsstand wurden 1997 in Zusammenarbeit mit Ulrike Franke (Praxiserfahrungen) und Dr. Klaus Eckart Rogge (Methodenwissen) operationalisiert (vgl. Abbildung 6).

<b>Widerstand des Kindes gegenüber der Therapeutin ist in dieser Situation ...</b>	
<b>nicht erkennbar</b>	<b>6 deutlich erkennbar</b>
1.....2.....3.....4.....5.....6	
<i>Bei dieser Einschätzung bin ich mir:</i>	
<i>gar nicht sicher</i>	<i>6 sehr sicher</i>
1.....2.....3.....4.....5.....6	
Keine Beurteilung möglich	
<input type="checkbox"/> weil nicht vorgekommen <input type="checkbox"/> weil nicht beobachtbar <input type="checkbox"/> weil: ..... [k.A.] <input type="checkbox"/>	

**Abbildung 6:** 6-stufige Skala zur Einschätzung des beobachteten Verhaltens und der eigenen Beurteilungssicherheit

In den Erhebungsbogen EB 14.1 und EB 14.2 beantworteten die diagnostizierenden Kliniker Fragen und skalierten Items zweifach: Zuerst wurden anhand vorgegebener Items die die Spontansprache und die beobachtete Verhaltensweise auf einer 6-stufigen Intervallskala beurteilt, danach wurde auf einer zweiten 6-stufigen Skala die Sicherheit eingeschätzt, mit der die Sprache, das Verhalten oder die Interaktion beurteilt werden konnten. In gleicher Weise wurden Items in einer Reihe weiterer, nachfolgend erläuterter Erhebungsbogen zweifach skaliert (vgl. Abbildung 6 und Abbildungen der EB 25, 26.2, 32, 34 und 35.0 im Anhang).

**Erläuterungen zu EB 18<sup>^</sup> bzw. FB 2 Psychopathologischer Befund: CASCAP-D.** Entwicklungsstörungen und Psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit werden in den Forschungskriterien und Leitlinien internationaler Klassifikationen psychischer Störungen wie DSM IV oder ICD-10, Kapitel V (F) in ihrer komplexen Symptomatik umschrieben. Eine entsprechend komplexe Diagnostik war für die wiederholte Erhebung in den beiden Feldstudien nicht durchführbar, weil die Symptomatik jedes Kindes bis zu siebenmal erhoben werden sollte. Deshalb wurde 1997 während der Untersuchungsplanung nach einem diagnostischen Verfahren mit angemessener Reduzierung der Komplexität auf die relevanten Kernsymptome jeder Störung und deren wichtigste Begleitsymptome sowie mit der Möglichkeit zur Einschätzung der dimensionalen Ausprägung jedes Symptoms gesucht. Das zu der Zeit in einer Anzahl Kinder- und Jugendpsychiatrien angewendete Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) in der von Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl & Steinhausen (1999) validierten deutschen Version der *Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology* schien dafür am besten geeignet zu sein. Dieses Befund-System erlaubte eine dimensionale Einschätzung von

96 Symptomen. Für die Anwendung in den beiden Feldstudien (LSS, MCS) wurde das Psychopathologische Befund-System von Döpfner et al. auf jene 52 Symptome reduziert, die hypothetisch bei den zu untersuchenden Patientengruppen zu erwarten waren, nämlich Kernsymptome und deren Begleitsymptome von Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefiziten und Sprachentwicklungsstörungen. Dagegen wurde auf die Erfassung der Symptome für Psychomotorik, körperliche Beschwerden, Zwangsstörungen, Essstörungen, Denk-, Wahrnehmungs-, Gedächtnis-, Orientierungs-, Bewusstseins- und abnorme Störungen verzichtet. Unter diesen 52 Symptomen waren auch noch einige, die bei den mit Theraplay behandelten Patient/innen nie diagnostiziert wurden. So wurde das Instrumentarium durch statistische Verfahren auf 40 Symptome beschränkt, mit denen sich die Störungen der Patientengruppen zufriedenstellend beschreiben ließen (vgl. EB 18 und FB 2 im Anhang). Die Skale des Psychopathologischen Befund-Systems CASCAP-D (Döpfner et al., 1999) differenziert die Ausprägung der Symptomatik über vier Skalenwerte:

- 1 = klinisch unauffällig,
- 2 = leichte Symptomatik,
- 3 = deutliche Symptomatik,
- 4 = schwere Symptomatik.

Die Ausprägung einer Symptomatik kann sich also maximal um drei Skalenwerte zwischen 1 und 4 verändern. Entsprechend sind auch Zwischenwerte klinisch bedeutsam.

**Erläuterungen zu EB 23 (Sprachverständnistest).** Das Sprachverständnis wurde bei den Patient/innen wiederholt vom Beginn der Wartezeit (Erhebungszeitpunkt  $t_0$ ) bis zwei Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay ( $t_7$ ) mit dem von Zollinger (1987, 1995) beschriebenen Diagnoseverfahren „Pizzamiglio“ (vgl. EB 23 im Anhang) erhoben, das von Baumgartner & Spescha (2004, S. 42) als zur logopädischen Diagnostik für Kinder geeignet beurteilt wurde. Das mit einem geringen Zeitaufwand anwendbare Verfahren hatte sich bereits über Jahre in der Praxis des Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrums zur Diagnose von Sprachverständnisstörungen (rezeptiven Sprachstörungen) bewährt. Dem zu beurteilenden Kind wurden beim Pizzamiglio-Test nach und nach insgesamt 39 Bildmotive in Form von jeweils zwei systematisch variierten Bildern vorgelegt, z.B. ein laufender Junge mit einem Hund, der in dem einen Bild *vor*, im anderen *hinter* dem Jungen rennt. Die Logopädin las zu jedem Bildmotiv einen standardisierten Satz vor, beispielsweise „Der Junge rennt dem Hund nach“. Das Kind musste nun entscheiden und auf das passende Bild weisen, das nach seinem Verständnis dem Satzinhalt entsprach, um zu zeigen, ob es den Satz richtig verstanden hatte. Recherchen in der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, in der "Pizzamiglio" als

Sprachtest zum Curriculum gehört, ergaben jedoch, dass der Test nicht altersnormiert ist. Dies wurde auf Nachfrage des Verfassers von Zollinger bestätigt (eMail vom 02.01.2006). Zum Zeitpunkt der Planung der Feldstudien im Jahre 1997 stand jedoch kein anderer nonverbaler, spezifischer Sprachverständnistest zur Verfügung.

**Erläuterungen zu EB 24<sup>▲</sup> (Wiener Entwicklungstest, WET).** Im theoretischen Teil wurde bereits begründet, warum in den Feldstudien auf Intelligenztests verzichtet wurde. Pilotstudien hatten ergeben, dass selbst nonverbale Intelligenztests, wie z.B. *Snijders-Omens nichtverbale Intelligenztestreihe (1975)*, wegen der rezeptiven Sprachstörungen der meisten Klein- und Vorschulkinder nicht zuverlässig durchgeführt werden konnten. In der Untersuchungsplanung wurde deshalb 1997 entschieden, stattdessen nonverbale Tests zur Messung des Entwicklungsstandes der Kinder einzusetzen. Dazu wurden die folgenden altersgerechten Untertests des Wiener Entwicklungstests (WET) ausgewählt und deren Rohwerte in altersnormierten C-Werten erfasst :

- Untertest 3 (Bilderlotto) zur Erfassung der visuellen Wahrnehmung,
- Untertest 5 (Schatzkästlein) zur Erfassung des Gedächtnisses des Kindes anhand der Erinnerung an die Positionierung bestimmter Objekte im Schatzkästlein, wiederholt erhoben unmittelbar nach dem Test, 20 Minuten später und nach mehreren weiteren Lerndurchgängen,
- Untertest 7 (Zahlen) zur Erfassung der Zahlengedächtnisspanne,
- Untertest 8 (Muster legen) und 12 (Gegensätze) zur kognitiven Entwicklung,
- Untertest 9 (Wörter erklären) und Untertest 4 (Puppenspiel) zur Sprache,
- Untertest 11 (Nachzeichnen) zur Erfassung der Visumotorik,
- Untertest 13 (Fotoalbum) zur sozialen und emotionalen Entwicklung des Kindes.

**Erläuterungen zu EB 25<sup>▲</sup> (Beobachtungsprotokoll der Eltern-Kind-Interaktion).** Das Interaktionsverhalten zwischen den verhaltensgestörten Klein- und Vorschulkindern und ihren Müttern bzw. Vätern wurde von Beginn der Wartezeit (Zeitpunkt  $t_0$ ) bis zwei Jahre nach der Behandlung mit Theraplay ( $t_7$ ) wiederholt systematisch mit der Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (H-MIM: Ritterfeld & Franke, 1994) beobachtet und im EB 25 protokolliert. Jedes Beobachtungsprotokoll erfasste zwei Datensätze: Die Protokollierung des beobachteten Interaktionsverhaltens der Eltern-Kind-Dyade in 21 Items und 18 operationlasierte Veränderungsvariablen in 40 Items. Zur Beobachtung des Eltern-Kind-Interaktionsverhaltens wurden den Eltern mit ihren Kindern fünf Spielaufgaben gestellt, je zwei zur Beobachtung der Emotionalität des interaktiven Verhaltens und zum Führungsverhalten des Elternteils bzw. der Reaktion des Kindes darauf sowie eine zur

Bewältigung von Stress. Für Mütter bestand die Stress-Aufgabe darin, ähnlich der von Mary Ainsworth (1964, 1973) beschriebenen Situation, jedoch ohne den Wechsel zu einer fremden Person, ohne Ankündigung den Raum für einige Minuten zu verlassen. Die bei der Trennung für Mutter und Kind entstehenden Stressreaktionen und die nach ihrer Rückkehr bei der Wiedervereinigung gezeigten Bindungsmuster des Kindes wurden in 11 Items protokolliert. Alle Items wurden zweifach skaliert: Eine Skalierung zur Einschätzung des beobachteten Verhaltens, die andere als Ausdruck der Sicherheit der Einschätzung, denn die vorgegebenen Beobachtungsparameter ließen sich nicht immer eindeutig erkennen (vgl. Abbildung 6 und Abbildung des Erhebungsbogens EB 25 im Anhang).

**Erläuterungen zu EB 26.1 und EB 26.2 (Soziales Interaktionsverhalten).** Der Erhebungsbogen EB 26.1 diente der Therapeutin zur Beurteilung des Interaktionsverhaltens in den Therapiesitzungen. Die Anzahl der so beurteilten Sitzungen war je nach Art der behandelten Störung und der Schwere der Symptomatik verschieden groß. Nach jeder Therapiesitzung wurde das Interaktionsverhalten des Kindes von der Therapeutin anhand von 40 Items in 18 Veränderungsvariablen beurteilt und im Erhebungsbogen EB 26.1 durch zweifache Skalierung jedes Items notiert. Aus der Vielzahl der so evaluierten Therapiesitzungen wurden in systematischen Intervallen sieben Sitzungen ausgewählt und zur Evaluation der Wirkung von Theraplay analysiert (vgl. Abbildung des EB 26.1 im Anhang).

Der Erhebungsbogen EB 26.2 diente ebenfalls zur Beurteilung des Interaktionsverhaltens zwischen Kind und Therapeut/in. Diesmal wurde das Interaktionsverhalten jedoch durch zwei unabhängige, geschulte Kliniker/innen beobachtet und evaluiert. Alle Therapiesitzungen wurden auf Video protokolliert. Aus der Vielzahl der Therapiesitzungen wurden für jedes Kind systematisch sieben ausgewählt und jede Sitzung in drei Sequenzen geteilt. Zur Evaluation der therapiebedingten Veränderung des Interaktionsverhaltens jedes mit Theraplay behandelten Kindes standen also  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen zur Verfügung, die die zwei geschulten Kliniker unabhängig voneinander beurteilten (vgl. 1. Sequenz des EB 26.2 im Anhang).

**Erläuterung zu den Veränderungsvariablen in EB 25, EB 26.1 und EB 26.2.** Das Instrumentarium zur Beurteilung des Interaktionsverhaltens zwischen Kind und Eltern (Beobachtungen der H-MIM, erfasst in EB 25) bzw. zwischen Kind und Therapeut/in (Therapiesitzungen, erfasst in EB 26.1. und EB 26.2) wurde 1997-98 vom Verfasser in Zusammenarbeit mit Dr. Klaus-Eckart Rogge, Fachbereich Methodik des Psychologischen Instituts der Universität Heidelberg, praxisbasiert operationalisiert. Grundlage dafür waren die

seit 1984 von Ulrike Franke mit Theraplay gesammelten Erfahrungen und die von ihr berichteten typischen Kennzeichen für therapiebedingte Symptomveränderungen. Zunächst wurden hypothetisch 11 Veränderungsvariablen in 42 Items operationalisiert. Statistische Analysen der Datenbasis ergaben letztlich 40 Items mit hinreichender Varianz der Merkmale, die 18 Veränderungsvariablen repräsentieren:

- (1) Aufmerksamkeit,
- (2) Verhaltensautonomie,
- (3) Selbstsicherheit,
- (4) Selbstsicherheit versus Schüchternheit,
- (5) Vertrauen in sich und andere,
- (6) Beziehungsverhalten,
- (7) Kontaktbereitschaft,
- (8) Emotionale Tönung/Stimmung,
- (9) Lust versus Unlust,
- (10) Angespanntheit versus Gelöstheit,
- (11) Erregung versus Beruhigung,
- (12) Frustrationstoleranz,
- (13) Wohlgefühl,
- (14) Akzeptanz von Fürsorge,
- (15) Empathie,
- (16) Motorik,
- (17) Mut und Risikobereitschaft,
- (18) Sprache und Sprechen.

**Erläuterungen zu EB 32<sup>A</sup> und EB 34 (Beurteilungen durch beide Elternteile).** Das Verhalten des Kindes in der Therapiesituation kann von seinem Verhalten in seinem gewohnten Umfeld zu Hause erheblich abweichen, ohne dass es vom Therapieforscher beobachtet werden kann. Deshalb wurden die Elternteile unabhängig voneinander vom Beginn der Wartezeit (Erhebungszeitpunkt  $t_0$ ) bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkt  $t_6$ ) wiederholt zum häuslichen Verhalten ihres Kindes befragt. Gegenstand waren 30 Fragen zu den oben genannten 18 Veränderungsvariablen und zusätzlich zu einigen typischen häuslichen Verhaltensaspekten. Die Antworten wurden wieder auf zweifache Weise in Intervallskalen (vgl. Abbildung 6) markiert: Erstens die elterliche



Einschätzung des Verhaltens ihres Kindes, zweitens die Skalierung, wie sicher sie das beurteilte Verhalten ihres Kindes einschätzen konnten (vgl. EB 32 im Anhang).

Darüber hinaus wurden die Eltern nach Abschluss der Behandlung ihres Kindes (Erhebungszeitpunkt  $t_6$ ) unabhängig voneinander zu den von ihnen beobachteten Verhaltensänderungen ihres Kindes befragt. Die Antworten auf 23 Fragen wurden von ihnen selbst wieder zweifach skalierend im Erhebungsbogen EB 34 notiert (vgl. EB 34 im Anhang).

**Skalierungsanleitung für Eltern.** Um den Eltern eine mögliche Unsicherheit im Umgang mit Skalen zu nehmen, wurden sie beim ersten Mal durch die betreuende Psychologin persönlich eingewiesen in die Art der Beurteilung von vorgegebenen Aspekten (Items) und in die Notation der subjektiven Einschätzung auf numerischen Skalen. Außerdem wurde auf der ersten Seite der Erhebungsbogen EB 32 und EB 34 eine schriftliche Anleitung gegeben (vgl. Abbildung 7).

**Anleitung zur Beantwortung der nachfolgenden Fragen**

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Feststellungen, mit denen Sie wesentliche Aspekte Ihres Kindes beurteilen können. Wir bitten Sie, **alle** aufgeführten Kriterien danach zu beurteilen, ob diese und gegebenenfalls in welcher Ausprägung diese auf Ihr Kind zutreffen könnten. Manchmal fällt es dabei schwer, ein Urteil zu finden. Versuchen Sie es trotz dieser Schwierigkeit; lassen Sie also bitte - wenn möglich - keine Feststellung aus. Um Ihnen die Möglichkeit zu geben, Ihr Urteil abzustufen bzw. abzuwägen, bitten wir Sie, die jeweils unter der Frage befindliche Skala zu benutzen, beispielsweise:

**Mein Kind ist zappelig**

**trifft nicht zu 1.....2.....3.....4.....5.....6 trifft völlig zu**

Erläuterung: Wenn das Kriterium „zappelig“, um das es hier geht, für Ihr Kind gar nicht zutrifft, so **umkringeln** Sie bitte die Ziffer 1. Trifft hingegen diese Feststellung für Ihr Kind zu, so **umkringeln** Sie bitte die Ziffer 6. Liegt Ihr Urteil zwischen diesen beiden Extremen, dann umkringeln Sie bitte eine der Ziffern zwischen 1 und 6, d.h. entweder die 2 oder die 3 oder die 4 oder die 5. Sie können also mit Hilfe der Skala Ihr Urteil abstufen. Bitte immer nur **eine** Ziffer pro Skala umkringeln.

Unter jeder Beurteilung haben Sie noch eine weitere Skala, auf der Sie angeben können, wie sicher Sie sich in Ihrer Einschätzung waren. Wir möchten Ihnen damit die Möglichkeit geben, auszudrücken, ob Sie dabei auch Zweifel hatten oder nicht. Solche Aspekte Ihrer Gefühle sollen nicht unberücksichtigt bleiben. Bitte benutzen Sie auch diese Skala, um die Sicherheit ihres Urteils abzustufen. Lassen Sie bitte keine Skala aus!

**Bei dieser Einschätzung bin ich mir**

**gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher**

Wenn Sie jedoch etwas überhaupt nicht zu beurteilen vermögen, dann begründen Sie das bitte nachfolgend:  
Keine Beurteilung möglich (ankreuzen)  weil: ..... [k. A.]

**Abbildung 7:**

Skalierungsanleitung für Eltern zur Beurteilung ihres Kindes und der eigenen Beurteilungssicherheit

**Erläuterungen zu EB 35.0 bzw. FB 3 (Therapiedauer).** In diesen Erhebungsbogen wurde nach Abschluss der Theraplay-Behandlung eines Kindes von den Therapeut/innen erfasst, wie viele Therapiesitzungen insgesamt durchgeführt wurden und an wie vielen dieser Sitzungen die Mutter bzw. der Vater oder beide beobachtend oder als Co-Therapeut/in teilgenommen hatten.

**Erhebungsinstrumente der LSS, deren Funktion hier *nicht* beschrieben wird.** Über die vorstehend beschriebenen Erhebungsinstrumente hinaus wurden in der kontrollierten Längsschnittstudie LSS weitere Erhebungsinstrumente eingesetzt, deren Operationalisierung und Funktion hier *nicht* beschrieben wird, weil die damit erfassten Ergebnisse in dieser Dissertation nicht berichtet werden (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Übersicht über Erhebungsinstrumente der LSS, die *nicht* beschrieben werden.**

Kennzeichnung		Beschreibung der verwendeten Erhebungsinstrumente			
▲UKG ●LSS EB Nr.	■MC S keine	Inhalt und Funktion des Erhebungsinstrumentes	Anzahl Skalen (Fragen)	Diagnose / Erhebung durch	* Autor (Jahr)
<b>Wiederholte Diagnostik und Beurteilung des Kindes</b>					
EB14.1 <sup>▲</sup>		Sprachentwicklungsstand des Kindes vorher	2 (2)	Logopädin	*(1)
EB14.2		Sprachentwicklungsstand des Kindes nachher	4 (3)	Logopädin	*(1)
EB21.1		Beurteilung der Spontansprache des Kindes	7 (0)	Logopädin	*(1)
EB22		Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)	5 Subtest	Psychologin	*(3)
EB31.1		Einschätzung der Kompetenzen des Kindes	9 (0)	Therapeutin	*(1)
<b>Wiederholte Diagnostik der Interaktion des Kindes</b>					
EB16		Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten	6 (2)	Therapeutin	*(1)
EB26.1		Beurteilung der Kind-Therapeutin Interaktion	7x39 (3)	Therapeutin	*(1)
<b>Wiederholte Befragung der Eltern bzw. Bezugsperson zu ihrem Kind</b>					
EB21.2		Elterliche Beurteilung der Spontansprache d. Kd.	7 (0)	Psychologin	*(1)
EB31.2 <sup>▲</sup>		Elterliche Einschätzung der Kompetenzen d. Kd.	13 (0)	Psychologin	*(1)
EB33 <sup>▲</sup>		Elterliche Einschätzung d. Eltern-Kind Beziehung nach Parent-Child Relationship Inventory, PCRI	78 (0)	Psychologin	*(6)
<b>Therapiedauer, Elternteilnahme, Therapieerfolg</b>					
EB35.0		Teilnahmhäufigkeit der Eltern an der Therapie	4 (2)	Therapeutin	*(1)
EB35.1		Therapieerfolg aus Sicht der Therapeutin	1 (0)	Therapeutin	*(1)
EB35.2		Therapieerfolg aus Sicht der Elternteile	1 (1)	Psychologin	*(1)
EB(Nr.) <sup>▲</sup> = Erhebungsbogen, die gleichartig für UKG- und LSS-Stichproben eingesetzt wurden. *(Nr.) = Autoren der Fragebogen, Skalen und Tests: (1) Herbert Wettig, Klaus Eckart Rogge & Ulrike Franke 1997/1998; (3) HSET: Grimm & Schöler, 1991; (6) PCRI: Antony B. Gerard (1994).					

### 3.2.7 Methoden der Datenprüfung, -aufbereitung und -auswertung

Eine wesentliche Voraussetzung für eine valide und reliable Datenauswertung ebenso wie für deren mögliche Replikation ist die Bereithaltung vollständiger und geprüfter empirischer Rohdaten und ihrer Auswertung für einen Zeitraum von 10 Jahren nach Abschluss der beiden Feldstudien. Das bedeutet Prüfung, Aufbereitung und Bereitstellung der Daten für die Auswertung und deren Archivierung für spätere Replikationen.

**Archivierung der Rohdaten und der Videoprotokolle für die Datenprüfung.** Alle Rohdaten, also alle anonymisierten Erhebungsbogen, zusammen rund 90 Ordner, sowie die Kassetten der Videoaufzeichnungen der mehrfach wiederholten Kind-Eltern-Interaktionen (H-MIM) ebenso wie die Videoprotokolle aller Therapiesitzungen der LSS sind aus Gründen des Patienten- und Datenschutzes getrennt von der Datenauswertung bei Ulrike Franke in Oftersheim archiviert. Alle ausgewerteten Daten einschließlich inferenzstatistischer Datenanalysen werden vom Verfasser für weitere Auswertungen getrennt von den Rohdaten 10 Jahre lang in Leonberg bereitgehalten.

Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen in den therapeutischen Institutionen der MCS stehen aus Gründen des Patientenschutzes nicht für Dritte zur Verfügung.

**Datenprüfung der Rohdaten.** Um die Vollständigkeit der erhobenen Daten und die Voraussetzungen für inferenzstatistische Analysen zu gewährleisten, wurden zunächst die Datensätze aller Kinder der Brutto-Patientenstichproben (LSS und MCS) und der Kontrollgruppen (UKG, WKG, LKG) vom Verfasser geprüft auf

- Vollständigkeit der Daten der Patient/innen der Bruttostichproben,
- Vollständigkeit der Beantwortung aller Fragen und Skalen,
- mögliche Dateneingabefehler der skalierten Items und der Antworten.

**Datenaufbereitung und Bereinigung der Bruttostichproben.** Die nach Zufall angefallenen Brutto-Patient/innenstichproben und die in Alter und Geschlecht vergleichbar ausgewählten Kontrollgruppen (matched sample) wurden systematisch reduziert um

- Fälle, die bei Eingangsdagnostik jünger oder älter als 30-84 Lebensmonate waren,
- einen Fall mit einer Therapiedauer von mehr als 60 Therapiesitzungen,
- einen Fall, in dem die Therapiedauer nicht erfasst werden konnte,
- Ausfälle wegen Absagen in der Wartezeit vor Beginn der Behandlung,
- Ausfälle wegen Abbrüchen im Verlauf der Behandlung,
- Ausfälle wegen Nichtwiederkommen zwei Jahre nach der Behandlung.

**Prüfung der bereinigten Daten auf statistische Voraussetzungen.**

- Prüfung auf Zufälligkeit der angefallenen Patient/innenstichproben,
- Prüfung auf Zufallszuweisung der Patient/innen zu Therapiegruppen,
- Prüfung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Kontrollgruppen,
- Erstellung von Probandenlisten mit allen zu überprüfenden Daten,
- Abgleichung mit Listen der anonymisierten Probandenkennzeichnungen,
- Prüfung auf Homogenität der Varianz relevanter Merkmale der Stichproben,
- Prüfung auf Normalverteilung der Daten,
- Prüfung auf invariante Items und innere Konsistenz der Skalen (Cronbachs  $\alpha$ ),
- Prüfung der Interrater-Reliabilität der beurteilten Therapieverläufe.

**Prüfung auf Homogenität der Varianz relevanter Merkmale der Stichproben.** Die Homogenität der Varianz der nach Zufall zwei Therapiegruppen (TG1, TG2) zugewiesenen Patient/innen der LSS wurde mittels *F*-Test, *t*-Test oder Chi-Quadrat-Test in den Merkmalen Geschlecht, Alter und Psychoathologischer Befund geprüft (vgl. Tabelle 10).

**Tabelle 10: Homogenität der Varianz der Merkmale der LSS-Therapiegruppen TG1 und TG2**

Relevante Merkmale	Kriterien	Kontroll-Gruppe	Therapie-Gruppen	Statistische Insignifikanz Therapiegruppen TG1 vs. TG2			
		▲ UKG N = 30	● LSS TG1+TG2 N = 60	FG	F-Wert t-Wert $\chi^2$ -Wert	Prob > F	
<b>Geschlecht</b>	Mädchen Jungen	in % in %	30.0 % 70.0 %	26.7 % 73.3 %	1	$\chi^2$ 0.000	Abw. n. s $p=1.000$
<b>Alter (Mittelwerte)</b>	Mittelwerte in Monaten	M=53.6	M=51.9	1	F=1.49 t=1.08	$p=.2925$ $p=.2839$	
<b>Pathologischer Befund:</b>	4-stufig						
unkooperativ	Mittelwert	M=1.1	M=2.5	1	F=0.05	$P=.8187$	
oppositionell-verweigernd	Mittelwert	M=1.1	M=1.8	1	F=0.05	$p=.8170$	
scheu, soz. zurückgezogen	Mittelwert	M=1.2	M=1.6	1	F=1.89	$p=.1749$	
unaufmerksam	Mittelwert	M=1.3	M=2.7	1	F=0.28	$p=.5982$	
spielgestört	Mittelwert	M=1.0	M=1.7	1	F=0.01	$p=.9075$	
rezeptiv sprachgestört	Mittelwert	M=1.0	M=2,8	1	F=1.27	$p=.2643$	

Anmerkungen: FG=Freiheitsgrade; F-, t-,  $\chi^2$ -Werte=Berechnungen der statistischen Signifikanz; Prob>F=Wahrscheinlich; Abw. n. s. = Abweichungen sind statistisch nicht signifikant,

Unterschiede zwischen den beiden zufallsgesteuerten Therapiegruppen TG1 und TG2 der LSS erwiesen sich als statistisch *nicht* signifikant (vgl. Tabelle 10, letzte Spalte). Die Patient/innen der MCS wurden ebenfalls nach Zufall in zwei Teilgruppen aufgeteilt und beide

Gruppen auf Homogenität der Varianz geprüft. Auch zwischen diesen beiden Teilgruppen gab es in den kontrollierten Merkmalen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

**Prüfung auf Normalverteilung der Daten.** Normalverteilung von Daten ist eine Voraussetzung für inferenzstatistische Operationen. Die Kurve der Normalverteilung ist absolut symmetrisch und uni-modal. Alle Werte der zentralen Tendenz wie arithmetische Mittel, Modalwert und Median haben den gleichen  $x$ -Wert  $M=0$ . Die Dispersion der Daten wird durch die Standardabweichung z.B.  $s=1$  und die Varianz der Daten  $s^2$  beschrieben. Die gesamte Fläche unter der Kurve wird durch  $\int_{-\infty}^{\infty} f(x) dx = 1$  normiert. Nach Geider (1995, 191) kann die Kurve der Normalverteilung „mal hochgezogen, mal breit auslaufend erscheinen, ohne dass sie ihren Charakter als Normalverteilung verliert“. Die Höhe der Kurve, d.h. die Dichte  $f(x)$  der Normalverteilung wird von der Wahrscheinlichkeit für jeden  $x$ -Wert bestimmt, wobei 68,26% der Fälle im Bereich der Standardabweichung von  $s = \pm 1$  um den Mittelwert  $M=0$  zu erwarten sind. Für Daten aus empirischen Erhebungen von Feldstudien mit einer großen Varianz von nicht kontrollierbaren Umfelfeinflüssen, mit vergleichsweise kleinen Stichprobengrößen oder mit nicht bevölkerungsrepräsentativen Stichproben, wie z.B. Patientenpopulationen, ist jedoch nur mit einer Annäherung an die Normalverteilung zu rechnen. Die Verteilungen können schief sein oder mehrere Kurvengipfel haben. Schätzungen auf die Grundgesamtheit der Patientenpopulationen sind meistens nicht möglich, weil ihre Größe wegen fehlender epidemiologischer Untersuchungen unbekannt sind. Die in den Feldstudien erhobenen Daten wurden auf Normalverteilung geprüft, um zu entscheiden, ob für die Inferenzstatistik parameterfreie Verfahren angewendet werden müssen.

**Prüfung auf invariante Items.** Die meisten der erhobenen Daten wurden 6-stufig skaliert. Da die Items 1997 *praxisbasiert* operationalisiert wurden, liegen keine Werte über die in der Population zu erwartende Varianz vor. So können Daten links- oder rechtsschief verteilt sein, d.h. entweder für nahezu alle oder für fast keine Patient/innen bzw. Kontrollkinder gelten. Alle 6-stufig skalierten Items wurden auf ihre Verteilung überprüft. Invariante Items wurden für die weitere Auswertung ausgeschlossen. Der psychopathologische Befund wurde mittels CASCAP-D 4-stufig dimensionalisiert. Invariante oder in den Patient/innen-Stichproben nie diagnostizierte Symptome wurden aufgrund statistischer Analysen ebenfalls ausgeschlossen. Mit den verbliebenen Items bzw. Symptomen mit hinreichender Varianz wurden weitere Prüfungen der Daten durchgeführt.

**Prüfung der Interrater-Reliabilität.** Alle Therapiesitzungen der LSS wurden von 1998 bis Anfang 2006 auf Videokassetten protokolliert. Aus der je nach Therapiedauer

unterschiedlichen Gesamtzahl der Therapiesitzungen jedes Kindes wurden systematisch sieben Sitzungen ausgewählt und deren Videoaufzeichnungen in drei Sequenzen unterteilt. So konnten für jedes Kind die therapiebedingten Veränderungen in  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen nach 18 Prozessvariablen ausgewertet werden (vgl. EB 26.1 und EB 26.2 in Kapitel 3.2.5).

Insgesamt wurden 10 klinische Auswerter/innen geschult, von denen jeweils zwei für jede Auswertung ausgewählt wurden. Sie werteten unabhängig voneinander die Videoprotokolle der Therapiesitzungen aus. Die Interrater-Reliabilität, d.h. die Übereinstimmung zwischen den zwei Auswerter/innen, wird in Tabelle 11 für Korrelationen  $r \geq 0.45$  mit grauen bzw.  $r < 0.45$  mit weißen Flächen dargestellt (vgl. Tabelle 11).

**Tabelle 11: Interrater-Reliabilität der Einschätzung von 18 Veränderungsvariablen**

Nr. Prozessvariablen	Krit.*	Sitzungen (S)						
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7
1 Aufmerksamkeit	Korrel Prob.	r=0.83 <.0001	r=0.81 <.0001	r=0.46 <.01	r=0.62 <.0001	r=0.52 <.001	r=.38 <.03	r=0.47 <.01
2 Verhaltensautonomie	Korrel Prob.	r=0.25 n.s.	r=0.60 <.0001	r=0.40 <.01	r=0.69 <.0001	r=0.59 0.0001	r=0.49 <.01	r=0.43 <.01
3 Selbstsicherheit	Korrel Prob.	r=0.65 <.0001	r=0.58 <.001	r=0.47 <.01	r=0.27 n.s.	r=0.49 <.01	r=0.63 <.0001	r=0.40 <.02
4 Selbstsicherheit vs.Scheu	Korrel Prob.	r=0.83 <.0001	r=0.64 <.0001	r=0.33 0.05	r=0.28 n.s.	r=0.38 <.03	r=0.48 <.01	r=0.45 <.01
5 Vertrauen in sich und andere	Korrel Prob.	r=0.64 <.01	r=0.58 <.01	r=0.14 n.s.	r=0.44 <.02	r=0.37 <.05	r=0.42 <.02	r=0.20 n.s.
6 Beziehungsverhalten	Korrel Prob.	r=0.87 <.0001	r=.80 <.0001	r=0.53 <.01	r=0.33 n.s.	r=0.83 <.0001	r=0.50 <.01	r=0.50 <.01
7 Kontaktbereitschaft	Korrel Prob.	r=0.88 <.001	r=0.77 <.0001	r=0.67 <.0001	r=0.53 <.001	r=0.68 <.0001	r=0.54 <.001	r=0.63 <.0001
8 Emotionale Stimmung	Korrel Prob.	r=0.88 <.0001	r=0.75 <.0001	r=0.50 <.01	r=0.51 <.01	r=0.71 <.0001	r=0.18 n.s.	r=0.57 <.001
9 Lust vs. Unlust	Korrel Prob.	r=0.87 <.0001	r=0.81 <.0001	r=0.43 <.01	r=0.34 <.04	r=0.78 <.001	r=0.40 <.02	r=0.65 <.0001
10 angespannt vs. gelöst	Korrel Prob.	r=0.71 <.0001	r=0.66 <.0001	r=0.18 n.s.	r=0.01 n.s.	r=0.31 n.s.	r=0.13 n.s.	r=0.03 n.s.
11 erregt vs. beruhigt	Korrel Prob.	r=0.23 n.s.	r=0.31 n.s.	r=0.20 n.s.	r=0.10 n.s.	r=0.36 <.04	r=0.31 n.s.	r=0.40 <.02
12 Frustrationstoleranz	Korrel Prob.	r=0.82 <.0001	r=0.85 <.0001	r=0.75 <.0001	r=0.90 <.0001	r=0.85 <.0001	r=0.85 <.0001	r=0.88 <.0001
13 Wohlgefühl	Korrel Prob.	r=0.78 <.0001	r=0.39 n.s.	r=0.11 n.s.	r=0.70 0.0001	r=0.51 <.01	r=0.21 n.s.	r=0.34 n.s.
14 Fürsorgeakzeptanz	Korrel Prob.	r=0.72 <.0001	r=0.52 <.01	r=0.39 <.02	r=0.29 n.s.	r=0.48 <.01	r=0.33 n.s.	r=0.50 <.01
15 Empathie	Korrel Prob.	r=0.85 <.0001	r=0.62 <.0001	r=0.45 <.01	r=0.14 n.s.	r=0.34 <.05	r=0.53 0.001	r=0.50 <.01
16 körperliche Motorik	Korrel Prob.	r=0.83 <.0001	r=0.67 <.0001	r=0.65 <.0001	r=0.51 <.01	r=0.51 0.001	r=0.14 n.s.	r=0.18 n.s.
17 Mut, Risikobereitschaft	Korrel Prob.	r=0.88 <.0001	r=0.74 <.0001	r=0.55 0.0004	r=0.55 0.0005	r=0.65 <.0001	r=0.68 <.0001	r=0.43 <.01
18 Sprache, Sprechen	Korrel Prob.	r=0.76 <.0001	r=0.64 <.0001	r=0.60 <.0001	r=0.63 <.0001	r=0.76 <.0001	r=0.48 <.01	r=0.61 <.0001

Anmerkungen: \*) Pearson Korrelationskoeffizienten. Signifikanz  $> |r|$  unter  $H_0: \rho=0$   
Übereinstimmung der Einschätzung der je 7 Sitzungen der Kinder durch je zwei Auswerter.  
[markierte Flächen] = Interrater-Korrelationskoeffizienten  $r \geq 0.45$ ,  $prob < 0.01$  -  $prob < 0.0001$ .

Tabelle 11 zeigt in manchen der untersuchten Verhaltensänderungsvariablen eine hohe Übereinstimmung zwischen den jeweils zwei Auswerter/innen (*engl. Rater*), obwohl doch davon ausgegangen werden kann, dass sie trotz Auswertungsmanual und sorgfältiger Schulung aufgrund von Persönlichkeit, Art der Profession und beruflicher Erfahrung unterschiedliche Maßstäbe in der Bewertung von Verhaltenskriterien hatten. Bei Übereinstimmungen mit Korrelationskoeffizienten  $r > 0.45$  und statistischer Signifikanz  $p < 0.01$  und kleiner bis  $p < 0.0001$  sind die Werte in Tabelle 11 durch graue Flächen markiert, um den Überblick zu erleichtern. Es zeigt sich, dass für drei der 18 Veränderungsvariablen über alle Therapiesitzungen hinweg hohe Interrater-Reliabilität bestätigt werden kann, nämlich für

- Kontaktbereitschaft,
- Frustrationstoleranz und
- Sprache bzw. Sprechen.

Für weitere sieben der 18 Veränderungsvariablen bestand in mindestens 5-6 von sieben Therapiesitzungen Übereinstimmung in der Beurteilung des Patientenverhaltens, nämlich für

- Aufmerksamkeit,
- Selbstsicherheit,
- Beziehungsverhalten,
- Emotionale Stimmung,
- Empathie,
- Motorik sowie
- Mut und Risikobereitschaft.

Es ist offensichtlich, dass die Rater am ehesten in *beobachtbaren* Verhaltensmustern hoch übereinstimmten. Ihre Einschätzungen des Patientenverhaltens waren jedoch eher unterschiedlich (Korrelationen  $r < 0.40$ , *prob. n.s.* = nicht signifikant), wenn ihre Beurteilung auf der *Interpretation* des Beobachteten basierte, beispielsweise bei der Einschätzung von Verhaltensautonomie, Selbstsicherheit, Vertrauen in sich und andere, Anspannung oder Gelöstheit, Erregtheit oder Beruhigtsein, Wohlgefühl. Auffallend ist auch (vgl. Tabelle 11), dass es für die Rater offenbar oft in der Mitte der Therapieverläufe (S3 - S6 der sieben Sitzungen) schwierig war, die Veränderungen der Kinder übereinstimmend einzuschätzen, weil das Verhalten der Patient/innen vermutlich nicht mehr störend auffällig, aber auch noch nicht unauffällig war. Für die weitere Datenauswertung wird auf Veränderungsvariablen mit

geringer Interrater-Reliabilität wie Vertrauen in sich und andere, Angespanntheit versus Gelöstheit, Erregung versus Beruhigtsein, Wohlgefühl etc. verzichtet.

**Methoden der Datenauswertung.** Alle statistischen Analysen wurden in Zusammenarbeit mit Dr. F. J. Geider, Methodenbereich der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, unter Nutzung des ihm zur Verfügung stehenden SAS-Programms *Statistical Analysis System, Version 9.1* (SAS, 2005) durchgeführt. Neben deskriptiven Statistiken wurden verschiedene inferenzstatistische Analysen nach dem Allgemeinen Linearen Modell (GLM/General Linear Model) durchgeführt und die Daten auf Effekte innerhalb der untersuchten Gruppen (between-subject effects), Effekte im Zeitverlauf (within-subject effects such as time) und auf die Wechselbeziehung zwischen diesen beiden Effekten (subjects\*time) untersucht. Die statistische Signifikanz von Symptomveränderungen wurde mittels *F*-Tests, *t*-Tests oder  $\chi^2$ -Tests überprüft und Pearson Korrelationskoeffizienten der Wechselbeziehungen zwischen häufig gemeinsam auftretenden Merkmalen, z.B. Symptomen von Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstörungen bzw. Verhaltens- und Sprachstörungen, berechnet.

Die Auswertung der Daten hatte vier Zielrichtungen:

- Effektivität von Theraplay,
- Symptomspezifische Therapieverläufe,
- Effizienz von Theraplay, durchschnittlich notwendige Anzahl Therapiesitzungen,
- Auswirkungen auf den Alltag der Kinder und Eltern aus Sicht der Eltern.

Die Effektivität von Theraplay wurde in beiden Feldstudien (LSS und MCS) mit dem Psychopathologischen Befund-System CASCAP-D (nach Döpfner et al., 1999) anhand der Veränderung des Ausprägungsgrades der jeweiligen Symptome der Patient/innen erfasst, und zwar vom Beginn (Zeitpunkt  $t_1$ ) bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_6$ ), in der Längsschnittstudie auch noch zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_7$ ). Der Ausprägungsgrad der jeweiligen Symptome wurde entsprechend CASCAP-D dimensionalisierend skaliert, und zwar für schwere Symptome mit Skalenwert 4, für deutliche mit 3 bzw. für leichte Symptome mit 2 und klinische Unauffälligkeit mit 1. Die klinische Bedeutsamkeit der Symptomveränderung wurde durch die Effektgröße ausgedrückt (vgl. Formel in Kapitel 3.2.1), die nach Bortz & Döring (1995) klein ( $d \approx 0.20$ ), mittel ( $d \approx 0.50$ ) oder groß ( $d \approx 0.80$ ) sein konnte. Die Reliabilität des mit Theraplay erzielten therapeutischen Effekts galt als belegt, wenn in verschiedenen Studien (hier: LSS und MCS) oder wenn bei symptom-spezifisch verschieden-gradig gestörten Patientenpopulationen der MCS (MCS-S,



MCS-D, MCS-L) bzw. der Geschlechter (MCS-M, MCS-J) unabhängig voneinander weitgehend ähnlich bedeutsame Effektgrößen erzielt wurden.

Die Nachhaltigkeit des therapeutischen Effekts von Theraplay wurde nur in der LSS vom Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_6$ ) bis zwei Jahre danach (Zeitpunkt  $t_7$ ) erhoben. Als nachhaltiger Effekt von Theraplay galt, wenn es in diesen zwei Jahren keine Rückfälle gab und sich das während der Behandlung mit Theraplay verringerte Kernsymptom danach nicht wieder statistisch signifikant negativ veränderte.

### 3.3 ERGEBNISSE

#### DER EVALUATION DER WIRKUNG VON THERAPLAY

Zentrales Thema dieser Arbeit ist die Evaluation der Wirkung von Theraplay, ihrer Effektivität, Nachhaltigkeit und Kosteneffizienz. Eine Therapie kann jedoch nicht allgemein evaluiert werden, sondern nur an Symptomen psychischer Störungen, die therapeutisch verändert werden sollen. In den beiden Feldstudien mit multimorbid gestörten Klein- und Vorschulkindern wurden 30 von 78 Symptomen psychischer Störungen diagnostiziert, die mit dem Psychopathologischen Befund-System CASCAP-D (Döpfner et al, 1999) erfasst und dimensional nach der Schwere ihrer Symptomausprägung eingeschätzt werden können, nämlich

- 10 Symptome der Störungen des Sozialverhaltens:
  - externalisierende Symptome von Verhaltensstörungen
    - wie unkooperatives, oppositionell verweigerndes, aggressives, dominantes, enthemmtes und kasperndes Verhalten,
  - internalisierende Symptome von Verhaltensstörungen
    - wie scheues, sozial zurückgezogenes, überangepasstes Verhalten,
  - spielgestörtes Verhalten,
- 2 Symptome des autistischen Spektrums
  - Mangel an Empathie
  - Mangel an sozialer Gegenseitigkeit,
- 4 Symptome der Aufmerksamkeits- und Antriebsstörungen:
  - unaufmerksames Verhalten,
  - hyperaktives, antriebsgesteigertes Verhalten
  - impulsives Verhalten,
  - körperlich inaktives, antriebsgemindertes Verhalten,
- 4 Symptome der Sprach- und Sprechstörungen:
  - rezeptive Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen),
  - expressive Sprachstörungen,
  - Artikulationsstörungen,
  - Mutismus (selektive Sprechverweigerung),
- 3 Symptome der Angststörungen:

- Sozialangst, Leistungsangst, Trennungsangst,
- 7 Symptome der affektiven und emotionalen Störungen:
  - mangelndes Selbstvertrauen,
  - gesteigertes Selbstwertgefühl,
  - dysphorisches (traurig verstimmt) und klagsames Verhalten,
  - euphorisches Verhalten,
  - affektlabiles Verhalten,
  - depressives Verhalten.

Die übrigen 48 Symptome psychischer Störungen kamen bei den angefallenen Patient/innen der Stichproben der beiden Feldstudien nicht vor. Aus den diagnostizierten 30 Symptomen wurden sechs besonders häufig beobachtete als unabhängige Variablen ausgewählt, um an ihnen und ihren diagnostisch relevanten Begleitsymptomen die Effektivität, Nachhaltigkeit und Kosteneffizienz von Theraplay zu evaluieren. Diese sechs Kernsymptome sind:

- oppositionell verweigerndes Verhalten
  - als Beispiel einer externalisierenden Störung des Sozialverhaltens
- scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten
  - als Beispiel einer internalisierenden Störung des Sozialverhaltens
- autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit
  - als eines der Kernsymptome des autistischen Spektrums
- Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS)
- Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen *ohne* Hyperaktivität (ADS)
- Rezeptive Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen)
  - als Kernsymptom von Sprachentwicklungsstörungen.

Für jedes dieser sechs Kernsymptome wird über Effektivität, Nachhaltigkeit und Kosteneffizienz der Behandlung mit Theraplay berichtet und darüber hinaus auch, wie sich die durch die Therapie erzielten Veränderungen der Kinder aus Sicht der Kliniker auf die Mutter-Kind-Interaktionen und aus Sicht der Eltern auf Kind und Eltern auswirkten.

Es mag überraschen, dass neben der Evaluation der Wirkung von Theraplay auf Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstörungen auch über die Wirkung auf *rezeptive Sprachstörungen* berichtet wird. Die Erkenntnis, dass Theraplay bei rezeptiv sprachgestörten Kindern Sprache anbahnen kann, ist dem Zufall zu verdanken, dass die Längsschnittstudie mit Patient/innen des Phoniatriisch Pädaudiologischen Zentrums durchgeführt wurde. Dort wurden

die Kinder dem Facharzt zwar wegen ihrer Sprach- und Sprechprobleme vorgestellt, aber schon seit langem in Fällen, in denen sie wegen einer dualen Diagnose von Verhaltensstörungen logopädisch nur schwierig und uneffektiv zu therapieren gewesen wären, mit Theraplay (vor)behandelt. Das Ergebnis der Therapieerfolgskontrolle bietet nun die Chance, die in der Literatur immer wieder beschriebene, aber selten erklärte Koinzidenz von Verhaltens- und Sprachstörungen, konkreter: die Korrelation zwischen Aufmerksamkeits-, Verhaltens- und Sprachverständnisstörungen auf ihren möglichen Zusammenhang zu untersuchen.

In den nachfolgenden Kapiteln 3.3.1 – 3.3.5 werden die Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf die zitierten sechs Kernsymptome und ausgewählte ihrer Begleitsymptome in 10 Abschnitten berichtet:

1. Beschreibung der jeweiligen Symptomatik
2. Art, Größe und ausgewählte Merkmale der sozialen Struktur der jeweiligen Stichprobe
3. Entwicklungsstand der Kinder der jeweiligen Stichprobe
4. Anamnese der Kinder der jeweiligen Stichprobe
5. Häufigkeit und Ausprägung der Symptomatik der jeweiligen Stichprobe
6. Veränderung des symptomatischen Verhaltens im Therapieverlauf
7. Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf die jeweilige Symptomatik  
Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung
  - Therapeutischer Effekt von Theraplay
  - Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad der Kernsymptomatik
  - Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay
  - Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay
  - Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf ausgewählte Begleitsymptome
  - Kennzeichnende Begleitsymptome der jeweiligen Kernsymptomatik
  - Möglicher Zusammenhang
    - zwischen den jeweiligen Kernsymptomen und deren Begleitsymptomen
8. Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer in Anzahl der Therapiesitzungen)
9. Auswirkung der therapiebedingten Veränderung des Kindes
  - auf die Mutter-Kind-Interaktionen aus Sicht der beobachtenden Kliniker
  - und auf das Kind und seine Eltern aus Sicht der Eltern
10. Zusammenfassung.

### **3.3.1 Die Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes Verhalten von Klein- und Vorschulkindern**

Oppositionell verweigerndes Verhalten ist ein Kernsymptom der nach ICD-10, F 91.3, klassifizierten „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell aufsässigem Verhalten“ bzw. der nach DSM-IV, Codierung 313.81, klassifizierten „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“. Es wurde mit dem Psychologischen Befund-System CASCAP-D (Döpfner et al., 1999) nach leichter, deutlicher oder schwerer Symptomausprägung eingeschätzt.

#### **3.3.1.1 Beschreibung oppositionell verweigernden Verhaltens**

Nach Döpfner et al. (1999, S. 18) ist ein schwer ausgeprägtes oppositionell verweigerndes Verhalten dadurch gekennzeichnet, dass sich die Kinder durchgängig weigern, Aufforderungen des Untersuchers nachzukommen und seinen Anweisungen zu folgen. In der Untersuchungssituation ist die Störung jedoch manchmal nicht leicht zu erkennen, weil die Kinder ihr oppositionell verweigerndes Verhalten eher gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen zeigen, die sie gut kennen. Diese Störung tritt charakteristischerweise bei Kindern unter 9 bis 10 Jahren auf. Sie drückt sich in deutlich aufsässigem, ungehorsamem und trotzigem Verhalten aus, jedoch ohne schwere aggressive oder gar dissoziale Handlungen, die das Gesetz oder die Rechte anderer verletzen könnten. Allerdings geht oppositionell aufsässiges Verhalten im Kindesalter nicht selten aggressivem oder dissozialem Verhalten in der Adoleszenz voraus. Als typisches Verhaltensmuster oppositionell verweigernder Kinder gilt ein durchgehend negativistisches, feindseliges, aufsässiges, provokatives und trotziges Verhalten, das deutlich von dem normalen Verhalten gleichaltriger Kinder des gleichen soziokulturellen Kontextes abweicht. Anordnungen oder Regeln Erwachsener werden häufig und vorsätzlich missachtet. Diese Kinder haben eine geringe Frustrationstoleranz, ärgern sich leicht über andere Menschen, nehmen vieles übel, werden schnell wütend, sind oft zornig und schreiben gern die Verantwortung für ihre eigenen Fehler oder Schwierigkeiten anderen zu.

#### **3.3.1.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben**

**Art der Stichproben.** Aus den Nettostichproben der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS:  $N=60$ ) und der Multi-Center Studie (MCS:  $N=333$ ) wurden alle Patient/innen mit leichtem, deutlichem oder schwerem oppositionell verweigerndem Verhalten als Stichproben

zur Evaluation der Wirkung von Theraplay ausgewählt. Sie wurden mit einer Kontrollgruppe von 30 klinisch unauffälligen Kindern gleichen Alters und Geschlechts (UKG) verglichen.

**Größe der Stichproben.** Viele, nämlich 23 der 60 Patient/innen der LSS (38%) und 186 der 333 Patient/innen der MCS (56%) wurden vor Beginn der Therapie (Zeitpunkt  $t_1$ ) als mehr oder weniger ausgeprägt oppositionell verweigernd eingeschätzt. In der MCS-Stichprobe waren also proportional fast eineinhalbmal so viel oppositionell verweigernde Kinder wie in der LSS-Stichprobe. Die ausreichend große Nettostichprobe der MCS wurde weiter nach dem Schweregrad der Symptomatik und dem Geschlecht in Substichproben unterteilt. Von 186 oppositionell verweigernden MCS-Patient/innen wurde bei 73 eine schwere (MCS-S=39%), bei 63 eine deutliche (MCS-D=34%) und bei 50 eine leichte Symptomatik (MCS-L=27%) diagnostiziert. Bezogen auf die MCS-Nettostichprobe mit  $N=333$  Patient/innen zeigten 49 der insgesamt 106 Mädchen (MCS-M=47%) und 137 der insgesamt 227 Jungen (MCS-J=60%) ein oppositionell verweigerndes Verhalten unterschiedlicher Ausprägung.

**Geschlechtsstruktur der Stichproben.** Tabelle 4 in Kapitel 3.2 zeigt, dass die Geschlechtsverteilung nach Mädchen und Jungen in den beiden Feldstudien (LSS und MCS) gleich (jeweils 26% Mädchen, 74% Jungen), aber geringfügig abweichend von der Stichprobe der 30 klinisch unauffälligen Kinder (UKG) mit 30% Mädchen und 70% Jungen war. Auch hinsichtlich des Schweregrades des oppositionell verweigernden Verhaltens waren deutlich mehr Jungen der MCS-Stichprobe (MCS-J=44%) als Mädchen (MCS-M=26%) von einer schweren Symptomatik (MCS-S) betroffen. Bei leichter oder deutlicher Symptomausprägung war es eher umgekehrt: Mehr Mädchen hatten eine leichte (MCS-L=31%) oder deutliche (MCS-D=43%) Symptomausprägung als Jungen (MCS-L=25%, MCS-D=31%). Diese geschlechtsspezifisch jungenlastigen Verteilungen deuten darauf hin, dass oppositionell verweigerndes Verhalten bei Jungen häufiger und tendenziell auch mit schwererer Symptomatik vorkommen könnte als bei Mädchen.

**Altersstruktur der Stichproben.** Tabelle 5 in Kapitel 3.2 zeigt, dass das durchschnittliche Lebensalter beim Erstkontakt mit den Kindern in den drei Nettostichproben ähnlich war:

- $M=4;6$  Jahre ( $s=1;3$ ) bei klinisch unauffälligen Kindern (UKG),
- $M=4;5$  Jahre ( $s=1;4$ ) bei oppositionell verweigernden Kindern der LSS-Stichprobe,
- $M=4;7$  Jahre ( $s=1;2$ ) bei oppositionell verweigernden Kindern der MCS-Stichprobe.

In der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) waren die Jungen durchschnittlich etwas älter ( $M=4;7$ ,  $s=1;4$ ) als die Mädchen ( $M=4;4$ ,  $s=1;3$ ). Bei den oppositionell verweigernden Patient/innen der beiden Feldstudien war es umgekehrt: Jungen waren etwas jünger (LSS:  $M=4;4$ ,  $s=1;2$ , MCS:  $M=4;7$ ,  $s=1;2$  Jahre; Monate) als Mädchen (LSS:  $M=4;9$ ,  $s=1;7$ , MCS:  $M=4;8$ ,  $s=1;1$  Jahre; Monate), möglicherweise, weil sie früher auffällig und deshalb dem Facharzt vorgestellt wurden.

**Soziale Struktur der Stichproben (ausgewählte Merkmale).** In drei soziodemografischen Merkmalen fällt ein deutlicher Unterschied zwischen den Stichproben der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) und den nach Zufall angefallenen oppositionell verweigernden Patient/innen der Längsschnittstudie einerseits und den oppositionell verweigernden Patient/innen der Multi-Center-Studie andererseits auf (vgl. Tabelle 12).

**Tabelle 12: Ausgewählte soziodemographische Merkmale der Stichproben der oppositionell verweigernden Patient/innen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder**

Merkmale	▲ UKG N=30	● LSS N=23	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=186	▣ MCS-S N=73	▢ MCS-D N=63	□ MCS-L N=50	◇ MCS-M N=49	◆ MCS-J N=137
<b>Soziodemographie</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mutter: Familienstand</b>								
ledig, zusammenlebend	0	0	24	29	18	25	17	27
verheiratet	97	91	64	60	68	65	72	61
geschieden, getrennt leb.	3	9	12	11	14	10	11	12
<b>Erziehung des Kindes</b>								
gemeinsam erziehend	97	91	75	71	82	71	79	74
allein erziehend	3	9	25	29	18	29	21	26
<b>Geschlecht des Kindes</b>								
Mädchen	26	26	26	18	33	30	100	-
Jungen	74	74	74	82	67	70	-	100
<b>Kind: Familienstand</b>								
ehelich	97	91	77	77	82	70	77	77
nichtehelich, aber leiblich	3	4	21	23	16	26	21	21
nichtleiblich (Adopt. Pfleg)	0	4	2	0	2	4	2	2
<b>Kind: Geschwisterzahl</b>								
hat keine Geschwister	14	30	14	16	7	18	12	14
Kind hat Geschwister	86	70	86	84	93	82	88	86
<b>Kind: Geschwisterreihe</b>								
ältestes der Geschwister	48	56	51	55	52	45	52	50
jüngstes d. Geschwister	10	39	39	38	36	43	39	38
<b>Kind: Geburtsland</b>								
Deutschland	90	96	84	78	85	92	83	85
ein anderes Geburtsland	10	4	16	22	15	8	17	15
<b>Kind: Muttersprache</b>								
Deutsch	97	96	94	92	95	94	94	93
andere Muttersprache	3	4	6	8	5	6	6	7
<b>Zweisprachigkeit: ja</b>	20	14	15	15	18	10	19	13
<b>Kindergartenbesuch: ja</b>	93	65	86	85	85	88	85	86

Die Mütter der Kinder in der UKG- bzw. LSS-Stichprobe waren zu 97% bzw. 91% verheiratet, erzogen zu 97% bzw. 91% ihre Kinder gemeinsam mit einem Partner und 97% bzw. 91% der Patient/innen der UKG bzw. LSS wurden ehelich geboren. Von dieser soziodemografischen Verteilung wichen die oppositionell verweigernden Patient/innen der MCS-Stichprobe und ihre Mütter deutlich ab: Nur 64% der Mütter der MCS-Stichprobe waren verheiratet, 24% waren ledig oder lebten unverheiratet mit einem Partner zusammen. Nur 75% erzogen ihr Kind gemeinsam mit ihrem Partner, 25% erzogen ihr Kind allein. Nur 77% der Patient/innen der MCS waren ehelich geboren, 21% waren zwar leibliche, aber nicht ehelich geborene Kinder. Der Unterschied der Stichprobenstrukturen lässt sich vermutlich durch die Art der therapeutischen Institutionen erklären, in denen die Patient/innen-Stichproben behandelt wurden: Die oppositionell verweigernden Patient/innen der Längsschnittstudie wurden eigentlich wegen ihrer Sprachstörungen, nicht wegen ihrer Verhaltensauffälligkeiten zum Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum überwiesen oder dort von besorgten Eltern dem Facharzt vorgestellt. Viele der oppositionell verweigernden Kinder der Multi-Center-Studie wurden dagegen stationär oder ambulant wegen psychischer Störungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Behinderungen behandelt. Mehr als ein Viertel der oppositionell verweigernden MCS-Patient/innen mit schwerer Symptomatik (MCS-S=29%) hatten allein erziehende, ledige oder unverheiratet mit einem Partner zusammenlebende Mütter, davon überproportional Jungen (MCS-J=82%) im Vergleich mit dem erwarteten Durchschnitt von 74%. Möglicherweise spielte bei manchen der oppositionell verweigernden Kinder auch der Migrantenhintergrund der Familien eine Rolle, denn 22% der oppositionell verweigernden Patient/innen der MCS-Stichprobe mit schwerer und 15% mit deutlicher Symptomatik wurden im Ausland geboren. 15% mit schwerer und 18% mit deutlicher Symptomatik wurden zweisprachig erzogen. Dieser Anteil ist deutlich höher als in der LSS-Stichprobe mit 4% Patient/innen, die im Ausland geboren wurden (vgl. Tabelle 12).

### **3.3.1.3 Entwicklungsstand der oppositionell verweigernden Kinder**

Der Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) war der Maßstab für die Entwicklung oppositionell verweigernder Patient/innen (LSS und MCS). Die Kontrollstichprobe der klinisch unauffälligen Kinder hatte beim Erstkontakt durchschnittlich einen hohen Entwicklungsstand: Kognitive Entwicklung  $M=6.1$ ,  $s=1.5$ , Entwicklung des Zahlengedächtnisses  $M=6.4$ ,  $s=2.0$ , des allgemeinen Gedächtnisses  $M=5.5$ ,  $s=1.7$ , 20 Minuten danach  $M=5.0$ ,  $s=2.1$ , und der emotional-sozialen Entwicklung  $M=6.0$ ,  $s=1.6$ .



Der Entwicklungsstand der oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe war vor der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ) auf einem weit niedrigeren Niveau: Die kognitive Entwicklung erreichte nur  $M=2.4$ ,  $s=2.7$ , das Zahlengedächtnis nur  $M=2.9$ ,  $s=2.8$ , das allgemeine Gedächtnis nur  $M=3.8$ ,  $s=2.2$ . Der emotional-soziale Entwicklungsstand blieb mit  $M=1.5$ ,  $s=1.8$  ganz besonders weit hinter dem der klinisch unauffälligen Kinder (UKG:  $M=6.0$ ,  $s=1.6$ ) zurück. Es ist zu vermuten, dass zwischen dieser weit zurückgebliebenen emotional-sozialen Entwicklung und dem sozial störenden Verhalten der Patient/innen der LSS ein Zusammenhang bestehen könnte, der jedoch mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden kann. In der Multi-Center Studie wurde der Entwicklungsstand der Patient/innen nicht erhoben (vgl. Tabelle 6 in Kapitel 3.2).

### 3.3.1.4 Anamnese der oppositionell verweigernden Kinder

Im Rahmen der Anamnese wurde nicht nur die Vorgeschichte der Störung, das erste Erkennen und der Verlauf der Symptomatik erfragt. Aus der Vielzahl der erfassten Aspekte wird hier jedoch nur über den Verdacht auf eine bestimmte Störung, die Akzeptanz dieser Diagnose durch die Eltern und die Art der schon zuvor den Kindern verordneten Therapien berichtet (vgl. Tabelle 13).

**Tabelle 13: Ausgewählte anamnestische Merkmale der oppositionell verweigernden Patient/innen (LSS- und MCS-Stichproben) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern**

Berichte der Bezugspersonen	▲ UKG N=30	● LSS N=23	MCS-Nettpostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=186	▣ MCS-S N=73	▢ MCS-D N=63	□ MCS-L N=50	◇ MCS-M N=49	◆ MCS-J N=137
<b>Anamnese der Störung</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Störungsverdacht*</b>								
Sprachentwicklungsstör.	0	61	65	70	61	64	65	65
Sprach-/Sprechstörung	0	44	23	21	29	18	27	21
Verhaltensstörung	0	44	26	32	24	38	22	34
tiefgEntwicklungsstörung	0	26	6	5	5	8	6	6
Abklärung der Störung	0	39	4	4	5	6	4	6
<b>Diagnose ist akzeptiert</b>								
ja	0	76	45	49	49	38	55	43
nein, z. T. nicht akzeptiert	0	24	49	48	48	55	45	54
<b>Bisherige Maßnahmen*</b>								
Frühförderung	4	15	19	19	16	32	30	18
Sonderkindergarten	0	10	32	42	29	36	36	36
Heilpädagogik	0	10	21	25	19	30	30	22
Logopädie	15	60	29	25	36	36	28	33
Ergotherapie	4	50	16	16	24	23	19	21

Anmerkungen: \*) Mehrfachnennung zum Störungsverdacht und zu bisherigen therapeut. Maßnahmen

Die 30 klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) hätten eigentlich keine Störung haben dürfen, denn sie sollten Maßstab für die klinische Unauffälligkeit sogenannter „normaler“ Kinder sein, mit denen die Patient/innen (LSS, MCS) gleichen Alters und Geschlechts verglichen werden sollten. Doch es gab einzelne Kontrollkinder, die bereits Logopädie (15%), Frühförderung (4%) oder Ergotherapie (4%) verordnet bekommen hatten (vgl. Tabelle 13, Spalte 2).

Alle 23 oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe (38%) hatten vor der Verordnung von Theraplay bereits andere Therapien bekommen, nämlich 60% Logopädie, 50% Ergotherapie, 15% Frühförderung und 10% Heilpädagogik (Mehrfachnennungen). 10% der LSS-Patient/innen besuchten einen Sonderkindergarten. Von den 186 oppositionell verweigernden Patient/innen der MCS-Stichprobe (56%) besuchte rund ein Drittel (32%) zur Zeit des Erstkontakts einen Sonderkindergarten, und zwar 42% der Patient/innen mit schwerer, 29% mit deutlicher und 36% mit leichter Symptomatik. Nahezu alle hatten vor der Behandlung mit Theraplay bereits andere Therapieformen verordnet bekommen, u.a. 29% Logopädie, 21% Heilpädagogik, 19% Frühförderung und 16% Ergotherapie (vgl. Tabelle 13, Spalte 3 und 4)

Es ist verständlich, dass von den Eltern der 60 Patient/innen der LSS-Stichprobe, die im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum dem Facharzt vorgestellt wurden, 61% einen Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen und 44% einen Verdacht auf Sprach- oder Sprechprobleme (Mehrfachnennungen) äußerten. In 29% der Fälle bestand ein Verdacht auf tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus). Aber nur 44% der Eltern der später als oppositionell verweigernd diagnostizierten Kinder äußerten sich über mögliche Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes. 24% der Eltern der LSS-Patient/innen akzeptierten jedoch die mitgebrachte Diagnose nicht und mehr als ein Drittel (39%) wollte die Störung ihres Kindes genauer abklären lassen. Für die Patient/innen der MCS-Stichprobe sind die angegebenen Werte wenig aussagefähig, weil die Eltern dieser Kinder nicht von Mitarbeiter/innen des Forschungsprojekts befragt werden konnten, sondern die Anamnesedaten aus den Patientenakten übernommen werden mussten und dort oft nicht in vergleichbarer Form oder unvollständig notiert worden waren (vgl. Tabelle 13, Spalte 3 u. 4).

### **3.3.1.5 Häufigkeit und Ausprägung oppositionell verweigernden Verhaltens**

Die klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe sind Maßstab dafür, welches Verhalten bei Klein- und Vorschulkindern, auch hinsichtlich eines möglichen oppositionell

verweigernden Verhaltens, als ganz normal anzusehen ist (UKG:  $M=1.1$ ,  $s=0.3$ ).

**Tabelle 14: Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ )**

Kernsymptom und ausgewählte Begleitsymptome oppositionell verweigernder Kinder	▲ UKG N=30 =100%	● LSS N=23 =100%	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS							
			■ MCS N=186 =100%	▣ MCS-S N=73 39%	▢ MCS-D N=63 34%	□ MCS-L N=50 27%	◇ MCS-M N=49 26%	◆ MCS-J N=137 74%		
Häufigkeit	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	
<b>Kernsymptom:</b> →opposit. verweigernd	3 10	23 100	186 100	73 100	63 100	50 100	49 100	137 100		
<b>Auswahl relevanter Begleitsymptome der oppos. Verweigerung:</b>										
→unkooperativ	1 3	21 91	162 87	66 90	60 95	36 72	39 80	123 90		
→scheu	7 23	4 17	80 43	30 41	29 46	21 42	23 47	57 42		
→sozial zurückgezogen	0 0	5 22	61 33	14 19	28 44	19 38	12 24	49 36		
→aggressiv	0 0	7 30	73 39	24 33	24 38	25 50	14 29	59 43		
→unaufmerksam	7 23	21 91	148 80	63 86	58 92	27 54	38 78	110 80		
→hyperaktiv	8 27	14 61	105 56	38 52	43 68	24 48	22 45	83 61		
→impulsiv	3 10	12 52	103 55	42 58	36 57	25 50	24 49	79 58		
→rezeptiv sprachgestört	0 0	19 63	127 68	41 56	51 81	35 70	34 69	93 54		
<b>Ausprägungsgrad</b>	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	$M_1$ $s_1$	
<b>Kernsymptom:</b> →opposit. verweigernd	1.1 0.3	2.0 1.2	3.1 1.4	4.0* 0.0	3.0* 0.0	2.0* 0.0	3.0 1.4	3.2 1.4		
<b>Auswahl relevanter Begleitsymptome der oppos. Verweigerung:</b>										
→unkooperativ	1.0 0.0	3.0 0.9	2.9 1.0	3.6 0.8	2.7 0.9	2.1 0.8	2.6 1.1	3.0 1.0		
→scheu	1.2 0.4	1.2 0.4	1.9 1.2	2.1 1.3	1.8 1.1	1.8 1.0	2.0 1.2	1.9 1.2		
→sozial zurückgezogen	1.0 0.0	1.4 0.8	1.6 1.0	1.7 1.1	1.6 0.9	1.6 0.9	1.6 1.0	1.7 1.0		
→aggressiv	1.0 0.0	1.5 0.8	1.8 1.1	2.3 1.3	1.5 0.8	1.3 0.5	1.5 1.0	1.9 1.1		
→unaufmerksam	1.3 0.5	2.9 0.8	2.8 1.1	3.0 1.3	2.7 1.0	2.6 0.9	2.7 1.2	2.8 1.1		
→hyperaktiv	1.3 0.5	2.1 1.1	2.2 1.2	2.6 1.3	2.0 1.1	1.8 1.0	1.9 1.2	2.3 1.2		
→impulsiv	1.1 0.3	2.0 1.1	2.2 1.2	2.6 1.4	2.0 1.1	1.9 1.0	2.0 1.2	2.3 1.2		
→rezeptiv sprachgestört	1.0 0.0	2.6 1.1	2.4 1.1	2.5 1.2	2.3 1.1	2.3 1.1	2.4 1.1	2.4 1.2		

Anmerkungen: N,%=Häufigkeit der Fälle, absolut und relativ;  $M_1, s_1$ =Mittelwert, Standardabweichung der Ausprägung der Symptome beim Erstkontakt (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ); \*= keine Varianz, da bei schwerer Symptomausprägung alle Patient/innen mit 4, bei deutlicher mit 3, bei leichter mit 2 markiert.

Wie Tabelle 14 zeigt, wich das soziale Verhalten der oppositionell verweigernden Patient/innen vom Normalverhalten dieser Altersgruppe (UKG:  $M=1.1$ ,  $s=0.3$ ) vor der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ) deutlich ab. Die Abweichung war jedoch in den beiden Feldstudien unterschiedlich: In der Multi-Center-Studie war sie erheblich größer und hatte eine geringere Varianz (MCS:  $M=3.1$ ,  $s=0.8$ ) als in der Längsschnittstudie der sprachgestörten Patient/innen (LSS:  $M=2.0$ ,  $s=1.2$ ). Es ist zu vermuten, dass dieses auf die

unterschiedliche soziodemografische Struktur der beiden Stichproben zurückzuführen ist. Von den oppositionell verweigernden Patient/innen der MCS-Stichprobe waren 21% nicht eheliche Kinder, 24% hatten allein erziehende Mütter und 17% wurden zweisprachig erzogen. Diese soziostrukturellen Gegebenheiten könnten neben anderen Ursachen Auslöser für die Entwicklung eines sozial störenden Verhaltens gewesen sein (vgl. Tabellen 7 und 14)

Wenn die Kontrollgruppe der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) und der Anteil der oppositionell verweigernden Patient/innen in den Stichproben (LSS und MCS) und in den Substichproben der MCS jeweils = 100% gesetzt wurde, dann zeigte sich, dass das oppositionell verweigernde Verhalten offensichtlich von einer Anzahl unterschiedlicher Symptome begleitet wurde, die auf ihre Weise Ursache oder auch Folge dieses sozial störenden Verhaltens sein könnten. So wurde in der diagnostischen Eingangsuntersuchung ( $t_1$ ) bei 91% der Patient/innen der LSS- und 87% der MCS-Stichprobe, bei 90% der MCS-Patient/innen mit schwerer (MCS-S), bei 95% mit deutlicher Symptomausprägung (MCS-D) sowie bei 90% der Jungen (MCS-J) zugleich auch unkooperatives Verhalten diagnostiziert. Das oppositionell verweigernde und unkooperative Verhalten war möglicherweise unterschiedlich motiviert, denn in den Stichproben der beiden Feldstudien gab es sowohl einen hohen Anteil hyperaktiver bzw. impulsiver Patient/innen (61% bzw. 52% der LSS-Stichprobe und 56% bzw. 55% der MCS-Stichprobe) als auch einen zwar kleineren, aber durchaus bedeutsamen Anteil scheuer bzw. sozial zurückgezogener Patient/innen (17% bzw. 22% der LSS- Stichprobe und 43% bzw. 33% der MCS-Stichprobe). 30% der LSS-Stichprobe und 39% der MCS-Stichprobe wurden klinisch sogar als aggressiv eingeschätzt. Ein hoher Anteil der Patient/innen wurde in Koinzidenz als unaufmerksam beurteilt (91% der LSS-Stichprobe, 80% der MCS-Stichprobe, 86% mit schwerer (MCS-S) und 92% mit deutlicher Symptomausprägung (MCS-D) sowie 78% der Mädchen (MCS-M) und 80% der Jungen (MCS-J). Aber auch jeweils rund ein Viertel der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) wurde, wenn auch in eher leichter Ausprägung, als hyperaktiv (27%), scheu (23%) oder unaufmerksam (23%) eingeschätzt (vgl. Tabelle 14).

Auffallend ist der hohe Anteil von jeweils rund zwei Dritteln rezeptiv sprachgestörter Patient/innen in den Stichproben der oppositionell verweigernden Kinder (63% der LSS- und 68% der MCS-Stichprobe, 69% der Mädchen bzw. 54% der Jungen der MCS-Stichprobe). Das geringe Sprachverständnis könnte möglicherweise eine der Ursachen für oppositionell verweigerndes und unkooperatives Verhalten sein. Von den klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe hatte keines rezeptive Sprachstörungen (Tabelle 14).

Bedeutsamer als die Häufigkeit der Begleitsymptome ist deren Ausprägungsgrad, der mit dem Psychopathologischen Befund-System (CASCAP-D) in den Dimensionen von klinischer Unauffälligkeit (=1) über leichte (=2) und deutliche (=3) bis zu schwerer Ausprägung (=4) der Symptomatik beurteilt wurde (vgl. Erhebungsbogen EB 18, FB 2).

Bei den klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe (UKG) war die durchschnittliche Symptomausprägung zu Beginn des Kontrollzeitraums ( $t_1$ ) durchweg unauffällig, d.h. sehr gering auf der 4-stufigen Skala: Oppositionell verweigerndes Verhalten mit  $M=1.1$ , unaufmerksames mit  $M=1.3$ , hyperaktives mit  $M=1.3$  und scheues Verhalten mit  $M=1.2$ . Keines der klinisch unauffälligen Kinder war unkooperativ ( $M=1.0$ ) oder rezeptiv sprachgestört ( $M=1.0$ ). Diese Werte sind der Maßstab, an dem die Abweichungen der oppositionell verweigernden Patient/innen gemessen werden (vgl. Tabelle 14).

Oppositionell verweigerndes Verhalten und dessen Begleitsymptom *unkooperativen* Verhaltens hatte vor Beginn der Behandlung mit Theraplay ( $t_1$ ) folgende Ausprägungen: In der MCS-Stichprobe ( $M=3.1$  bzw.  $M=2.9$ ), bei den Jungen der MCS-Stichprobe (MCS-J:  $M=3.2$  bzw.  $M=3.0$ ) und bei den Mädchen (MCS-M:  $M=3.0$  bzw.  $M=2.6$ ), in der LSS-Stichprobe (durchschnittlich  $M=2,0$  bzw.  $M=3.0$ ). Unaufmerksamkeit war bei oppositionell verweigernden Patient/innen, verglichen mit der Kontrollgruppe, durchschnittlich ziemlich hoch ausgeprägt, nämlich in der LSS-Stichprobe mit  $M=2.9$ , in der MCS-Stichprobe mit  $M=2.8$ , bei den Jungen der MCS-Stichprobe (MCS-J) mit  $M=2.8$  und bei den Mädchen (MCS-M) mit  $M=2.7$ . Ähnlich hoch waren durchschnittlich rezeptive Sprachstörungen der oppositionell verweigernden Patient/innen in der LSS-Stichprobe mit  $M=2.6$ , in der MCS-Stichprobe mit  $M=2.4$ , bei den Jungen und Mädchen in der MCS-Stichprobe (MCS-J und MCS-M) jeweils mit  $M=2.4$  auf der 4-stufigen Skala ausgeprägt (vgl. Tabelle 14).

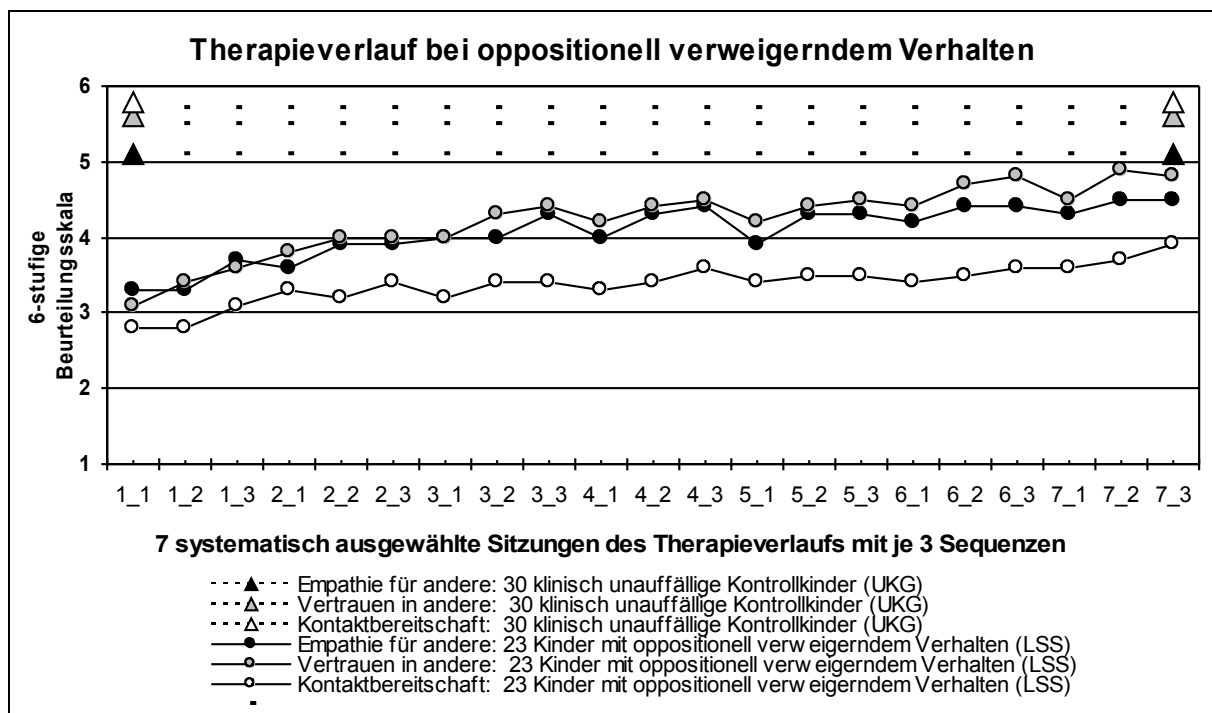
Die Häufigkeit und der Ausprägungsgrad oppositionell verweigernden Verhaltens und der dieses störende Verhalten begleitenden Symptome sind der Ausgangspunkt, von dem aus die Wirkung der Behandlung mit Theraplay gemessen wurde.

### **3.3.1.6 Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens im Therapieverlauf**

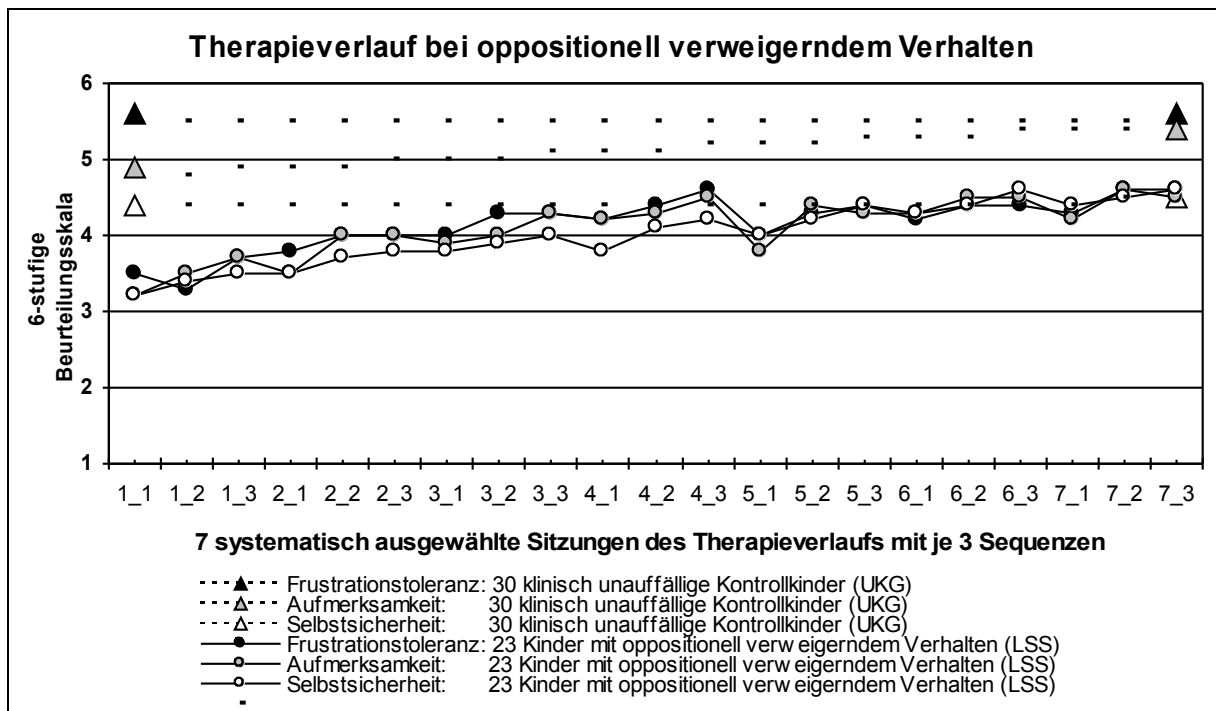
Alle Therapiesitzungen der 60 Patient/innen der LSS-Stichprobe und die erste und letzte Sitzung der 30 klinisch unauffälligen Kontrollkinder wurden vollständig auf Video protokolliert. Die Zahl der Therapiesitzungen und damit die Anzahl der Videoprotokolle war jedoch in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Symptomatik der Patient/innen verschieden groß, so dass nach einem vergleichbaren Maß gesucht werden musste.

Aus der für die jeweiligen Patient/innen unterschiedlichen Anzahl der video-protokollierten Therapiesitzungen wurden jeweils sieben systematisch ausgewählt, und zwar die zweite und die vorletzte Sitzung und für den Zeitraum dazwischen in gleichen Intervallen weitere fünf Therapiesitzungen. Die ausgewählten sieben Sitzungen wurden wiederum jeweils in drei Sequenzen geteilt. So konnten für jedes der 60 Kinder der LSS-Stichprobe  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen analysiert werden, in den nachfolgenden Abbildungen mit 1\_1, 1\_2, 1\_3; 2\_1, 2\_2, 2\_3 usw. bis 7\_1, 7\_2, 7\_3 bezeichnet. Jede der Therapiesitzungen mit ihren drei Sequenzen wurde in ihrem Verlauf von jeweils zwei geschulten Klinikern unabhängig voneinander in 18 Prozessvariablen, operationalisiert in 40 Statements, beurteilt und auf 6-stufigen Skalen markiert (vgl. Kapitel 3.2.5 zur Beschreibung des Erhebungsbogens EB 26.2 und Kapitel 3.2.6 zur Prüfung der Interrater-Reliabilität der klinischen Beobachter).

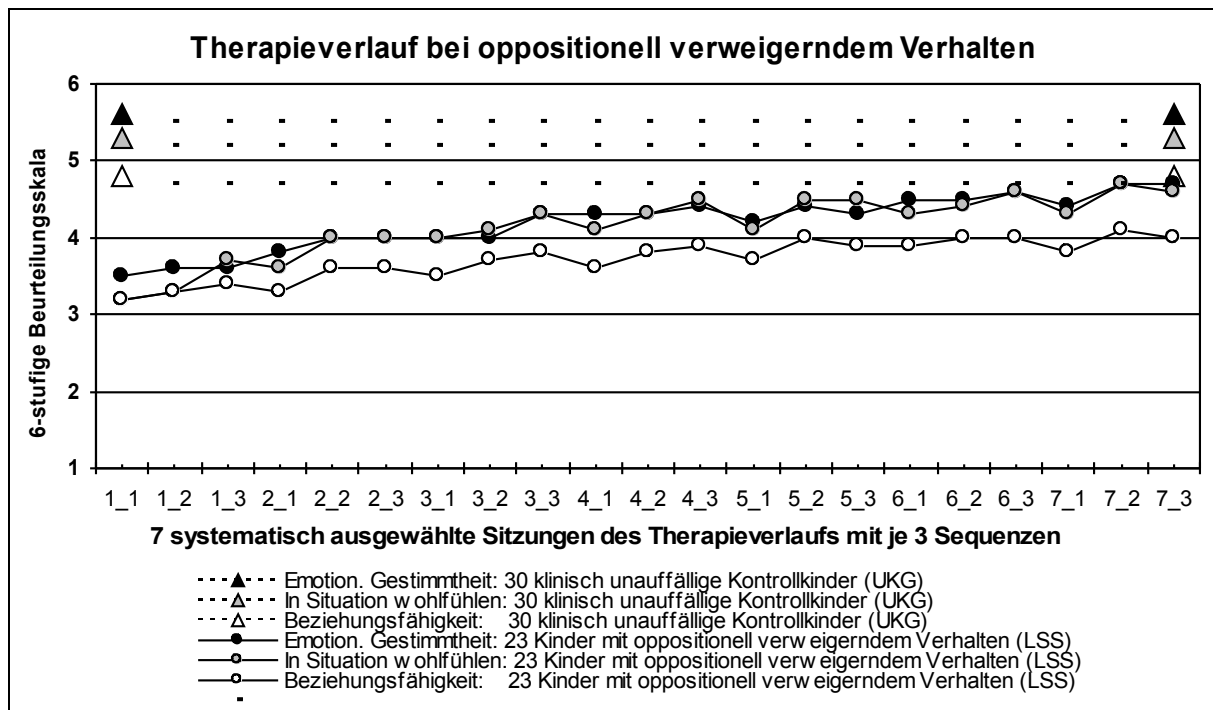
Nachfolgend werden die therapiebedingten Veränderungen der 23 anfangs oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe am Beispiel der 7 Sitzungen mit jeweils 3 = insgesamt 21 Sequenzen des Therapieverlaufs beschrieben und mit dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder gleichen Alters und Geschlechts (UKG) verglichen. Aus Gründen einer größeren Übersichtlichkeit werden die Prozessverläufe nicht tabellarisch, sondern graphisch dargestellt (vgl. Abbildungen 8-10).



**Abbildung 8:** Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)



**Abbildung 9:** Verbesserung der Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)



**Abbildung 10:** Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation (UKG)

Oppositionell verweigernde Klein- und Vorschulkinder sind zwangsläufig wenig bereit, anderen Menschen mit Empathie, Vertrauen und Kontaktbereitschaft entgegenzukommen, sonst wären sie ja nicht oppositionell und würden sich anderen nicht verweigern. Nach den Beschreibungen in ICD-10 und DSM-IV haben sie geringe Frustrationstoleranz, ärgern sich leicht über andere Menschen, werden schnell zornig oder wütend. Sie sind oft feindselig gegenüber anderen, insbesondere gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen, die sie gut kennen. Sie haben also wenig Fähigkeiten zur Entwicklung sozialer Beziehungen. Sie sind negativistisch, aufsässig, ungehorsam und trotzig, also emotional eher nicht gut gestimmt. Es kann nicht erwartet werden, dass sie sich in dieser Stimmung in der therapeutischen Situation wohl fühlen. Diese Symptome können möglicherweise auch als Hinweise auf mangelnde Selbstsicherheit oppositionell verweigernder Kinder interpretiert werden.

Die Abbildungen 8-10 zeigen, dass sich diese Symptome bei den oppositionell verweigernden Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) zu Beginn der Behandlung mit Theraplay bestätigten. Sie wichen anfangs weit vom Niveau klinisch unauffälliger, in Alter und Geschlecht vergleichbarer Kontrollkinder (UKG) ab. Tabelle 14 hatte schon gezeigt, dass 91% der oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe außerdem erhebliche Aufmerksamkeitsdefizite ( $M=2.9$ ,  $s=0,8$ ) hatten.

Die Abbildungen 8-10 verdeutlichen an neun relevanten Prozessvariablen, dass sich diese negativen Verhaltensmuster der anfangs oppositionell verweigernden Patient/innen wie auch ihre Defizite an Aufmerksamkeit, Frustrationstoleranz, Beziehungsfähigkeit, Empathie, Kontaktbereitschaft und Selbstsicherheit im Verlauf der Behandlung mit Theraplay sichtbar verbesserten und dem entsprechenden Verhaltensniveau klinisch unauffälliger Kontrollkinder deutlich annäherten und dieses hinsichtlich Selbstsicherheit bis zum Ende der Therapie sogar erreichten.

Es sind fünf Aspekte, die durch den Vergleich anfangs oppositionell verweigernder, sich im Therapieverlauf in ihrem Verhalten verbessernder Patient/innen mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts auffallen:

1. Die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) hatten im Durchschnitt große und über die 16-wöchige Kontrollzeit stabile Kontaktbereitschaft, großes Vertrauen in andere und viel Empathie für andere, hohe Frustrationstoleranz, hohe, im Verlauf der 16-wöchigen Kontrollzeit noch leicht wachsende Aufmerksamkeit, angemessene Selbstsicherheit.



Sie zeigten durchgehend hohe positive emotionale Gestimmtheit, das heißt, dass sie sich in der Therapiesituation wohl fühlten und sie waren beziehungsfähig.

2. Das Verhalten der oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe näherte sich im Verlauf der Behandlung mit Theraplay, wie schon erwähnt, dem Verhalten klinisch unauffälliger Kinder deutlich an, insbesondere hinsichtlich des Vertrauens in andere, der zunehmenden Empathie, Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit, Selbstsicherheit, positiven emotionalen Gestimmtheit und des Sichwohlfühlers.
3. Die geringste positive Veränderung zeigte sich in der Bereitschaft zum Kontakt mit und in der Beziehung zur Therapeutin.
4. Die Auswertung nach Sitzungsverläufen, d.h. nach je drei Sequenzen der je Kind untersuchten sieben Therapiesitzungen, zeigte, dass sich meistens zum Ende einer Therapiesitzung hin die untersuchten Verhaltensmerkmale besserten, jedoch oft bis zur nächsten Sitzung wieder etwas verschlechterten, so dass die Behandlung in der nachfolgenden Sitzung erneut auf einem niedrigeren Niveau beginnen musste, um sich dann im nächsten Sitzungsverlauf positiv weiterzuentwickeln.
5. Es bestätigte sich, worauf Ann M. Jernberg (1979) bereits praxisbasiert hingewiesen hatte: Etwa gegen Ende des zweiten Drittels der Therapieverläufe, meistens zu Beginn der fünften der sieben untersuchten Therapiesitzungen, erfolgte ein leichter Rückfall im Verhalten des Kindes. Jernberg beschrieb das als überraschend negative Reaktion des Kindes nach zunächst erfolgter Akzeptanz der angebotenen therapeutischen Spielinteraktionen mit nachfolgend wieder wachsendem Vertrauen in die Therapeut/in-Kind - Beziehung.

### **3.3.1.7 Effektivität und Nachhaltigkeit**

#### **der Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes Verhalten: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen**

Die zentrale Frage dieses Forschungsprojekts zur Evaluation der Wirkung von Theraplay lautet: Ist diese Therapie effektiv, nachhaltig und effizient? Speziell: Verbessert Theraplay ein fortdauernd gestörtes, für das Alter unangemessenes, oppositionell verweigerndes Sozialverhalten von Klein- und Vorschulkindern klinisch bedeutsam, statistisch signifikant und nachhaltig? (Zur Effizienz vgl. Kapitel 3.3.1.8)

**Therapeutischer Effekt von Theraplay.** Die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) hatten einen vernachlässigbar geringen Ausprägungsgrad oppositionell verweigernden Verhaltens ( $M=1.1$ ,  $s=0.3$ ). Er war Maßstab zur Messung abweichenden Verhaltens der oppositionell verweigernden Patient/innen vor deren Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ). Die Patient/innen der MCS hatten anfangs einen wesentlich höheren Ausprägungsgrad mit geringerer Varianz oppositionell verweigernden Verhaltens ( $M=3.1$ ,  $s=0.8$ ) als die Patient/innen der LSS ( $M=2.0$ ,  $s=1.2$ ) (vgl. Tabelle 15, Spalte 3, Zeilen 1-3).

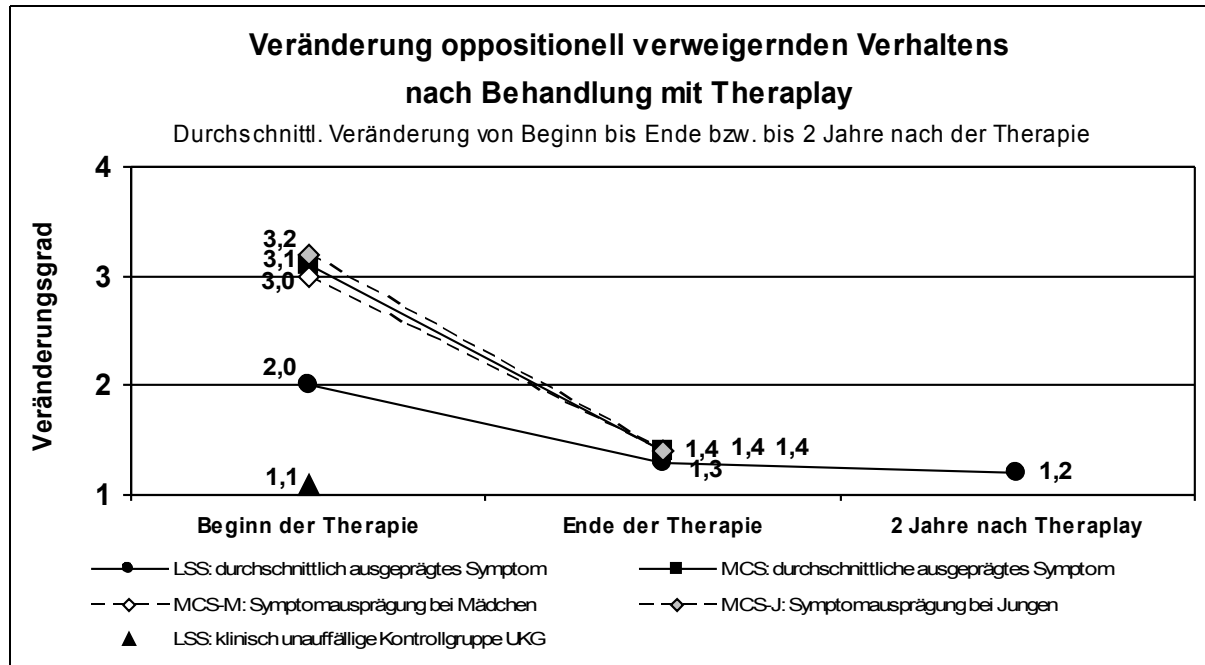
**Tabelle 15: Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	- <	-	-	-
●LSS	oppos.verweigernd	2.0	1.3	1.2	0.7	1.2	0.4	0.4	0001	n.s.	0.78	0.27
■MCS	oppos.verweigernd	3.1	1.4	-	1.7	0.8	0.5	-	<.0001	-	2.55	-
▣MCS-S	schwere Symptom.	4.0*	1.5	-	2.5*	0.0	0.6	-	<.0001	-	(*)	-
▢MCS-D	deutliche Sympt.	3.0*	1.4	-	1.6*	0.0	0.5	-	<.0001	-	(*)	-
□MCS-L	leichte Symptomat.	2.0*	1.2	-	0.6*	0.0	0.4	-	<.0001	-	(*)	-
◇MCS-M	opp.verw.Mädchen	3.0	1.4	-	1.6	0.8	0.5	-	<.0001	-	2.40	-
◆MCS-J	opp. verw. Jungen	3.2	1.4	-	1.8	0.8	0.5	-	<.0001	-	2.70	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ ; \*=für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist.

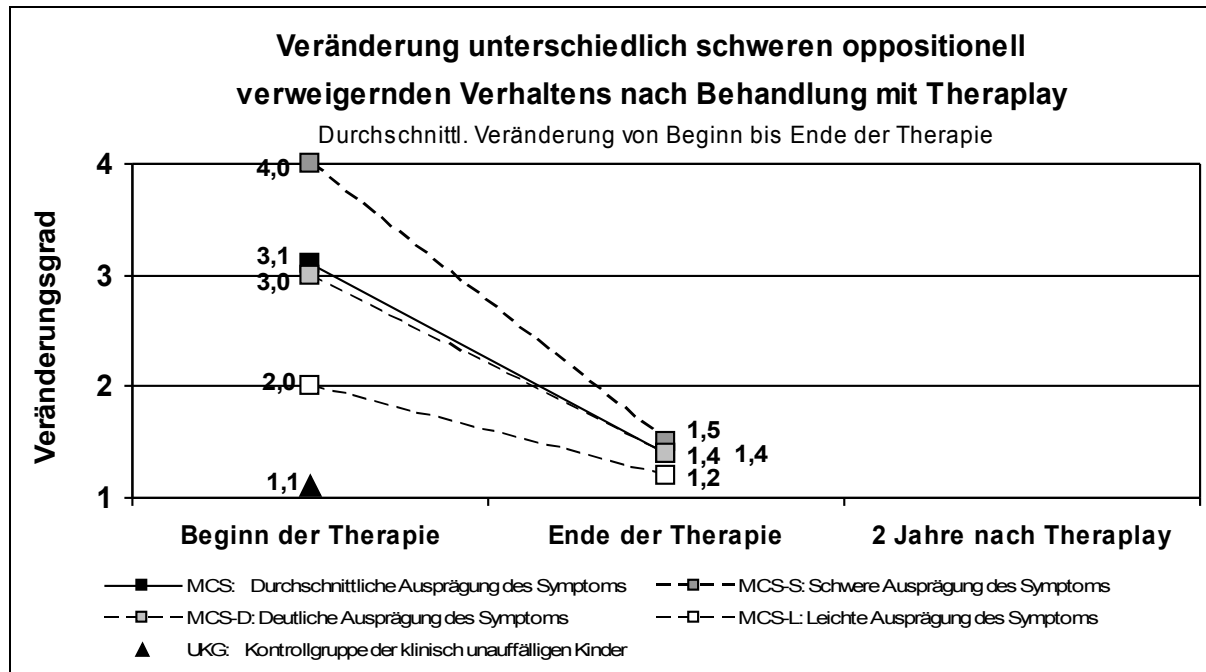
Nach der Behandlung mit Theraplay hatte sich jedoch in beiden Stichproben das Verhalten dieser Patient/innen-bis zu einer nahezu unauffälligen Symptomausprägung dem Verhalten klinisch unauffälliger Kinder gleichen Alters und Geschlechts angenähert, und zwar bei Patient/innen der MCS-Stichprobe von anfangs  $M=3.1$ ,  $s=0.8$  um  $D_{(1-6)}=1.7$  auf  $M=1.4$ ,  $s=0.5$  nach der Behandlung mit Theraplay und bei Patient/innen der LSS-Stichprobe von anfangs  $M=2.0$ ,  $s=1.2$  um  $D_{(1-6)}=0.7$  auf  $M=1.3$ ,  $s=0.4$  am Ende der Therapie. Die Reduzierung der Symptomatik des oppositionell verweigernden Verhaltens war in beiden Stichproben mit  $prob.<.0001$  statistisch hoch signifikant. Die Effektgröße war in der Stichprobe der MCS mit

$d=|2.55|$  sehr groß, in der Stichprobe der LSS trotz geringerer Ausgangswerte mit  $d=|0.78|$  groß (vgl. Tabelle 15, Zeilen 2 und 3 und Abbildung 11).



**Abbildung 11:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)

**Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad oppositionell verweigernden Verhaltens.** Bei den Patient/innen der MCS-Stichprobe mit anfangs *schwerer* Symptomatik war oppositionell verweigerndes Verhalten nach der Behandlung mit Theraplay bedeutsam von  $M_1=4.0$  um  $D_{1-6}=2,5$  auf  $M_6=1.5$ ,  $s=0.6$  verringert. Bei den Patient/innen mit deutlicher Symptomatik war sie nach der Therapie von anfangs  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=1.6$  auf  $M_6=1.4$ ,  $s=0.5$  verringert. Bei den Patient/innen mit leicht ausgeprägtem oppositionell verweigerndem Verhalten verringerte sie sich von anfangs  $M_1=2.0$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=1.2$ ,  $s=0.4$ . Je größer die Ausprägung oppositionell verweigernden Verhaltens am Anfang war, desto bedeutsamer verringerte sich die Symptomatik. Trotz anfänglich sehr unterschiedlicher Ausprägung des oppositionell verweigernden Verhaltens näherte sie sich bis zum Therapieende dem Verhalten der klinisch unauffälligen Kinder ( $M=1.1$ ,  $s=0.3$ ) weitgehend an. Diese therapiebedingten Symptomveränderungen waren alle mit einer Wahrscheinlichkeit von  $p<.0001$  statistisch signifikant (vgl. Tabelle 15, Spalten 3, 6 und 12, Zeilen 4-6 und Abbildung 12).



**Abbildung 12:** Positive Veränderung schwerer (MCS-S), deutlicher (MCS-D) und leichter (MCS-L) Ausprägung oppositionell verweigernden Verhaltens der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)

Die Effektgröße der Verringerung schwerer, deutlicher oder leichter Symptomatik oppositionell verweigernden Verhaltens konnte wegen fehlender Varianz der Beurteilungen zum Zeitpunkt  $t_1$  nicht nach der Formel von Jacobs (1999) berechnet werden, weil sie Varianz für beide verglichenen Erhebungszeitpunkte zu Beginn ( $t_1$ ) und am Ende der Therapie ( $t_6$ ) verlangt (vgl. Tabelle 15).

**Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay.** Die Verringerung oppositionell verweigernden Verhaltens war bei beiden Geschlechtern der MCS-Stichprobe ähnlich effektiv: Bei Mädchen (MCS-M) mit einer Differenz von  $D_{1-6}=1.6$  und einer Effektgröße von  $d_{1-6}=|2.40|$  sehr bedeutsam und bei Jungen (MCS-J) mit der Differenz von  $D_{1-6}=1.8$  und einer Effektgröße von  $d_{1-6}=|2.70|$  noch etwas wirksamer als bei den Mädchen. Bei beiden Geschlechtern war die Reduzierung der Kernsymptomatik mit einer Wahrscheinlichkeit von  $prob.<.0001$  statistisch hoch signifikant (vgl. Tabelle 15, Zeilen 7 und 8 und Abbildung 11).

**Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay.** Die Nachhaltigkeit von Theraplay wurde in der LSS-Stichprobe daran gemessen, dass es keine Rückfälle gab. Tatsächlich hatte sich das Verhalten der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen in den zwei Jahren nach der Behandlung mit Theraplay noch um  $D_{(1-6)}=0,1$  auf  $M=1.2$ ,  $s=0.4$  gebessert und sich den klinisch unauffälligen Kontrollkindern ( $M=1.1$ ,  $s=0.3$ ) weiter angenähert (vgl. Tab. 15).

**Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf Begleitsymptome oppositionell verweigernden Verhaltens.** Oppositionell verweigerndes Verhalten wird von einer Reihe bedeutsamer Symptome begleitet. Nachfolgend wird über vier Symptome berichtet, die besonders häufig in Koinzidenz mit dem Kernsymptom diagnostiziert wurden: Unkooperatives Verhalten, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und rezeptive Sprachstörung. Alle diese Begleitsymptome besserten sich im Verlauf der Therapie zusammen mit dem Kernsymptom, jedoch nicht alle in gleichem Maße:

Unkooperatives und unaufmerksames Verhalten verringerte sich durchweg mit sehr großer Effektstärke ( $d_{1-6} > 1.00$ ), bei unaufmerksamen Mädchen (MCS-M) aber mindestens mit großer Effektstärke ( $d_{1-6} = 0.88$ ). Hyperaktives Verhalten konnte sich dagegen nur mit mittlerer ( $d_{1-6} = 0.49 - d_{1-6} = 0.76$ ), nur bei schwerer Symptomatik (MCS-S:  $d_{1-6} = 0.96$ ) und bei Jungen (MCS-J:  $d_{1-6} = 0.81$ ) mit großer Effektstärke verringern. Bei Koinzidenz von rezeptiven Sprachstörungen und oppositionell verweigerndem Verhalten wurde im Therapieverlauf zwar das Sprachverständnis angebahnt, jedoch nur mit eher mittlerer Effektstärke ( $d_{1-6} = 0.42 - d_{1-6} = 0.78$ ). Alle positiven Veränderungen der Begleitsymptome waren selbst bei kleineren Substichproben statistisch mit  $p < .0001$  hoch signifikant. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass je geringer die anfängliche Ausprägung der Begleitsymptome war, desto weniger bedeutsam konnten sie sich im Verlauf der Behandlung mit Theraplay verringern (vgl. Tabelle 16).

**Möglicher Zusammenhang zwischen oppositionell verweigerndem Verhalten und begleitenden Symptomen.** In den beiden Feldstudien (LSS und MCS) wurde die Wechselbeziehung zwischen oppositionell verweigerndem Verhalten als Kernsymptom und relevanten Begleitsymptomen anhand ihrer Pearson Korrelations-Koeffizienten (SAS 9.1, Prozedur Corr) und deren statistischer Signifikanz untersucht (vgl. Tabelle 17).

Ziel war es zu erkennen, ob Korrelationskoeffizienten ein Ausdruck sein könnten

→ für kennzeichnende Begleitsymptome oppositionell verweigernden Verhaltens

Basis: Nettostichproben der LSS ( $N=60$ ) bzw. der MCS ( $N=333$ ) und

→ für Symptome, die mit oppositionell verweigerndem Verhalten zusammenhängen könnten

Basis: Nur oppositionell verweigernde Klein- und Vorschulkinder,

nämlich  $N=23$  der LSS-Stichprobe bzw.  $N=186$  der MCS-Stichprobe.

Die Korrelationen wurden für den Erhebungszeitpunkt  $t_1$  vor Beginn der Therapie berechnet, also für den Zeitpunkt der vermutlich höchsten Ausprägung der Symptome. Überprüft werden konnten allerdings nur Korrelationen zwischen den Symptomen, die im Rahmen der Diagnostik mit CASCAP-D erfasst wurden (vgl. Tabelle 17).

**Tabelle 16: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von sozial störendem Verhalten und rezeptiven Sprachstörungen als Begleitsymptome oppositionell verweigernden Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Positive Veränderung oppositionell verweigernden Verhaltens										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
<b>Unkooperatives Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-<	-	-	-
●LSS	oppos.verweigernd	3.0	1.6	1.4	1.4	0.9	0.8	0.7	0001	n.s.	1,64	0,27
■MCS	oppos.verweigernd	2.9	1.4	-	1.5	1.0	0.6	-	<.0001	-	1,82	-
▣MCS-S	schwere Symptom.	3.6	1.6	-	2.0	0.8	0.6	-	<.0001	-	2,83	-
▣MCS-D	deutliche Symptom	2.7	1.5	-	1.2	0.9	0.7	-	<.0001	-	1,49	-
□MCS-L	leichte Symptomat.	2.1	1.2	-	0.9	0.8	0.4	-	<.0001	-	1,42	-
◇MCS-M	Mädchen der MCS	2.6	1.4	-	1.2	1.1	0.5	-	<.0001	-	1,40	-
◆MCS-J	Jungen der MCS	3.0	1.5	-	1.5	1.0	0.6	-	<.0001	-	1,82	-
<b>Unaufmerksames Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-<	-	-	-
●LSS	oppos.verweigernd	2.9	2.0	1.7	0.9	0.8	0.9	0.9	0001	n.s.	1,06	0,33
■MCS	oppos.verweigernd	3.0	1.8	-	1.2	1.1	0.7	-	<.0001	-	1,30	-
▣MCS-S	schwere Symptom.	3.0	1.9	-	1.1	1.3	0.8	-	<.0001	-	1,02	-
▣MCS-D	deutliche Symptom	2.7	1.8	-	0.9	1.0	0.7	-	<.0001	-	1,04	-
□MCS-L	leichte Symptomat.	2.6	1.8	-	0.8	0.9	0.6	-	<.0001	-	1,05	-
◇MCS-M	Mädchen der MCS	2.7	1.8	-	0.9	1.2	0.8	-	<.0001	-	0,88	-
◆MCS-J	Jungen der MCS	2.8	1.8	-	1.0	1.1	0.7	-	<.0001	-	1,08	-
<b>Hyperaktives Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-<	-	-	-
●LSS	oppos.verweigernd	2.1	1.4	1.8	0.7	1.1	0.7	1.0	0001	n.s.	0,76	0,38
■MCS	oppos.verweigernd	2.2	1.5	-	0.7	1.2	0.7	-	<.0001	-	0,71	-
▣MCS-S	schwere Symptom.	2.6	1.6	-	1.0	1.3	0.7	-	<.0001	-	0,96	-
▣MCS-D	deutliche Symptom	2.0	1.4	-	0.6	1.1	0.6	-	<.0001	-	0,68	-
□MCS-L	leichte Symptomat.	1.8	1.4	-	0.4	1.0	0.6	-	<.0001	-	0,49	-
◇MCS-M	Mädchen der MCS	1.9	1.4	-	0.5	1.2	0.6	-	<.0001	-	0,53	-
◆MCS-J	Jungen der MCS	2.3	1.5	-	0.8	1.2	0.7	-	<.0001	-	0,81	-
<b>Rezeptive Sprachstörung als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-<	-	-	-
●LSS	oppos.verweigernd	2.6	2.0	1.6	0.6	1.1	1.0	0.7	0001	n.s.	0,67	0,46
■MCS	oppos.verweigernd	2.1	1.7	-	0.4	1.1	0.8	-	<.0001	-	0,42	-
▣MCS-S	schwere Symptom.	2.5	1.7	-	0.8	1.2	0.8	-	<.0001	-	0,78	-
▣MCS-D	deutliche Symptom	2.3	1.7	-	0.6	1.1	0.9	-	<.0001	-	0,60	-
□MCS-L	leichte Symptomat.	2.3	1.8	-	0.5	1.1	0.8	-	<.0001	-	0,52	-
◇MCS-M	Mädchen der MCS	2.4	1.8	-	0.6	1.1	0.9	-	<.0001	-	0,60	-
◆MCS-J	Jungen der MCS	2.4	1.7	-	0.7	1.2	0.8	-	<.0001	-	0,69	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ ; \* = für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist

**Tabelle 17: Korrelation oppositionell verweigernden Verhaltens mit begleitenden Symptomen**

Begleitsymptome oppositionell verweigernden Verhaltens Erhebungszeitpunkt $t_1$ vor Beginn der Behandlung mit Theraplay								
Kernsymptom und relevante Begleitsymptome	Kennzeichnende Begleitsymptome des Kernsymptoms				Zusammenhang zwischen Kern- und Begleitsymptomen			
	●LSS N=60		■MCS N=333		●LSS N=23		■MCS N=186	
	r	p(r)	r	p(r)	r	p(r)	r	p(r)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>opposit. verweigernd</b>	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>		<b>1.00</b>	
<b>externalisierend</b>								
unkooperativ	<b>0.30</b>	0.0213	<b>0.43</b>	<.0001	<b>0.68</b>	0.0004	<b>0.57</b>	<.0001
dominant	<b>0.60</b>	<.0001	<b>0.54</b>	<.0001	<b>0.43</b>	0.0383	<b>0.26</b>	0.0002
kaspernd	<b>0.42</b>	0.0009	<b>0.35</b>	<.0001	<b>-0.05</b>	n.s.	<b>0.20</b>	0.0052
enthemmt	<b>0.03</b>	n.s.	<b>0.21</b>	0.0001	<b>-0.05</b>	n.s.	<b>0.18</b>	0.0095
affektlabil	<b>-0.02</b>	n.s.	<b>0.30</b>	<.0001	<b>0.30</b>	n.s.	<b>0.28</b>	0.0001
aggressiv	<b>0.46</b>	0.0002	<b>0.39</b>	<.0001	<b>0.37</b>	n.s.	<b>0.41</b>	<.0001
reizbar	<b>0.06</b>	n.s.	<b>0.24</b>	<.0001	<b>0.42</b>	0.0449	<b>0.29</b>	<.0001
<b>antriebsgesteigert</b>								
impulsiv	<b>0.35</b>	0.0065	<b>0.42</b>	<.0001	<b>0.52</b>	0.0116	<b>0.25</b>	0.0005
hyperaktiv	<b>0.34</b>	0.0087	<b>0.37</b>	<.0001	<b>0.54</b>	0.0078	<b>0.27</b>	0.0002
<b>antriebsarm</b>	<b>-0.39</b>	0.0018	<b>-0.20</b>	0.0002	.	.	<b>0.01</b>	n.s.
<b>internalisierend</b>								
scheu	<b>-0.32</b>	0.0141	<b>-0.16</b>	0.0026	<b>-0.24</b>	h.s.	<b>0.10</b>	n.s.
sozial zurückgezogen	<b>-0.17</b>	n.s.	<b>-0.08</b>	n.s.	<b>0.26</b>	n.s.	<b>0.05</b>	n.s.
überangepasst	<b>-0.27</b>	0.0349	<b>-0.31</b>	<.0001	<b>-0.28</b>	n.s.	<b>-0.10</b>	n.s.
mutistisch	<b>-0.24</b>	n.s.	<b>-0.15</b>	0.0047	<b>-0.03</b>	n.s.	.	.
Mangel Selbstvertrauen	<b>-0.18</b>	n.s.	<b>0.05</b>	n.s.	.	.	<b>0.20</b>	0.0061
<b>autistoid</b>								
spielgestört	<b>-0.05</b>	n.s.	<b>0.09</b>	n.s.	<b>0.37</b>	n.s.	<b>0.21</b>	0.0033
unempathisch	<b>-0.08</b>	n.s.	<b>0.07</b>	n.s.	<b>0.36</b>	n.s.	<b>0.12</b>	n.s.
mangelnde soz. Gegens.	<b>-0.11</b>	n.s.	<b>-0.05</b>	n.s.	<b>0.43</b>	0.0386	<b>0.06</b>	n.s.
misstrauisch	<b>-0.15</b>	n.s.	<b>0.22</b>	<.0001	<b>-0.03</b>	n.s.	<b>0.32</b>	<.0001
<b>unaufmerksam</b>	<b>0.17</b>	n.s.	<b>0.11</b>	0.0419	<b>0.44</b>	0.0361	<b>0.13</b>	n.s.
<b>sprachgestört</b>								
rezeptiv sprachgestört	<b>-0.09</b>	n.s.	<b>0.03</b>	n.s.	<b>0.43</b>	0.0392	<b>0.10</b>	n.s.
expressiv sprachgestört	<b>0.02</b>	n.s.	<b>-0.01</b>	n.s.	<b>0.17</b>	n.s.	<b>0.17</b>	0.0202

Anmerkungen: SAS 9.1-Prozedur „Corr“; r=Korrelationskoeffizienten nach Pearson; p(r)=statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten; n.s.= statistisch nicht signifikant

Die Ergebnisse der beiden Korrelationsrechnungen deckten sich mit der allgemeinen Praxiserfahrung: Oppositionell verweigerndes Verhalten wurde offenbar gekennzeichnet  
 → durch dominantes, aggressives, unkooperatives und  
 → durch impulsives, hyperaktives, kasperndes Verhalten.

Diese Merkmale oppositionell verweigernden Verhaltens waren trotz der kleinen Stichprobe der LSS in beiden Studien statistisch hoch signifikant. In der größeren Stichprobe der MCS deutete sich jedoch mit hoher statistischer Signifikanz an, dass auch enthemmtes, affektlabiles, reizbares Verhalten, also Verhaltensweisen mit emotionalem Störungshintergrund, kennzeichnend sein könnten. Dagegen waren antriebsarmes, scheues, sozial zurückgezogenes, internalisierendes, autistoides, unempathisches, misstrauisches, spielgestörtes Verhalten offenbar nicht kennzeichnend für oppositionell verweigerndes Verhalten. Überangepasstes und oppositionell verweigerndes Verhalten wären auch ein Widerspruch in sich selbst (vgl. Tabelle 17, Spalten 2-5).

Die Korrelationen innerhalb der spezifischen Stichproben oppositionell verweigernder Klein- und Vorschulkinder beider Studien (LSS, MCS) wiesen darauf hin, dass dieses störende Sozialverhalten möglicherweise mit ganz unterschiedlichen psychischen Störungen zusammenhängen könnte, nämlich

- mit externalisierendem, z.T. auch aggressivem gestörtem Sozialverhalten,
- mit Hyperaktivität und Impulsivität und deren Auswirkungen auf das Sozialverhalten,
- mit emotionalen Störungen, gekennzeichnet durch Reizbarkeit und labile Affektivität,
- mit Störungen des autistischen Spektrums,  
gekennzeichnet durch Mangel an Empathie, sozialer Gegenseitigkeit und Spielstörungen,
- mit Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, die Folge anderer Störungen sein können,
- mit rezeptiven Sprachstörungen, d.h. mit Sprachverständnisstörungen.

Es ist zu vermuten, dass diese Störungen Auslöser oppositionell verweigernden Verhaltens sein können, dass demgemäß dieses störende Sozialverhalten *kennzeichnend* für eine ganze Reihe psychischer Störungen, aber nicht deren *Ursache* sein kann (vgl. Tab. 17, Spalten 6-9).

### **3.3.1.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)**

Effizienz ist der wirtschaftliche Aspekt der Effektivität einer Therapie. Effizient ist eine möglichst kurze Therapiedauer, d.h. eine möglichst geringe Anzahl notwendiger Therapiesitzungen bis zum Erreichen des Therapiezieles. Die Therapiekosten lassen sich dann durch Multiplikation mit dem von den Leistungsträgern mit den Therapeut/innen vereinbarten Honorarsatz je Therapiesitzung errechnen. Da die von Therapeut/innen abzurechnenden Honorarsätze je nach Krankenkasse und je nach Profession (psychologische Kinderpsychotherapeut/innen, Sonderpädagog/innen, Heilpädagog/innen, Logopäd/innen,



Ergotherapeut/innen, etc.) bzw. je nach therapeutischer Institution (Behindertenzentrum, Frühförderzentrum, niedergelassene Praxis, etc.) unterschiedlich sind, wird nachfolgend nur die minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl notwendiger Therapiesitzungen berichtet (vgl. Tabelle 18).

**Tabelle 18: Therapiedauer der oppositionell verweigernden Patient/innen**

Stichproben und MCS-Substichproben	N	Durchschnittliche Therapiedauer Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen			
		minimal	maximal	durchschnittlich	Standardabweichg.
●LSS Längsschnittstudie insgesamt	23	9	43	<b>18.4</b>	7.5
■MCS Multi-Center-Studie insgesamt	186	6	60	<b>18.9</b>	10.2
■MCS-S mit schwerer Symptomatik	73	6	54	<b>20.4</b>	11.2
■MCS-D mit deutlicher Symptomatik	63	6	60	<b>18.1</b>	9.9
□MCS-L mit leichter Symptomatik	50	6	45	<b>17.7</b>	8.9
◇MCS-M oppositionelle Mädchen	49	6	41	<b>18.7</b>	8.6
◇MCS-J oppositionelle Jungen	137	6	60	<b>19.0</b>	10.7

In beiden Feldstudien, sowohl in der Längsschnittstudie (LSS) mit Klein- und Vorschulkindern, die wegen Sprach- und Sprechstörungen im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum vorgestellt, aber wegen koinzidenter Verhaltensauffälligkeiten zur Behandlung mit Theraplay überwiesen wurden, um sie für Logopädie zugänglicher zu machen, als auch in der Multi-Center-Studie (MCS), in der ganz unterschiedliche Patientengruppen aus neun verschiedenen therapeutischen Institutionen vorwiegend wegen Verhaltensauffälligkeiten mit Theraplay behandelt wurden, waren durchschnittlich 18-19 Therapiesitzungen notwendig, um bei oppositionell verweigernden Patient/innen die beschriebenen Therapieergebnisse zu erzielen (vgl. Tabelle 18).

Von dieser durchschnittlichen Therapiedauer wichen jedoch die Substichproben der Klein- und Vorschulkinder mit unterschiedlichem Schweregrad oppositionell verweigernden Verhaltens ab: Für die kindlichen Patient/innen mit schwerer Ausprägung oppositionell verweigernden Verhaltens waren durchschnittlich etwas mehr als 20 (MCS-S:  $M=20.4$ ,  $s=11.2$ ), in einzelnen Fällen aber bis zu 54, für die Patient/innen mit deutlicher Symptomausprägung etwa 18 (MCS-D  $M=18.1$ ,  $s=9.9$ ) und für die mit leichter Symptomatik 17-18 (MCS-L  $M=17.7$ ,  $s=8.9$ ) Therapiesitzungen notwendig, um das Therapieziel zu erreichen. Die Behandlung der oppositionell verweigernden Mädchen war durchschnittlich

kaum kürzer (MCS-M  $M=18.7$ ,  $s=8.6$ ) als die der oppositionell verweigernden Jungen (MCS-J  $M=19.0$ ,  $s=10$ ). Die Standardabweichungen zeigen jedoch, dass es erhebliche Unterschiede in der Therapiedauer gab, in einem Einzelfall in Abhängigkeit von Art und Schwere der Symptomatik bis 60 Therapiesitzungen (vgl. Tab. 18).

### **3.3.1.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden Kinder auf Kind und Eltern aus der Sicht der Kliniker und der Eltern**

Das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind bzw. Vater und Kind wurde nur im Rahmen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) im Vergleich mit der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) beobachtet. Die Sitzungen wurden zwar alle vom Beginn der Wartezeit (Zeitpunkt  $t_0$ ) bis zur Nachuntersuchung zwei Jahre nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) auf Video protokolliert und von geschulten Klinikern anhand operationalisierter Kriterien ausgewertet (Methode: H-MIM), hier werden jedoch nur Ergebnisse für die Mutter-Kind-Interaktionen und nur für die Erhebungszeitpunkte zu Beginn ( $t_1$ ), am Ende ( $t_6$ ) und zwei Jahre nach der Behandlung der Patient/innen ( $t_7$ ) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern zu Beginn der 16-wöchigen Kontrollzeit ( $t_1$ ) dargestellt. Ergänzend wurden die Mütter und Väter der anfangs oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe wiederholt und unabhängig voneinander unmittelbar nach Abschluss der Behandlung ihrer Kinder (Zeitpunkt  $t_6$ ) und erneut zwei Jahre nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) befragt, wie sich die Behandlung mit Theraplay auf ihre Kinder und auf sie selbst ausgewirkt habe (vgl. Tabellen 19-21).

### **Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden Kinder auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern aus Sicht der Kliniker.**

Tabelle 19 zeigt, wie geschulte Kliniker die Veränderungen des Interaktionsverhaltens der oppositionell verweigernden Patient/innen mit ihren Müttern (LSS) im Vergleich mit dem Interaktionsverhalten klinisch unauffälliger Kontrollkinder mit ihren Müttern (UKG) beurteilten. Beobachtungsmethode war die Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (Ritterfeld & Franke, 1994). Beobachtungsgegenstand waren die Mutter-Kind-Interaktionen bei der gemeinsamen Lösung von je zwei Aufgaben zur Evaluation der interpersonellen Emotionalität und des interaktiven Führungsverhaltens sowie die Reaktion der Kinder auf

Trennungsstress, wenn die Mutter das Spielzimmer verließ, und die Beobachtung des Wiedervereinigungsverhaltens von Mutter und Kind, wenn sie zurückkehrte.

Am Beispiel der klinisch unauffälligen Kontrollkinder und deren Mütter (UKG) wurde in der normalen Mutter-Kind-Interaktion der hohe Grad positiver Emotionalität beim gemeinsamen spielerischen Lösen von Aufgaben deutlich und eine gewisse Varianz der Mutter-Kind-Beziehung erkennbar (Mütter auf der 6-stufigen Skala:  $M=5.5$ ,  $s=0.9$ , Kinder:  $M=4.8$ ,  $s=0.9$ ). Die emotionale Passung war in einer normalen Mutter-Kind-Interaktion sehr gut ( $M=5.5$ ) und variierte nur wenig ( $s=0.4$ ). Von den klinisch unauffälligen Kindern wurde die Führung durch die Mutter meist gut akzeptiert ( $M=5.5$ ,  $s=0.7$ ). Kaum eines dieser Kinder versuchte, beim Spielen die Führung selbst zu übernehmen ( $M=1.4$ ).

Ganz anders verhielten sich die oppositionell verweigernden Patient/innen der LSS-Stichprobe: Ihr Interaktionsverhalten wich vor der Behandlung mit Theraplay ( $t_1$ ) deutlich von dem klinisch unauffälliger Kinder ab: Die emotionale Passung zwischen ihnen war eher ambivalent ( $M=3.7$ ). Ein Teil von ihnen wehrte sich in der Interaktion dagegen, beim spielerischen Lösen der Aufgaben von ihren Müttern geführt zu werden ( $M=3.9$ ), manche machten einfach nicht mit und weigerten sich vehement, manche übernahmen selbst die Führung, und die Mütter ließen das zu ( $M=2.3$ ). Eine kleine Mehrheit dieser Mütter konnte jedoch mit einigen Schwierigkeiten ( $M=4.9$ ) die Kinder zum gemeinsamen Lösen von Aufgaben bewegen (vgl. Tabelle 19).

Nach der Behandlung mit Theraplay ( $t_6$ ) besserte sich die emotionale Passung zwischen den Müttern und ihren früher oppositionell verweigernden Kindern (LSS) auf der 6-stufigen Skala von  $M_1=3.7$ ,  $s=1.5$  um  $M_{(1-6)}=1.1$  auf  $M_6=4.8$ ,  $s=1.0$ . In den zwei Jahren nach der Therapie verbesserte sie sich weiter um  $M_{6-7}=0.4$  auf  $M_7=5.2$ ,  $s=0.7$ . Sie erreichte damit nahezu die emotionale Passung, die zwischen klinisch unauffälligen Kindern und ihren Müttern beobachtet wurde ( $M=5.5$ ,  $s=0.4$ ).

Das Führungsverhalten der Mütter der früher oppositionell verweigernden Patient/innen besserte sich nach der Behandlung mit Theraplay deutlich von anfangs  $M_1=4.9$ ,  $s=0.9$  um  $M_{(1-6)}=0.4$  auf  $M_6=5.3$ ,  $s=0.6$  und in den folgenden zwei Jahren weiter um  $M_{(6-7)}=0.3$  auf  $M_7=5.8$ ,  $s=0.3$ . Es unterschied sich zwei Jahre nach der Therapie mit Theraplay kaum vom Führungsverhalten der Mütter klinisch unauffälliger Kinder (vgl. Tabelle 19).

**Tabelle 19: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker.**

Beobachtungsmethode: H-MIM, Notation: 6-stufige Beurteilungsskala.

Auswirkung der Veränderungen nach Behandlung mit Theraplay auf Eltern-Kind-Interaktionen	▲UKG Kontrollgr.		●LSS Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie							
	Beginn der Kontrolle $t_1$		Beginn der Therapie $t_1$		Ende der Therapie $t_6$	Veränderung $t_1 \Rightarrow t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$		
	N=30		N=23		N=23	N=23	N=13	N=13		
<b>Emotionalität der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
- Passung der Emotionalität in der Kind-Mutter-Interaktion	5.5	0.4	3.7	1.5	4.8	1.0	+1.1	5.2	0.7	+ 0.4
-Hohe Emotionalität der Mutter in der Mutter-Kind-Interaktion	5.0	0.9	3.8	1.2	4.2	1.0	+0.4	4.0	0.9	- 0.2
-Hohe Emotionalität des Kindes in der Kind-Mutter-Interaktion	4.8	0.9	3.3	1.2	4.1	0.9	+0.8	3.8	1.3	- 0.3
<b>Führung in der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
- Mutter führt die Spielinteraktion	5.6	0.6	4.9	0.9	5.3	0.6	+ 0.4	5.8	0.3	+ 0.5
- Kind akzeptiert Führung durch die Mutter in d. Spielinteraktion	5.5	0.7	3.9	1.2	4.4	1.4	+ 0.5	5.2	0.8	+ 0.8
- Kind führt die Spielinteraktion	1.4	0.8	2.3	1.1	2.4	1.1	+ 0.1	1.5	0.7	- 0.9
<b>Trennungsstress für das Kind</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter bereitwillig trennen	5.2	1.2	3.8	1.5	5.0	1.2	+ 1.2	5.1	0.6	+ 0.1
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter unbefangen lösen	5.3	1.1	3.7	1.5	4.8	1.1	+ 1.1	5.1	0.6	+ 0.3
- Kind hat offensichtlich großes Vertrauen in die Mutter	5.3	1.1	3.8	1.6	4.1	1.4	+ 0.3	5.1	1.1	+ 1.0
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter nur schwer trennen	2.0	1.3	3.2	1.5	2.3	1.1	- 0.9	2.2	1.0	- 0.1
<b>Trennungsstress für Mutter</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
- Mutter kann das Kind bei der Trennung bereitwillig loslassen	5.8	0.4	5.4	0.8	5.4	0.8	± 0.0	5.2	1.6	- 0.2
- Mutter kann sich von ihrem Kind einfühlsam trennen	5.0	0.9	4.4	1.3	4.9	1.1	+ 0.5	5.0	0.8	+ 0.1
- Mutter kann sich offensichtlich vom Kind nur schwer trennen	1.1	0.4	2.0	1.3	1.6	0.8	- 0.4	1.1	0.3	- 0.5
<b>Wiedervereinigungsverhalten</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
- Mutter reagiert bei Rückkehr ins Zimmer sofort auf die Reaktionen ihres Kindes	6.0	0.0	5.9	0.3	5.7	1.1	- 0.2	6.0	0.0	+ 0.3
- Mutter ist bei ihrer Rückkehr ins Zimmer sehr einfühlsam	5.1	0.7	4.7	0.9	5.0	1.0	+ 0.3	5.0	0.5	± 0.0
- Kind strebt bei Rückkehr der Mutter sofort auf diese zu	5.2	0.5	5.1	0.8	5.3	0.6	+ 0.2	5.3	0.5	± 0.0
- Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter vollkommen	1.0	0.0	1.1	0.5	1.5	1.3	+0.4	1.0	0.0	- 0.5

Trennungsstress und Reaktionen von Mutter und Kind bei der Wiedervereinigung wurden ähnlich der Methode von Ainsworth (1973: Fremde Situation) beobachtet, jedoch ohne die Phasen, in denen eine fremde Person anstelle der Mutter das Spielzimmer betreten hätte. Wieder zeigte sich an den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) bei der Trennung von und der Wiedervereinigung mit ihren Müttern das zu erwartende Normalverhalten: Sie konnten sich, wenn ihre Mutter das Spielzimmer verließ, unbefangen von ihr lösen ( $t_1$ :  $M=5.3$ ,  $s=1.1$ ) und sich bereitwillig von ihr trennen ( $M=5.2$ ,  $s=1.2$ ). Sie hatten offensichtlich großes Vertrauen in die Wiederkehr ihrer Mütter ( $M=5.3$ ,  $s=1.1$ ). Die Mütter der klinisch unauffälligen Kinder rechtfertigten das Vertrauen ihrer Kinder: Bei der Rückkehr in das Zimmer reagierten sie alle sofort auf das jeweilige Verhalten ihrer Kinder ( $M=6.0$ ). Sie waren einfühlsam ( $M=5.1$ ,  $s=0.7$ ) und die meisten Kinder liefen sofort freudig auf sie zu ( $M=5.2$ ,  $s=0.5$ ). Keines der klinisch unauffälligen Kinder ignorierte die Rückkehr seiner Mutter ( $M=1.0$ ,  $s=0.0$ ).

Die oppositionell verweigernden Kinder der LSS verhielten sich unter Trennungsstress deutlich anders und z.T. sehr verschieden (bereitwillige Trennung  $M_1=3.8$ ,  $s_1=1.5$ ; unbefangenes Lösen von der Mutter  $M_1=3.7$ ,  $s_1=1.5$ ). Die Bereitwilligkeit der anfangs oppositionell verweigernden Patient/innen zur Trennung von ihren Müttern besserte sich nach der Behandlung mit Theraplay von ursprünglich  $M_1=3.8$ ,  $s_1=1.5$  um  $M_{(1-6)}=1.2$  auf  $M_6=5.0$ ,  $s_6=1.2$  und in den nächsten beiden Jahren nach der Therapie um weitere  $M_{(6-7)}=0.1$  auf  $M_7=5.1$ ,  $s_7=0.6$ . Danach unterschieden sich die vormals oppositionell verweigernden Kinder in ihrem Trennungsverhalten kaum noch von den klinisch unauffälligen Kindern mit  $M_1=5.2$ ,  $s_1=1.2$  (vgl. Tabelle 19).

### **Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden Kinder aus der Sicht der Eltern.**

Die Einschätzungen der Mütter und Väter weichen etwas, aber nicht systematisch voneinander ab. Es war zu erwarten, dass Mütter und Väter eine unterschiedliche Perspektive einnehmen, da ihre elterliche Rolle verschieden ist und sie aufgrund ihrer häuslichen bzw. beruflichen Situation ihre Kinder verschieden häufig erleben können.

Wie Tabelle 20 zeigt, verbesserte sich aus der Sicht der Eltern die Aufmerksamkeit der anfangs oppositionell verweigernden Kinder bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay deutlich (Mütter:  $M_6=5.1$  auf der 6-stufigen-Skala; Väter:  $M_6=4.8$ ). Diese positive Einschätzung veränderte sich in den zwei Jahren nach der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) nicht mehr.

**Tabelle 20: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung oppositionell verweigernder LSS-Patient/innen auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern**

Auswirkungen auf das Kind	aus der Sicht der Mütter			aus der Sicht der Väter		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Das Kind hat sich verbessert</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
in seiner Aufmerksamkeit	5.1 0.7	5.1 0.8	$\pm 0.0$	4.8 0.6	4.9 0.4	+ 0.1
in seinem Selbstbewusstsein	4.9 0.9	4.7 0.8	- 0.2	4.6 0.8	5.0 0.8	+ 0.4
in seiner Selbstsicherheit	4.6 1.1	4.9 0.6	+ 0.3	4.6 0.9	5.0 0.5	+ 0.4
im Umgang mit seinen Gefühlen	4.7 0.8	4.7 1.0	$\pm 0.0$	4.6 0.6	4.4 0.5	- 0.2
im Umgang mit Missgeschicken	4.4 0.8	4.3 1.0	- 0.1	4.4 0.9	4.3 1.0	- 0.1
im Mut, es ist mutiger geworden	4.2 1.2	4.5 0.7	+ 0.3	4.5 1.0	4.9 0.8	+ 0.4
im Kontakt mit anderen.	4.7 0.7	4.6 1.1	- 0.1	4.3 0.5	3.5 1.2	- 0.8
im Aufnehmen von Kontakten	4.0 1.1	4.7 0.8	+ 0.7	3.8 1.1	4.9 1.0	+ 1.1

Anmerkungen:  $M_6, s_6; M_7, s_7$  = Mittelwerte und deren Standardabweichungen nach der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkte  $t_6$  und  $t_7$ ). Einschätzung durch die Eltern auf 6-stufiger Intervallskala.

Das Selbstbewusstsein der mit Theraplay behandelten Kinder verbesserte sich aus elterlicher Sicht ebenfalls (Mütter  $M_6=4.9$ , Väter  $M_6=4.6$ ). Entsprechend entwickelte sich aus Sicht der Eltern die Selbstsicherheit der Kinder. Die Väter meinten zwei Jahre nach der Therapie ( $t_7$ ), dass sich das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit ihrer Kinder sogar noch weiter verbessert hätten ( $M_7=5.0$ ), während Mütter das etwas vorsichtiger einschätzten (Selbstbewusstsein:  $M_7=4.7$ ). Die Kinder konnten aus Sicht der Mütter und Väter nach der Therapie auch besser mit ihren eigenen Gefühlen und mit möglichem Missgeschick umgehen. Sie wurden mutiger. Diese elterliche Einschätzung war zwei Jahre nach Ende der Therapie weitgehend ähnlich. Die Fähigkeit der Kinder, mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen, wurde nach der Therapie von Vätern tendenziell noch vorsichtiger ( $M_6=3.8$ ) als von den Müttern ( $M_6=4.0$ ) beurteilt, vielleicht deshalb, weil viele Väter ihre Kinder berufsbedingt seltener in Alltagssituationen erleben konnten. Aus Sicht der Eltern besserten sich durch die Behandlung mit Theraplay also sowohl Aufmerksamkeit, Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit als auch Affektregulation und Kontaktfähigkeit ihrer Kinder und entsprachen zwei Jahre später weitgehend dem Verhalten klinisch unauffälliger Kinder (vgl. Tabelle 20).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung  
der oppositionell verweigernden Kinder auf die Eltern aus der Sicht der Eltern.**

Tabelle 21 zeigt: Die Mütter hatten noch mehr als die Väter das positive Gefühl, dass die Behandlung ihrer Kinder mit Theraplay nicht nur ihren Kindern, sondern auch ihnen selbst geholfen habe (Mütter:  $M_6=4.9$ , Väter:  $M_6=4.4$ ). Zwei Jahre später hatte sich dieses gute Gefühl jedoch besonders bei den Vätern abgeschwächt (Mütter:  $M_7=4.7$ , Väter:  $M_7=3.8$ ).

**Tabelle 21: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der oppositionell verweigernden LSS-Patient/innen auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern**

Auswirkungen auf die Eltern	... aus der Sicht der Mutter			... aus der Sicht des Vaters		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Für mich hat sich verbessert...</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
Die Therapie mit Theraplay hat dem Kind und mir geholfen	4.9 1.5	4.7 1.2	- 0.2	4.4 1.3	3.8 1.7	- 0.6
kann in schwierigen Situationen mit Kind entspannter umgehen	5.3 0.9	4.4 1.4	- 0.9	5.0 0.9	3.8 1.7	- 1.2
kann mit Kind besser umgehen	5.2 1.1	3.9 1.2	- 1.3	4.5 1.0	3.4 1.8	- 1.1
Bindung mit Kind ist verbessert	4.6 1.5	3.7 1.9	- 0.9	4.4 1.2	3.4 1.5	- 1.0
Ich habe das Gefühl, ich werde von der Therapeutin akzeptiert	5.2 1.0	5.6 0.5	+ 0.4	4.5 1.7	5.4 0.8	+ 0.9
für mich Stärkung und Stützung	4.8 1.2	4.5 1.6	- 0.3	4.4 1.3	4.4 1.3	$\pm$ 0.0
Ich fühle mich merklich entlastet	4.7 0.8	4.5 1.5	- 0.2	3.8 1.1	3.9 1.5	+ 0.1
Durch die Therapie hat meine elterlich.Sicherheit zugenommen	4.5 1.4	3.7 1.7	- 0.8	3.6 1.6	3.5 1.6	- 0.1
Anmerkungen: $M_6, s_6; M_7 s_7$ = Mittelwerte und deren Standardabweichungen nach der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkte $t_6$ und $t_7$ ). Einschätzung durch die Eltern auf 6-stufiger Intervallskala.						

Wesentlicher Effekt der therapiebedingten Veränderung der Kinder war für die Eltern, dass sie selbst nun mit ihren Kindern ganz allgemein besser und auch in schwierigen Situationen entspannter umgehen konnten (Mütter:  $M_6=5.3$  bzw.  $M_6=5.2$ ; Väter:  $M_6=5.0$  bzw.  $M_6=4.5$ ). Die Eltern meinten auch, jedoch mit unterschiedlicher Überzeugung, wie die Standardabweichungen (Mütter:  $s_6=1.5$ ; Väter:  $s_6=1.2$ ) zeigen, dass sich durch die Therapie ihre Bindung mit dem Kind tendenziell gebessert habe (Mütter:  $M_6=4.6$ ; Väter:  $M_6=4.4$ ). Zwei Jahre später wurde die Eltern-Kind-Bindung allerdings zurückhaltender beurteilt (Mütter:  $M_7=3.7$ ; Väter:  $M_7=3.4$ ), jedoch mit großer Varianz (Mütter:  $s_7=1.9$ ; Väter:  $s_7=1.5$ ).

Die Mütter fühlten sich nach der Therapie durch das gebesserte Verhalten ihrer Kinder merklich entlastet (Mütter:  $M_6=4.8$  und  $M_6=4.7$ ), auch wenn dieses Bewusstsein zwei Jahre später etwas weniger ausgeprägt war ( $M_7=4.5$  bzw.  $M_7=4.5$ ). Die Standardabweichungen zeigen jedoch eine relativ breite Varianz des Gefühls, durch die therapiebedingte Besserung des Verhaltens ihrer Kinder gestärkt und entlastet worden zu sein ( $s_6=1.2$  und  $s_6=0.8$ ). Dass sich die Väter durch die Veränderung ihrer Kinder sowohl unmittelbar nach der Therapie als auch zwei Jahre später weniger als die Mütter entlastet fühlten ( $M_6=3.8$  bzw.  $M_7=3.9$ ), kann möglicherweise eine Folge der Tatsache sein, dass sich die Väter durch berufsbedingte Abwesenheit auch schon vor der Therapie von ihren Kindern nicht so belastet gefühlt hatten wie die Mütter.

Zu den guten Gefühlen der Eltern hinsichtlich der Effekte der Behandlung ihrer einst oppositionell verweigernden Kinder mag auch beigetragen haben, dass sie sich von der Therapeutin akzeptiert fühlten, ein Eindruck, der sich zwei Jahre nach der Therapie sowohl bei Müttern als auch bei Vätern aus der Erinnerung noch verstärkt zu haben schien (Mütter:  $M_6=5.2$  bzw.  $M_7=5.6$ ; Väter:  $M_6=4.5$  bzw.  $M_7=5.4$ ). Insgesamt scheinen die meisten Eltern mit der Wirkung von Theraplay auf ihre früher oppositionell verweigernden Kinder sowohl hinsichtlich der Veränderung ihrer Kinder als auch hinsichtlich der Verbesserung ihrer eigenen elterlichen Situation zufrieden gewesen zu sein (vgl. Tabelle 21).

### 3.3.1.10 Zusammenfassung

**Beschreibung der Symptomatik.** Oppositionell verweigerndes Verhalten ist nach ICD-10 ein Kernsymptom der Störungen des Sozialverhaltens bzw. nach DSM-IV eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten.

**Art und Größe der Stichprobe.** Bei 23 (38%) von 60 Patient/innen der Stichprobe der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) und 186 (56%) von 333 Patient/innen der Stichprobe der replizierenden Multi-Center Studie (MCS) wurde diese Symptomatik diagnostiziert. Von den Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten 73 (39%) eine schwere, 63 (34%) eine deutliche und 50 (27%) eine leichte Symptomausprägung. Diese Patient/innen zeigten nicht nur ein sozial störendes, in der Interaktion schwieriges Verhalten, sie waren auch in ihrem allgemeinen Entwicklungsstand deutlich hinter den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe zurückgeblieben.

**Begleitsymptome.** Vor Beginn der Behandlung mit Theraplay waren die Patient/innen mit oppositionell verweigerndem Verhalten der LSS bzw. MCS-Stichprobe überwiegend auch



unkooperativ (91% bzw. 87%) und unaufmerksam (91% bzw. 80%), viele von ihnen auch rezeptiv sprachgestört (63% bzw. 68%), hyperaktiv (61% bzw. 56%) und impulsiv (52% bzw. 55%). Insbesondere das unkooperative Verhalten war hoch ausgeprägt ( $M_1=3.0$  auf der 4-stufigen Dimensionalisierung nach CASCAP-D).

**Effektivität und Nachhaltigkeit von Theraplay.** Im Verlauf der Therapie näherten sich Empathie, Vertrauen in andere und Kontaktbereitschaft, Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der anfangs oppositionell verweigernden Patient/innen den klinisch unauffälligen Kontrollkindern weitgehend an. So kann es nicht überraschen, dass sich das Verhalten der Patient/innen bis zum Ende der Therapie klinisch bedeutsam (Effektgrößen  $d_{1-6}=|0.78|$  bzw.  $d_{1-6}=|2.55|$ ) und in beiden Studien statistisch hoch signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) bis zur Unauffälligkeit besserte, insbesondere auch bei Patient/innen mit anfänglich schwerer Symptomausprägung. Sie unterschieden sich letztendlich nicht mehr von den klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe. Dieser therapeutische Effekt erwies sich als nachhaltig. Zwei Jahre nach Abschluss der Therapie war das Verhalten dieser anfangs oppositionell verweigernden, unkooperativen, unaufmerksamen, vielfach auch hyperaktiven und impulsiven Patient/innen beider Stichproben nahezu klinisch unauffällig.

**Effizienz von Theraplay.** Dieser Therapieerfolg wurde in durchschnittlich 18-19 Therapiesitzungen erreicht. Bei Patient/innen mit anfangs schweren Symptomen waren durchschnittlich etwa 20-21 Sitzungen, bei denen mit anfangs leichten Symptomen durchschnittlich nur 17-18 Sitzungen notwendig. Die Therapiedauer der oppositionell verweigernden Mädchen unterschied sich nur unwesentlich von der Therapiedauer der Jungen und lag innerhalb des Durchschnitts.

**Auswirkungen der Besserung der oppositionell verweigernden Kinder.** Die klinisch und statistisch bedeutsamen Verhaltensänderungen wirkten sich verständlicherweise auch auf die Eltern-Kind Interaktion aus. Von Klinikern wurden nach der Behandlung der anfangs oppositionell verweigernden Kinder mit Theraplay die beobachteten und evaluierten Interaktionen der Kinder und ihrer Mütter beim gemeinsamen Lösen der Spielaufgaben sehr positiv beschrieben. Sie beobachteten nach der Therapie eine emotional hohe Passung zwischen beiden. Die Interaktionen wurden nun in den meisten Fällen eindeutig von den Müttern geführt, was ihre Kinder überwiegend akzeptierten. Auch das Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten, wenn die Mütter das Spielzimmer für einige Minuten ohne Erklärung verließen und später wieder zurückkehrten, hatte sich positiv entwickelt. Die Kinder und ihre Mütter konnten sich nach der Therapie bereitwilliger voneinander trennen,

die meisten Kinder strebten freudig auf ihre zurückkehrenden Mütter zu, die sofort und einfühlsam auf sie reagierten.

Auch aus der Sicht der Eltern hatte die Behandlung mit Theraplay sowohl ihren Kindern als auch ihnen selbst manche Besserung gebracht. Viele der Mütter und Väter empfanden auch zwei Jahre nach Ende der Therapie noch, dass sich die Aufmerksamkeit, Selbstsicherheit und Kontaktbereitschaft ihrer Kinder durch die Therapie deutlich gebessert hatte. Allerdings hatte sich ihr unmittelbar nach der Therapie geäußertes Gefühl, in schwierigen Situationen entspannter als früher mit ihrem Kind umgehen zu können, in den zwei Jahren nach der Therapie wieder etwas verloren. Bemerkenswert ist, dass sich die Mütter noch zwei Jahre nach der Therapie an das angenehme Gefühl erinnerten, von der Therapeutin akzeptiert worden zu sein.

**Schlußfolgerung.** Oppositionell verweigerndes Verhalten ist als *Kernsymptom* vermutlich eine eher *umweltbedingte* Symptomatik von Störungen des *Sozialverhaltens*. Das schließt jedoch nicht aus, dass dieses Verhalten auch bei eher anlage- und umweltbedingt ausgebildeten psychischen Störungen möglicherweise anlagebedingt disponiert war, z.B. durch Temperament, Hyperaktivität, Impulsivität oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen und sich dann umweltbedingt als *Begleitsymptom* ausgebildet hat (vgl. Kapitel 3.3.3 – 3.3.5).

Klein- und Vorschulkinder mit klinisch bedeutsam ausgeprägtem oppositionell verweigerndem (Trotz-)Verhalten haben, wie vielfach in der Literatur berichtet wurde, die ungünstige Prognose, bis zur Adoleszenz möglicherweise aggressives oder delinquentes Verhalten auszubilden. Insofern wird empfohlen, möglichst schon vor der Einschulung die Störungen ihres Sozialverhaltens zu behandeln, bevor sie manifest werden können.

### **3.3.2 Die Wirkung von Theraplay auf scheues Verhalten von Klein- und Vorschulkindern**

Scheu ist keine Psychische Störung im eigentlichen Sinne, sie ist aber ein Kernsymptom verschiedener internalisierender Verhaltensmuster, u.a. einer in der Kindheit beginnenden „Störung sozialer Funktionen mit Rückzug und Schüchternheit aufgrund von Defiziten in der sozialen Kompetenz“ (vgl. ICD-10, F 94.8). Scheues, schüchternes, sozial zurückgezogenes Verhalten eines Kindes kann, wenn es sich nicht mit zunehmendem Alter verliert oder frühzeitig therapeutisch verringert wird, das Risiko künftiger Lernstörungen und Schulprobleme ankündigen.

#### **3.3.2.1 Beschreibung scheuen Verhaltens**

Scheu ist in der frühkindlichen Entwicklung eigentlich eine ganz normale soziale Reaktion des Kindes auf eine ihm ungewohnte oder überraschende Annäherung eines ihm fremden Menschen. Frühkindliche Scheu wird deshalb auch oft als „Fremdeln“ bezeichnet.

Scheu im klinischen Sinne geht darüber hinaus. Sie ist bei Klein- und Vorschulkindern durch fortwährende Schüchternheit, sozialen Rückzug und mangelnde soziale Kompetenz gekennzeichnet. Sie ist, wenn sie mehr als sechs Monate andauert, in unterschiedlichen Situationen beobachtet werden kann und dem Lebensalter des Kindes nicht angemessen ist, als Symptom einer möglichen psychischen Störung ernst zu nehmen.

Döpfner et al. (1999, S. 13) beschreiben die klinisch bedeutsame Scheu eines Kindes als ein Verhalten, das in der Untersuchungssituation dadurch auffällt, dass ein Kind sich offensichtlich sehr unsicher und unwohl fühlt, leicht errötet, den Blickkontakt meidet und leise, stockend, unflüssig oder gar nicht antwortet, wenn es angesprochen wird. Von Bezugspersonen scheuer Kinder wird oft berichtet, dass das Kind nahezu jeden Kontakt mit Gleichaltrigen meidet oder, wenn es mit Gleichaltrigen spielt, dass es sich gegen deren unberechtigte Wünsche und Forderungen nicht durchsetzen kann. Scheu kann nach dem von Döpfner et al. validierten Psychopathologischen Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) als leicht, deutlich oder schwer ausgeprägt eingeschätzt werden.

Petermann, Niebank & Scheithauser (2004, S. 450) beschreiben Schüchternheit, Rückzugsverhalten, gehemmte Kommunikation und Ängstlichkeit in ungewohnten oder

unangenehmen sozialen Situationen als Ausdruck einer Verhaltenshemmung (*behavioral inhibition*) der Kinder. Diese kann sich beim Vorschulkind bereits manifestieren, obwohl sie oft erst nach der Einschulung durch inadäquate und sehr zurückhaltende Teilnahme am Unterricht oder durch Lernstörungen auffällt und von Erzieher/innen, Lehrer/innen und Gleichaltrigen möglicherweise zum Nachteil des Kindes fehlinterpretiert wird.

Rogers-Adkinson & Griffith (1999, S. 88-89) sehen ebenfalls, dass die scheuen, schüchternen Kinder gefährdet sind, aufgrund ihrer gehemmten Kommunikation leichtes Opfer von Gleichaltrigen zu sein und von Erziehern übersehen zu werden. Sie beschreiben außerdem den Zusammenhang zwischen sozialem Rückzug (*withdrawn*), zurückhaltender (*reticent*) Kommunikation und Sprachentwicklungsstörungen, der wiederholt durch Forschung anhand von Rollenspielen, üblichem Spielen (*naturalistic play*) und durch mangelnde Äußerungen in der Befragung (*utterances*) nachgewiesen worden sei. Sie zitieren Studien, die diesen Zusammenhang belegen, ohne jedoch aufzuzeigen, ob soziale Zurückgezogenheit die Sprachentwicklung behindert oder ob diese zu sozialem Rückzug führt.

Zentner (2000, S. 260) vermutet Schüchternheit und Gehemmtheit in der frühkindlichen Entwicklung und gehemmtes Annäherungsverhalten in nicht vertrauten Situationen als temperamentsbedingten Risikofaktor.

Scheues, schüchternes, sozial zurückgezogenes, internalisierendes Verhalten von Klein- und Vorschulkindern ist im Gegensatz zu oppositionell verweigerndem, externalisierendem Verhalten gleichaltriger Kinder wenig auffällig. Scheue Kinder sind im Umgang möglicherweise für Eltern eher bequem, weil sie nicht stören, so dass die klinische Bedeutsamkeit ihrer Scheu oft nicht früh genug erkannt, sondern erst dann auffällig wird, wenn akute Lernstörungen Anlass zur Sorge geben.

### **3.3.2.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben**

**Art der Stichproben.** Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten wurden mit dem Psychopathologischen Befund-System (CASCAP-D) scheue Patient/innen mit unterschiedlicher Ausprägung von Scheu aus den Nettostichproben der LSS ( $N=60$ ) und der MCS ( $N=333$ ) ausgewählt und mit den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts (UKG) verglichen.

**Größe der Stichproben.** 22 der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (37%) und 167 der 333 Patient/innen der Multi-Center-Studie (50%) waren im klinischen

Sinne scheu. In der in neun verschiedenen therapeutischen Institutionen angefallenen Stichprobe der MCS fanden sich also proportional 1,35mal so viele scheue Kinder wie in der Stichprobe der LSS mit sprach- und sprechgestörten Kindern. Von den 167 scheuen Kindern der MCS hatten 54 (32%) eine schwer ausgeprägte, 66 (40%) eine deutliche und 47 (28%) eine leichte Scheu (vgl. Tabelle 3 in Kapitel 3.2, alle Prozentwerte wurden gerundet).

**Geschlechtsstruktur der Stichproben:** Acht (36%) der 22 scheuen Patient/innen der LSS waren Mädchen und 14 (64%) waren Jungen. Diese Mädchen-zu-Jungen-Relation von 1:1,8 fand sich auch unter den scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe: 60 (36%) der 167 scheuen Patient/innen waren Mädchen und 107 (64%) waren Jungen. Im Vergleich mit der geschlechtsspezifischen Verteilung der klinisch unauffälligen Kontrollkinder mit 30% Mädchen und 70% Jungen waren die Stichproben der scheuen Patient/innen also eher mädchenlastig. Besonders auffällig war diese Mädchenlastigkeit bei scheuen Mädchen mit schwerer (35%) und deutlicher Symptomausprägung (40%). Das deutet darauf hin, dass scheues Verhalten möglicherweise bei Mädchen proportional häufiger und tendenziell mit schwererer Symptomatik vorkommen kann als bei Jungen (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 4).

**Altersstruktur der Stichproben.** Das durchschnittliche Lebensalter der drei verglichenen Stichproben (UKG, LSS, MCS) war nach Jahren und Monaten (J;M) geringfügig unterschiedlich. Die Stichprobe der Längsschnittstudie war durchschnittlich etwa ein halbes Jahr jünger als die der Multi-Center-Studie und die der klinisch unauffälligen Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 5 in Kapitel 3.2):

→  $M=4;6$  Jahre ( $s=1;3$ ) bei klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG),

→  $M=4;0$  Jahre ( $s=1;1$ ) bei scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe,

→  $M=4;5$  Jahre ( $s=1;1$ ) bei scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe.

In der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) waren Jungen tendenziell etwas älter ( $M=4;7$ ,  $s=1;4$ ) als Mädchen ( $M=4;4$ ,  $s=1;3$ ). In der Stichprobe der scheuen Patient/innen der Längsschnittstudie (LSS) war der Altersabstand zwischen Jungen ( $M=4;4$ ,  $s=1;0$ ) und Mädchen ( $M=3;3$ ,  $s=0;8$ ) besonders groß. In der Stichprobe der scheuen Patient/innen der Multi-Center-Studie (MCS) waren beide Geschlechter durchschnittlich gleich alt (Jungen und Mädchen  $M=4;5$ ,  $s=1;1$ ) wie Tabelle 5 in Kapitel 3.2 zeigt.

**Soziale Struktur der Stichproben (Ausgewählte Merkmale).** In Tabelle 22 wird ein Auszug jener soziodemografischen Merkmale dargestellt, in denen es bemerkenswerte Abweichungen zwischen den Stichproben der Klein- und Vorschulkinder gab wie  
→ die größere Häufigkeit von Einzelkindern in der LSS-Stichprobe,

- die viel größere Häufigkeit von ledigen, allein erziehenden Müttern  
 bzw. von leiblichen, aber nicht ehelichen Kindern der MCS- Stichprobe und  
 → der größere Anteil von im Ausland geborenen (Migranten-)Kindern der MCS-Stichprobe  
 (vgl. Tabelle 22).

**Tabelle 22: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben  
 der scheuen Patient/innen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder**

Merkmale	▲ UKG N=30	● LSS N=22	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=167	▣ MCS-S N=54	▢ MCS-D N=66	□ MCS-L N=47	◇ MCS-M N=60	◆ MCS-J N=107
<b>Soziodemographie</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mutter: Familienstand</b>								
ledig, zusammenlebend	0	5	22	26	22	20	17	25
verheiratet	97	91	71	67	69	78	79	66
geschieden, getrennt leb.	3	4	7	7	9	2	4	8
<b>Erziehung des Kindes</b>								
gemeinsam erziehend	97	91	80	74	78	89	88	75
allein erziehend	3	9	20	24	20	11	12	23
<b>Geschlecht des Kindes</b>								
Mädchen	26	36	36	39	36	32	100	-
Junge	74	64	64	61	64	68	-	100
<b>Kind: Familienstand</b>								
ehelich	97	82	78	79	77	79	77	79
nichtehelich, aber leiblich	3	9	16	17	17	14	15	17
nichtleiblich(Adopt.Pfleg)	0	9	6	4	6	7	8	4
<b>Kind: Geschwisterzahl</b>								
hat keine Geschwister	14	41	12	6	14	14	10	12
Kind hat Geschwister	86	59	88	94	86	86	90	88
<b>Kind: Geschwisterreihe</b>								
ältestes der Geschwister	48	50	46	44	39	58	43	47
jüngstes d. Geschwister	10	31	46	48	49	38	45	46
<b>Kind: Geburtsland</b>								
Deutschland	90	91	80	81	75	85	80	80
ein anderes Geburtsland	10	9	20	19	25	16	20	20
<b>Kind: Muttersprache</b>								
Deutsch	97	95	91	93	89	91	95	89
andere Muttersprache	3	5	9	7	11	9	5	11
<b>Zweisprachigkeit: ja</b>	20	10	16	13	17	17	20	13
<b>Kindergartenbesuch: ja</b>	93	90	84	93	83	80	80	89

41% der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe waren *Einzelkinder*. Im Gegensatz dazu waren in der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kontrollkinder nur 14% und in der scheuen MCS-Stichprobe nur 12% Einzelkinder, d.h. 86% bzw. 88% hatten Geschwister. Die Mütter von 97% der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) und von 91% der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe waren verheiratet und erzogen ihre Kinder gemeinsam mit ihrem Partner. Im Gegensatz dazu waren nur 71% der Mütter der Patient/innen der MCS-Stichprobe verheiratet, aber 22% *ledig* bzw. unverheiratet mit einem Partner zusammenlebend und nur 80% erzogen ihr Kind mit einem Partner gemeinsam. 20% der Mütter der scheuen

Patient/innen der MCS-Stichprobe waren allein erziehende Mütter. 97% der klinisch unauffälligen Kontrollkinder waren eheliche bzw. 82% der Patient/innen der LSS-Stichprobe waren eheliche und 9% Adoptiv- oder Pflegekinder. Im Gegensatz dazu waren nur 78% der scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe eheliche, aber 16% nicht eheliche und 6% Adoptiv- und Pflegekinder (vgl. Tabelle 22).

Der deutlich höhere Anteil lediger, allein erziehender Mütter mit oft unehelichen Kindern und die wirtschaftliche Bedürftigkeit, in der viele allein erziehende Mütter mit ihren Kindern leben müssen, könnte möglicherweise erklären, weshalb der Anteil scheuer Patient/innen mit 50% in der MCS-Stichprobe deutlich größer ist als der Anteil von 37% scheuer Patient/innen in der LSS-Stichprobe und 23% scheuer klinisch unauffälliger Kinder in der Kontrollstichprobe (vgl. Tabelle 22 und in Kapitel 3.2 Tabelle 2).

Von den scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe wurden 20% in einem anderem Land als Deutschland geboren, von denen mit schwerer Symptomatik 19%, von denen mit deutlicher 25%. In den Stichproben der LSS waren es nur 9%, bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern 10%. 9% der scheuen Patient/von der MCS-Stichprobe hatten eine andere Muttersprache als Deutsch; 16% wurden zweisprachig erzogen. Jedoch, 20% der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) und 10% der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe wurden ebenfalls zweisprachig erzogen, so dass daraus keine Schlüsse auf die Entwicklung von Scheu gezogen werden können (vgl. Tabelle 22).

### **3.3.2.3 Entwicklungsstand der scheuen Kinder**

Die Behandlung der scheuen Patient/innen mit Theraplay orientierte sich an ihrem Entwicklungsstand, nicht an ihrem Lebensalter. Der Entwicklungsstand, ausgenommen der Sprachentwicklungsstand, der Patient/innen der LSS-Stichprobe und der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe (UKG) wurde anhand von nonverbalen Aufgaben des Wiener Entwicklungstests (WET) erhoben. Der Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) kann als altersgerecht und normal angenommen werden. Verglichen mit diesem als normal unterstellten Entwicklungsstand war der der in Alter und Geschlecht gleich strukturierten scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe weit zurückgeblieben. Das galt insbesondere für die kognitive Entwicklung im Verstehen von Gegensätzen (LSS:  $M=0.9$ ,  $s=1.8$  im Vergleich zu UKG:  $M=6.1$ ,  $s=1.5$ ) und für die *sozial-emotionale Entwicklung* (LSS:  $M=0.9$ ,  $s=1.1$  im Vergleich zu UKG:  $M=6.0$ ,  $s=1.6$ ), aber auch, wenn auch nicht ganz so brisant, für die anderen getesteten Merkmale des Entwicklungsstandes der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe (vgl. Tabelle 23)

**Tabelle 23: Entwicklungsstand der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren Kontrollkindern zum Zeitpunkt  $t_1$ . Altersnormierte C-Werte der Mittelwerte über 8 Erhebungen**

Merkmale des Entwicklungsstandes	▲ UKG N = 30		● LSS N = 22	
	M	s	M	s
Visumotorik (Nachzeichnen von Figuren)	6.7	1.3	2.6	2.5
Visuelle Wahrnehmung (Bilderlotto)	6.6	2.3	3.0	2.9
Zahlengedächtnis, unmittelbar nach dem Test	6.4	2.0	2.1	2.4
Allgemeines Gedächtnis, unmittelbar nach dem Lernen	5.5	1.7	3.8	2.2
Allgemeines Gedächtnis, 20 Minuten nach dem Lernen	5.0	2.1	4.3	2.8
Kognitive Entwicklung (Test 1: Muster legen)	6.9	1.7	2.9	2.7
Kognitive Entwicklung (Test 2: Gegensätze erkennen)	6.1	1.5	0.9	1.8
Sozial-emotionaler Entwicklungsstand	6.0	1.6	0.9	1.1

Anmerkungen: M = Mittelwerte mit s = Standardabweichungen über acht erhobene Merkmale, erhoben mit 6 nonverbalen Tests des Wiener Entwicklungstests (WET)

Ganz offensichtlich waren Störungen der Patient/innen der LSS-Stichprobe, die sich durch scheues Verhalten ausdrückten, mit einem bedeutsamen Entwicklungsrückstand verbunden (vgl. Tabelle 23).

### 3.3.2.4 Anamnese der scheuen Kinder

Die Anamnese gab den Bezugspersonen der zu therapierenden scheuen Klein- und Vorschulkinder die Möglichkeit, u.a. die vermuteten oder vom Kinderarzt mitgebrachten Diagnosen der Störungen ihrer Kinder und die bis dahin bereits verordneten therapeutischen Maßnahmen zu beschreiben (Mehrfachnennungen). Besonders häufig wurde von den Bezugspersonen ein Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen (LSS:  $M=82\%$ ; MCS:  $M=64\%$ ) bzw. auf Sprach- oder Sprechstörungen (LSS:  $M=50\%$ ; MCS:  $M=25\%$ ) geäußert. Ein Verdacht auf Verhaltensstörungen wurde entgegen den Erwartungen seltener geäußert, relativ am häufigsten ( $M=33\%$ ) von den Bezugspersonen der scheuen Patient/innen der MCS mit schwerer Symptomatik (vgl. Tabelle 24).

In der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kontrollkinder gab es keinerlei Störungsverdacht. 82% der scheuen Patient/innen der LSS- und 64% der MCS-Stichprobe wurden mit Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen vorgestellt; 27% der LSS-Stichprobe sogar mit Verdacht auf tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Nur bei 14% der Patient/innen der LSS- und 24% der MCS-Stichprobe bestand Verdacht auf Verhaltensstörungen.



Während in der LSS-Stichprobe 69% der befragten Bezugspersonen die bis dahin vergebenen Diagnosen akzeptierten und nur 31% Zweifel hatten bzw. 14% die Störung ihres Kindes abklären lassen wollten, was nicht erstaunen kann, da die meisten von ihnen ihr Kind in Sorge über dessen mangelnde Sprachfähigkeit im Phoniatriisch Pädaudiologischen Zentrum vorgestellt hatten, akzeptierten nur 41% und bezweifelten rund 50% der Bezugspersonen der MCS-Stichprobe die mitgebrachten Diagnosen (vgl. Tabelle 24).

**Tabelle 24: Ausgewählte anamnestische Merkmale der scheuen Patient/innen (LSS- u. MCS-Stichproben) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern**

Berichte der Bezugspersonen	▲ UKG N=30	● LSS N=22	MCS-Gesamtstichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=167	▣ MCS-S N=54	▣ MCS-D N=66	□ MCS-L N=47	◇ MCS-M N=60	◇ MCS-J N=107
<b>Anamnese der Störung</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Störungsverdacht*</b>								
Sprachentwicklungsstör.	0	82	64	67	69	52	65	63
Sprach- u. Sprechstörung	0	50	25	26	22	27	18	28
Verhaltensstörung	0	14	24	33	18	20	25	23
tiefgr. Entwicklungsstörung	0	27	4	4	3	5	5	3
Abklärung der Störung	0	14	2	2	3	2	2	3
<b>Diagnose ist akzeptiert</b>								
ja	0	69	41	50	32	44	45	40
nein, nicht akzeptiert	0	31	50	46	54	49	48	51
<b>Bisherige Maßnahmen*</b>								
Frühförderung	4	26	18	20	20	12	24	14
Sonderkindergarten	0	11	27	39	22	21	31	26
Heilpädagogik	0	11	22	33	15	17	27	18
Logopädie	15	79	33	37	38	19	36	31
Ergotherapie	4	47	12	16	13	7	15	11

Anmerkungen: \*) Mehrfachnennung zum Störungsverdacht und zu bisherigen therapeut. Maßnahmen

Tabelle 24 zeigt, dass viele scheue Patient/innen der LSS-Stichprobe schon vorher mit Logopädie (79%) und Ergotherapie (47%) behandelt wurden oder Frühförderung (26%) bekommen hatten. Dagegen besuchten viele der scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe einen Sonderkindergarten (durchschnittlich 27%, schwere Fälle 39% und Mädchen 31%) bzw. bekamen heilpädagogische Behandlung, nämlich durchschnittlich 22%, in schweren Fällen 33% und bei den Mädchen 27% im Vergleich mit 18% der Jungen.

### 3.3.2.5 Häufigkeit und Ausprägung scheuen Verhaltens

Scheues Verhalten war vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ) das Kernsymptom von 22 (37%) der 60 Patient/innen der LSS-Nettostichprobe und von 167 (50%) der 333 Patient/innen der MCS-Nettostichprobe. Letztere hatten nicht nur häufiger

Symptome scheuen Verhaltens, bei ihnen war im Durchschnitt die Scheu auch stärker ausgeprägt (MCS:  $M=3.0$ ,  $s=0.8$  auf der 4-stufigen CASCAP-D-Skala) als bei den Patient/innen der LSS-Stichprobe (LSS:  $M=2.5$ ,  $s=0.7$ ). 54 (32%) der 167 scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten eine schwer ausgeprägte Symptomatik, 66 (40%) hatten deutliche und 47 (28%) hatten leichte Symptome von Scheu. Auch unter den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) zeigte fast ein Viertel (23%) scheues Verhalten, jedoch nicht in klinisch bedeutsamer Ausprägung (vgl. Tabelle 25).

Die Scheu der Patient/innen beider Feldstudien (Zeitpunkt  $t_1$ ) wurde von drei Arten weiterer Symptome begleitet, nämlich (vgl. Tabelle 25)

- Symptome, die das Interaktionsverhalten der scheuen Patient/innen beeinträchtigten wie Unaufmerksamkeit und unkooperatives Verhalten,
- Symptome, die Ausdruck des Internalisierens der scheuen Patient/innen waren wie Neigung zum sozialen Rückzug, soziale Ängste, Trennungsängste, Überangepasstheit,
- Symptome, die einen erheblichen Rückstand in der Sprachentwicklung kennzeichneten wie rezep tive Sprachstörungen.

Keines der scheuen Kinder hatte alle diese Symptome, aber alle Patient/innen hatten eine multiple Symptomatik. Bei vielen von ihnen wurden zugleich Scheu, unkooperatives Verhalten, Unaufmerksamkeit, Neigung zum sozialen Rückzug und Ängstlichkeit diagnostiziert. Bemerkenswert ist jedoch der hohe Anteil scheuer Patient/innen, die zugleich auch *Sprachverständnisstörungen* hatten, nämlich neun von zehn der scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe (91%) und rund zwei Drittel der MCS-Stichprobe (68%). Oft war die rezep tive Sprachstörung deutlich ausgeprägt (LSS-Stichprobe  $M=2.8$ ,  $s=0.9$ ; MCS-Stichprobe  $M=2.4$ ,  $s=1.2$ ). Von den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) waren einige ebenfalls scheu, unaufmerksam oder unkooperativ, jedoch nicht in klinischer Ausprägung (vgl. Tabelle 25).

Unaufmerksame scheue Patient/innen waren in der LSS-Stichprobe deutlich häufiger (82%) als in der MCS-Stichprobe (69%), in der jedoch 76% scheue Patient/innen mit schwerer Symptomausprägung und 73% scheue Jungen überproportional häufig waren. Unkooperatives Verhalten war dagegen in der MCS-Stichprobe etwas häufiger (durchschnittlich 65%) als in der LSS-Stichprobe (59%). Auch in der MCS-Stichprobe gab es überproportional häufig scheue Patient/innen mit schwer ausgeprägter Symptomatik (76%) und bei 73% der scheuen Jungen (vgl. Tabelle 25).

**Tabelle 25: Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ )**

Kernsymptom und ausgewählte Begleitsymptome scheuer Kinder	▲ UKG N=30 =100%		● LSS N=22 =100%		MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS											
					■ MCS N=167 =100%	▣ MCS-S N=54 =100%	▤ MCS-D N=66 100%	□ MCS-L N=47 =100%	◇ MCS-M N=60 =100%	◆ MCS-J N=107 =100%						
Häufigkeit	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Kernsymptom:</b> scheu, schüchtern	7	23	22	100	167	100	54	100	66	100	47	100	60	100	107	100
<b>Auswahl relevanter Begleitsymptome des scheuen Verhaltens:</b>																
unaufmerksam	7	23	18	82	116	69	41	76	44	67	31	66	38	63	78	73
unkooperativ	3	10	13	59	108	65	40	74	36	55	32	68	35	58	73	68
sozial zurückgezogen	0	0	10	45	83	50	21	39	31	47	31	66	25	42	58	54
überangepasst	0	0	12	55	56	34	17	31	19	29	20	43	18	30	38	36
sozial ängstlich	1	3	3	14	68	41	13	24	23	35	32	68	23	38	45	42
trennungsängstlich	1	3	3	14	54	32	15	28	22	33	17	36	17	28	37	35
leistungsängstlich	1	3	1	5	57	34	16	30	21	32	20	43	17	28	40	37
rezeptiv																
sprachgestört	0	0	20	91	114	68	41	76	45	68	28	60	42	70	72	67
<b>Ausprägungsgrad</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$
<b>Kernsymptom:</b> scheu, schüchtern	1.2	0.5	2.5	0.7	3.0	0.8	4.0*)	0.9	3.0*)	0.0	2.0*)	0.0	3.1	0.8	3.0	0.8
<b>Auswahl relevanter Begleitsymptome des scheuen Verhaltens:</b>																
unaufmerksam	1.3	0.5	2.4	0.9	2.4	1.2	2.6	1.3	2.3	1.2	2.4	0.9	2.3	1.1	2.6	1.2
unkooperativ	1.1	0.3	2.0	1.1	2.3	1.2	2.6	1.4	2.4	1.1	1.9	0.9	2.3	1.2	2.4	1.2
sozial zurückgezogen	1.0	0.0	1.6	0.8	1.9	1.1	2.5	1.3	1.9	1.0	1.4	0.6	1.9	1.2	2.0	1.1
überangepasst	1.0	0.0	1.7	0.7	1.7	1.0	1.9	1.3	1.7	1.1	1.4	0.6	1.6	1.0	1.7	1.0
sozial ängstlich	1.0	0.2	1.3	0.8	1.7	1.0	2.2	1.2	1.6	0.9	1.3	0.5	1.6	0.9	1.7	1.0
trennungsängstlich	1.0	0.2	1.2	0.7	1.6	1.0	1.9	1.2	1.7	0.9	1.3	0.8	1.5	0.9	1.7	1.1
leistungsängstlich	1.0	0.2	1.0	0.2	1.7	1.0	2.0	1.2	1.6	1.0	1.3	0.7	1.6	1.0	1.7	1.1
rezeptiv																
sprachgestört	1.0	0.0	2.8	0.9	2.4	1.2	2.5	1.3	2.5	1.2	2.2	1.0	2.5	1.1	2.4	1.2

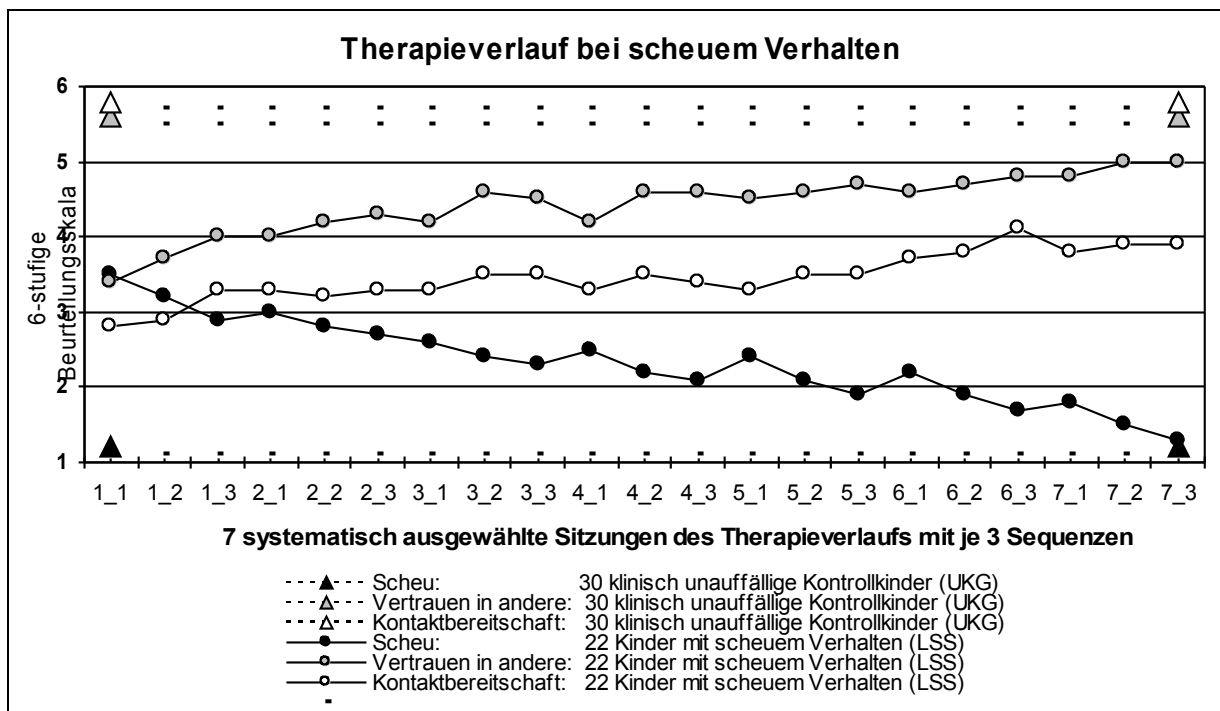
Anmerkungen: N,%=Häufigkeit der Fälle, absolut und relativ; M,s=Mittelwert, Standardabweichung der Ausprägung der Symptome beim Erstkontakt (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ); \*)=keine Varianz, da bei schwerer Symptomausprägung alle Patient/innen mit 4, bei deutlicher mit 3, bei leichter mit 2 markiert.

Etwa die Hälfte der scheuen Patient/innen neigte zu sozialem Rückzug (LSS 45%, MCS 50%), besonders häufig die Patient/innen mit eher leichter Symptomatik (66%) und die Jungen (54%) der MCS-Stichprobe. Etwa ein Drittel bis zur Hälfte der scheuen Patient/innen war übermäßig angepasst (LSS 55%, MCS 34%). Auffällig war in der MCS-Stichprobe der Anteil ängstlicher scheuer Patient/innen: 41% sozial ängstliche, 34% leistungsängstliche und

32% trennungsängstliche Patient/innen. Dagegen war Ängstlichkeit bei den scheuen Patient/innen der sprach- und sprechgestörten LSS-Stichprobe eher selten (vgl. Tabelle 25).

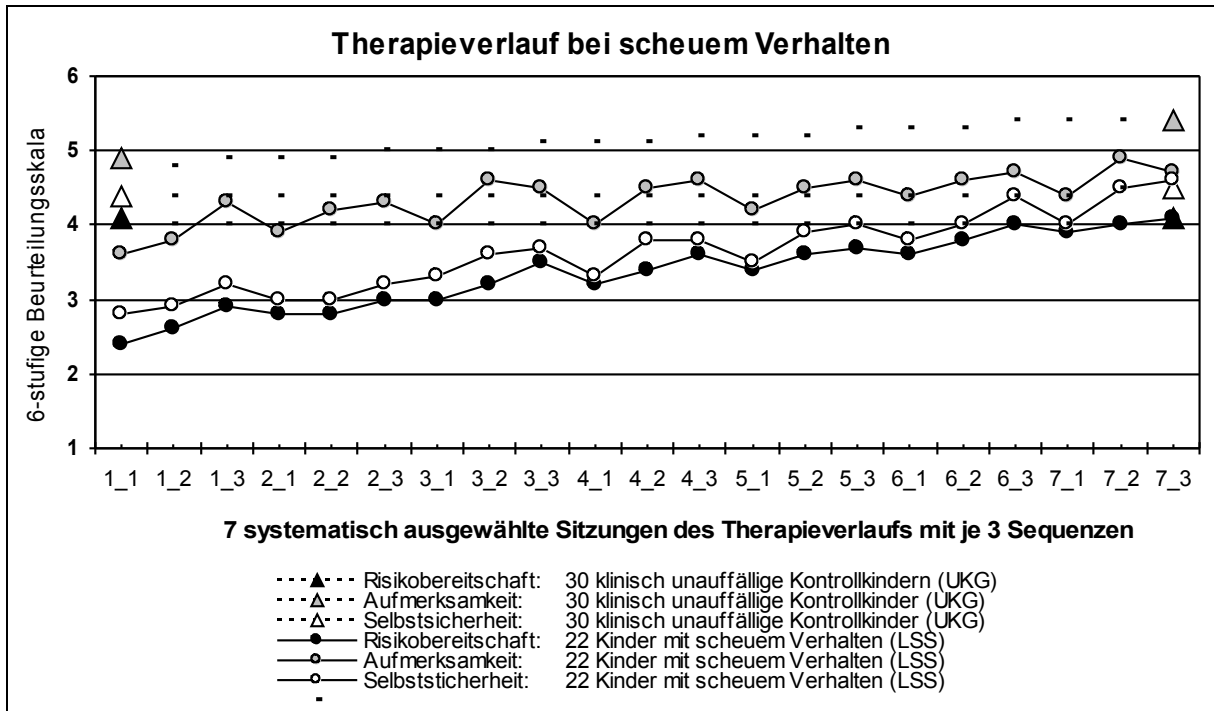
### 3.3.2.6 Veränderung scheuen Verhaltens im Therapieverlauf

Alle Therapiesitzungen der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) wurden auf Video protokolliert. Aus den Videoprotokollen der 22 scheuen Patient/innen wurden jeweils sieben Therapiesitzungen systematisch ausgewählt und in drei Sequenzen geteilt. Diese  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen wurden mit 1\_1, 1\_2, 1\_3 bzw. 2\_1, 2\_2, 2\_3 usw. bis 7\_1, 7\_2, 7\_3 gekennzeichnet. Dieses Vorgehen erlaubte eine Auswertung sowohl der *Therapieverläufe* als auch der *Sitzungsverläufe*. Jede Sequenz wurde nach 18 Prozessvariablen ausgewertet, von denen die für die Veränderung der scheuen Patient/innen der LSS relevanten dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) gegenüber gestellt wurden (vgl. Abbildungen 13-15).

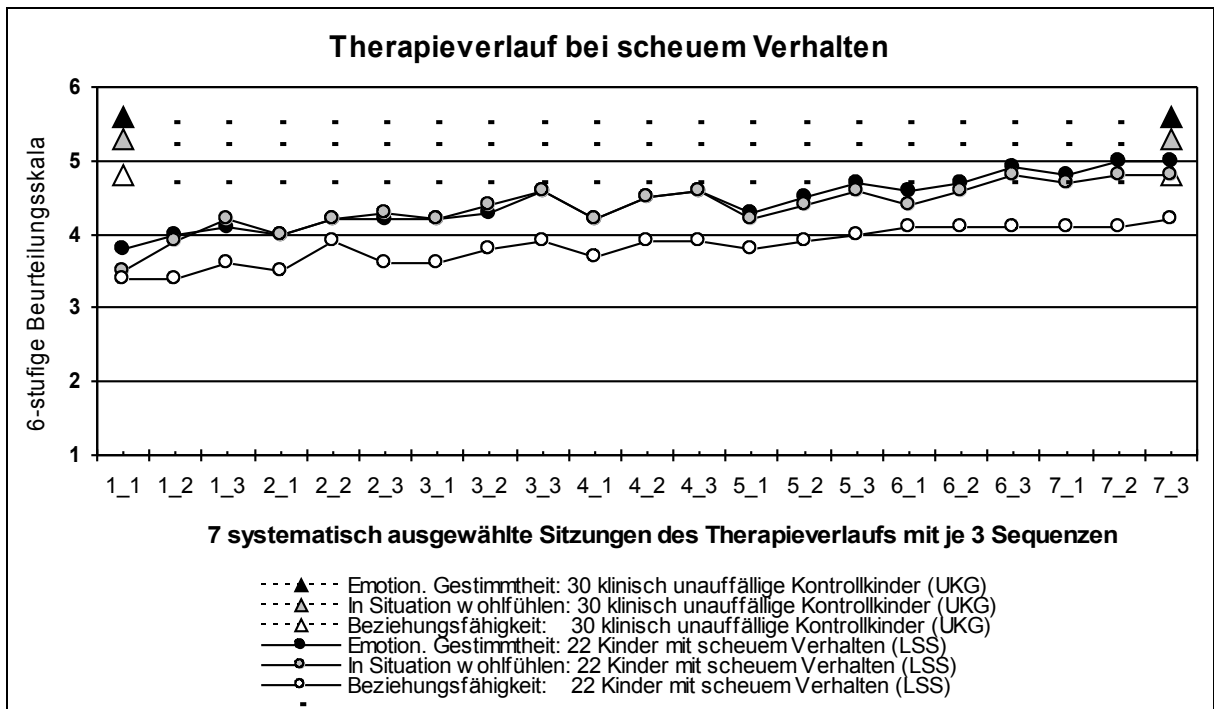


**Abbildung 13:** Verringerung von Scheu im Therapieverlauf und zugleich Verbesserung des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der scheuen LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

Abbildung 13 zeigt, wie sich im Therapieverlauf die Scheu der Patient/innen der LSS-Stichprobe nahezu kontinuierlich von anfangs durchschnittlich  $M_{1_1}=3.5$  auf der 6-stufigen Skala um  $M=2.2$  auf  $M_{7_3}=1.3$  verringerte (schwarze Kurve). Die anfangs klinisch scheuen Kinder waren am Ende der Therapie fast ebenso wenig scheu wie die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (schwarzes Dreieck).



**Abbildung 14:** Verbesserung der Risikobereitschaft, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit scheuer LSS-Patient/innen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern



**Abbildung 15:** Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der scheuen LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich den mit klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation

In gleicher Weise wurde auch die Veränderung der Scheu im Sitzungsverlauf über jeweils drei Sequenzen je Sitzung analysiert. Fast immer verringerte sich die Scheu der Patient/innen im Verlauf einer Therapiesitzung, stieg in der Zeit bis zum Beginn der nachfolgenden Sitzung wieder etwas an und reduzierte sich dann im Verlauf der nächsten Sitzung weiter (vgl. Abbildung 13, Abschnitte 1\_1 – 1\_3 bis 7\_1 – 7\_3 der schwarzen Kurven).

Mit der Verringerung der Scheu der Patient/innen nahm zugleich deren Vertrauen in andere auf der 6-stufigen Skala von  $M_{1_1}=3.4$  um  $M=1.6$  auf  $M_{7_3}=5.0$  fast bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder ( $M=5.4$ ) zu (vgl. Abbildung 13, graue Kurve und graues Dreieck). Auch die Kontaktbereitschaft der anfangs scheuen Kinder nahm, wenn auch weniger ausgeprägt, von  $M_{1_1}=2.8$  um  $M=1.1$  auf  $M_{7_3}=3.9$  zu, blieb jedoch weit hinter der Kontaktbereitschaft klinisch unauffälliger Kontrollkinder ( $M=5.9$ ) zurück (vgl. Abbildung 13, weiße Kurve und weißes Dreieck). Die geringere Verbesserung der Kontaktbereitschaft hat eine gewisse Parallele mit der während des Therapieverlaufs auch nur wenig gewachsenen Beziehungsneigung. Mit dem Rückgang der Scheu stieg die Bereitschaft, Beziehungen einzugehen von  $M_{1_1}=3.4$  um  $M=0.6$  auf  $M_{7_3}=4.2$  und näherte sich damit den klinisch unauffälligen Kinder an (vgl. Abbildung 15, weiße Kurve und weißes Dreieck).

Mit der Verringerung der Scheu verbesserte sich die anfangs sehr geringe Risikobereitschaft (von  $M_{1_1}=2.4$  um  $M=1.7$  auf  $M_{7_3}=4.1$ ) und die Selbstsicherheit der Patient/innen von  $M_{1_1}=2.8$  um  $M=1.8$  auf  $M_{7_3}=4.6$  deutlich. Beide Eigenschaften erreichten am Ende des Therapieverlaufs das Niveau klinisch unauffälliger Kontrollkinder mit einer Risikobereitschaft von  $M_{7_3}=4.1$  und einer Selbstsicherheit von  $M_{7_3}=4.3$  (vgl. Abb. 14, schwarze bzw. weiße Kurve und schwarzes bzw. weißes Dreieck).

Zugleich verbesserte sich die Aufmerksamkeit der anfänglich scheuen Patient/innen von  $M_{1_1}=3.6$  um  $M=1.1$  auf  $M_{7_3}=4.7$ . Auch bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern verbesserte sich innerhalb der 16-wöchigen Kontrollzeit die Aufmerksamkeit noch etwas von anfangs  $M=4.9$  auf am Ende  $M=5.3$  (vgl. Abbildung 14, graue Kurve bzw. graues Dreieck). Die Steigerung der Aufmerksamkeit der anfangs scheuen Patient/innen kann eine Folge der Verringerung der Scheu, aber auch einer Verbesserung anderer Aspekte sein, beispielsweise einer Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, die im Therapieverlauf von  $M_{1_1}=3.8$  um  $M=1.2$  auf  $M_{7_3}=5.0$  (vgl. Abbildung 15, schwarze Kurve) zunahm, und der Tatsache, dass sich die anfangs scheuen Kinder in der Therapiesituation zunehmend wohler fühlten (von  $M_{1_1}=3.5$  um  $M=1.3$  auf  $M_{7_3}=4.8$ ). Sie fühlten sich zuletzt fast so wohl wie die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (Abbildung 15, graue Kurve bzw. graues Dreieck).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die anfangs scheuen Patient/innen der LSS im Verlauf der Behandlung mit Theraplay ihre Scheu weitgehend verloren und sich mit zunehmend besserer emotionaler Gestimmtheit und wachsendem Vertrauen in andere tendenziell auch in ihrer Kontaktbereitschaft und Beziehungsfähigkeit besserten (vgl. Abbildungen 13-15).

### **3.3.2.7 Effektivität und Nachhaltigkeit**

#### **der Wirkung von Theraplay auf scheues Verhalten:**

#### **Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen**

Die zentrale Hypothese dieser Therapieforschung nimmt an, dass die Behandlung mit Theraplay die Kernsymptome und relevante Begleitsymptome von Verhaltensstörungen, also auch von Scheu, bedeutsam, d.h. mit hinreichender Effektgröße, statistisch signifikant, nachhaltig und hinsichtlich der Therapiedauer effizient verringern kann.

**Therapeutischer Effekt von Theraplay.** Die mögliche Veränderung der Symptome wurde von Klinikern vor Beginn und nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay und zwei Jahre nach Ende der Therapie, also zu den Zeitpunkten  $t_1$ ,  $t_6$  und  $t_7$ , anhand des Psychopathologischen Befund-Systems CASCAP-D auf vier Stufen zwischen  $M=4.0$  (schwer ausgeprägte Symptomatik) und  $M=1.0$  (klinische Unauffälligkeit) eingeschätzt.

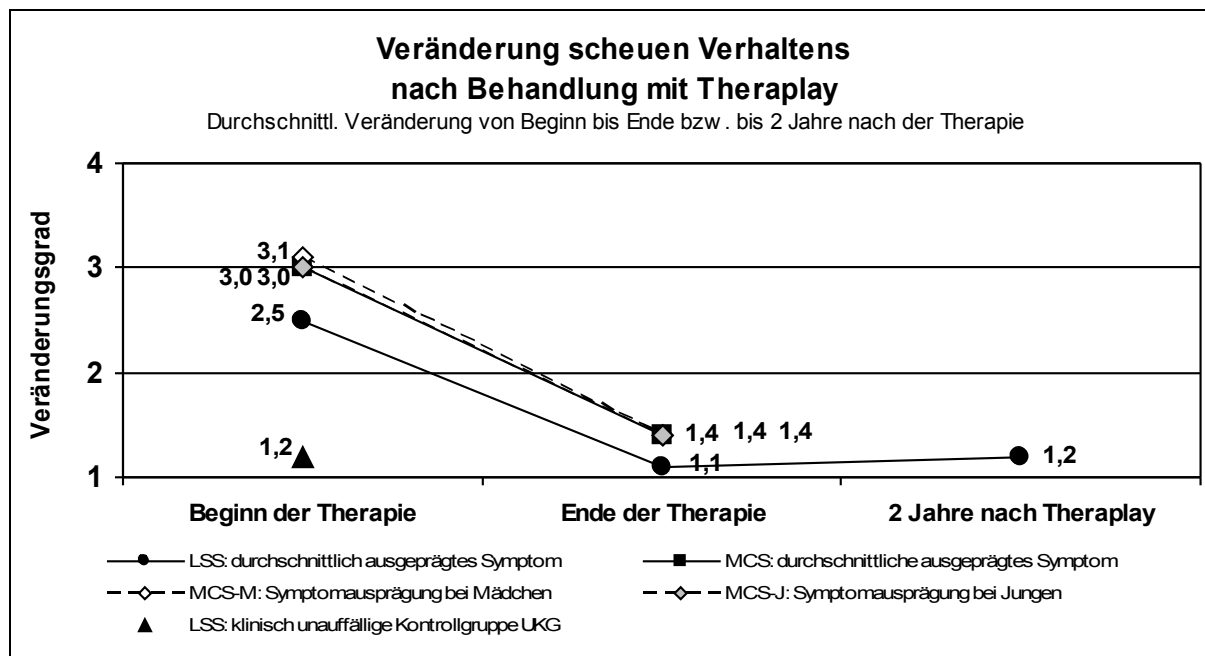
Die Differenz  $D_{1-6}$  drückt die Veränderung von Scheu vom Beginn ( $t_1$ ) bis zum Ende der Therapie ( $t_6$ ) aus. Sie betrug bei den Patient/innen der LSS durchschnittlich  $D_{1-6}=1.4$  und bei denen der MCS  $D_{1-6}=1.6$  einer maximal möglichen Veränderung von 3 Skalenpunkten der 4-stufigen Dimensionalisierung mit CASCAP-D. Zum Ende der Behandlung mit Theraplay war die Scheu bei Patient/innen der LSS mit  $M_6=1.1$ ,  $s=0.4$  und der MCS mit  $M_6=1.4$ ,  $s=0.6$  so weit reduziert, dass sie sich kaum noch von der klinisch unauffälliger Kinder mit  $M_1=1.2$ ,  $s=0.4$  unterschied (vgl. Tabelle 26 und Abbildung 16).

In beiden Feldstudien waren die Veränderungen der Scheu mit  $p<.0001$  statistisch hoch signifikant und die Effektgrößen mit  $d_{(1-6)}=|2.46|$  in der LSS bzw.  $d_{(1-6)}=|2.26|$  in der MCS sehr groß. Es kann angenommen werden, dass die Behandlung mit Theraplay in der Therapie eines klinisch scheuen Verhaltens von Klein- und Vorschulkindern sehr effektiv ist (vgl. Tabelle 26 und Abbildung 16).

**Tabelle 26: Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung scheuen Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung scheuen Verhaltens										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{1-6}$	$p_{6-7}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
▲UKG	klinisch unauffällig	1.2	-	-	-	0.4	-	-	- <	-	-	-
●LSS	Scheu, durchschn.	2.5	1.1	1.2	1.4	0.7	0.4	0.5	0.001	n.s.	2.46	0.22
■MCS	Scheu, durchschn.	3.0	1.4	-	1.6	0.8	0.6	-	<.0001	-	2.26	-
■MCS-S	schwere Scheu *)	4.0*	1.5	-	2.5*	0.0	0.7	-	<.0001	-	(*)	-
■MCS-D	deutliche Scheu *)	3.0*	1.3	-	1.7*	0.0	0.5	-	<.0001	-	(*)	-
□MCS-L	leichte Scheu *)	2.0*	1.2	-	0.8*	0.0	0.7	-	<.0001	-	(*)	-
◇MCS-M	scheue Mädchen	3.1	1.4	-	1.7	0.8	0.5	-	<.0001	-	2.55	-
◇MCS-J	scheue Jungen	3.0	1.4	-	1.6	0.8	0.7	-	<.0001	-	2.13	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ ; (\*)=für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist.



**Abbildung 16:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung scheuen Verhaltens der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)

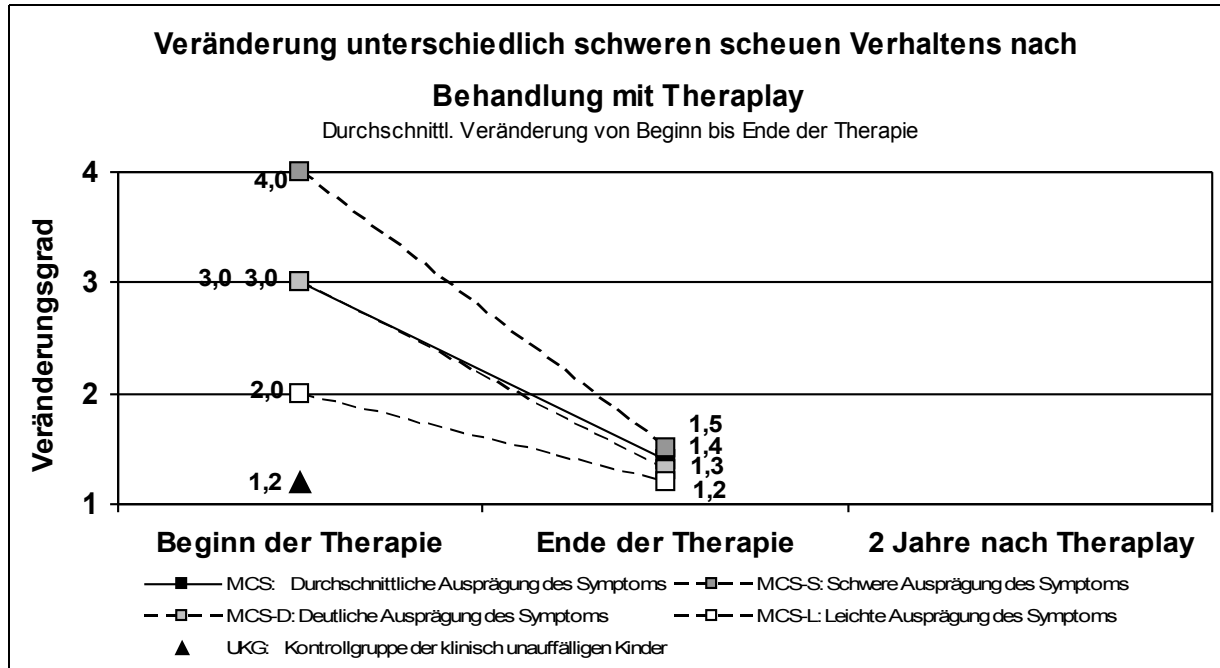


Die weitgehende Parallelität der Veränderung des anfangs scheuen Verhaltens der Patient/innen beider Feldstudien war mit  $D_{LSS\ 1-6}=1.4$  bzw.  $D_{MCS\ 1-6}=1.6$  und einer Effektgröße von  $d_{LSS\ 1-6}=|2.46|$  bzw.  $d_{MCS\ 1-6}=|2.26|$  nicht nur praktisch sehr bedeutsam, sondern bestätigte in zwei unabhängigen Studien die Ergebnisse auch gegenseitig. Diese hohe Übereinstimmung der Wirkung von Theraplay in zwei Studien lässt vermuten, dass Theraplay auch bei vergleichbaren Patientenpopulationen mit klinisch auffälligem Verhalten entsprechend wirksam sein könnte (vgl. Tabelle 26 und Abbildung 16).

### **Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad scheuen Verhaltens.**

Alle scheuen Patient/innen der MCS mit schwerer Symptomausprägung wurden auf der 4-stufigen CASCAP-D-Skala zum Zeitpunkt  $t_1$  mit 4, alle mit deutlicher mit 3 und alle mit leichter Symptomatik mit 2 notiert. Die Patient/innen der MCS variierten also innerhalb des jeweiligen Schweregrads nicht. Die Formel für die Effektgröße  $d$  verlangt jedoch Varianz für jeweils *beide* miteinander verglichenen Erhebungszeitpunkte  $t_1$  und  $t_6$ . Deshalb konnte die Effektgröße  $d$  für den Schweregrad der Symptomatik der Patient/innen der MCS-Stichprobe nicht berechnet werden. Ersatzweise bot sich die Bedeutsamkeit  $D$  der Symptomverringering zwischen je zwei Erhebungszeitpunkten und deren statistische Signifikanz an zur Beurteilung der Effektivität von Theraplay auf unterschiedlich schwere Verhaltenssymptome (vgl. Tabelle 26: Differenz  $D_{1-6}$  Abbildung 17 bei schwerer, deutlicher oder leichter Symptomatik).

Die Bedeutsamkeit der Wirkung von Theraplay auf Patient/innen der MCS mit unterschiedlichem Schweregrad scheuen Verhaltens betrug bei Patient/innen mit schwerer Symptomausprägung (MCS-S)  $D_{1-6}=2.5$ , mit deutlicher Symptomatik (MCS-D)  $D_{1-6}=1.7$  und mit leichter Symptomatik (MCS-L)  $D_{1-6}=0.8$  bei einer maximal möglichen Differenz von drei Skalenwerten. Alle drei Symptomverringeringungen waren mit  $p<.0001$  statistisch hoch signifikant. Je schwerer die Scheu der Patient/innen anfangs ausgeprägt war, um so bedeutsamer verringerten sich die Symptome bis zum Ende der Therapie. Nach der Behandlung mit Theraplay unterschieden sich die anfangs unterschiedlich schwer betroffenen scheuen Patient/innen der MCS nur noch unwesentlich voneinander und von den klinisch unauffälligen Kontrollkindern. Bei Patient/innen der MCS mit anfangs schwerer Symptomausprägung reduzierte sich die Scheu auf  $M_6=1.5$ ,  $s=0.7$ , bei denen mit anfangs deutlicher Scheu auf  $M_6=1.3$ ,  $s=0.5$  und bei denen mit nur leichter Scheu auf  $M_6=1.2$ ,  $s=0.7$ . Sie unterschieden sich nach der Therapie kaum noch von den klinisch unauffälligen Kontrollkindern mit  $M_6=1.2$ ,  $s=0.4$  (vgl. Tabelle 26 und Abbildung 17).



**Abbildung 17:** Positive Veränderung schwerer, deutlicher und leichter Ausprägung scheuen Verhaltens der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

**Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay.** Scheu, darauf wurde schon hingewiesen, schien bei Mädchen geringfügig mehr ausgeprägt zu sein als bei Jungen. In der von Klinikern mit CASCAP-D eingeschätzten Ausprägung unterschieden sich jedoch scheue Mädchen der MCS-Stichprobe mit  $M_1=3.1$ ,  $s=0.8$  kaum von scheuen Jungen mit  $M_1=3.0$ ,  $s=0.8$ . In beiden geschlechtsspezifischen Substichproben der MCS verringerte sich Scheu nach der Behandlung mit Theraplay ähnlich bedeutsam, bei Mädchen vom Beginn bis zum Ende der Therapie um  $D_{1-6}=1.7$  auf  $M_6=1.4$ ,  $s=0.5$ , bei Jungen um  $D_{1-6}=1.6$ ,  $s=0.7$  auf  $M_6=1.4$ ,  $s=0.7$ . Die Symptomreduzierung war bei scheuen Mädchen und scheuen Jungen mit  $p<.0001$  statistisch hoch signifikant und war bei Mädchen mit  $d_{1-6}=|2.55|$  und bei Jungen mit  $d_{1-6}=|2.13|$  sehr wirksam. Nach der Therapie waren Mädchen und Jungen hinsichtlich ihrer anfänglichen Scheu klinisch ähnlich unauffällig wie die Kontrollkinder mit  $M=1.2$ ,  $s=0.4$  (vgl. Tabelle 26 und Abbildung 16).

**Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay.** Die Nachhaltigkeit eines Therapieeffektes erweist sich daran, dass es in der Katamnese, hier bis zwei Jahre nach Abschluss der Therapie, keine Rückfälle und keine statistisch signifikanten negativen Veränderungen mehr gibt. Die Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay wurde nur in der Längsschnittstudie untersucht: 13 von 22 anfangs scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe (59%) konnten zwei Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay noch einmal untersucht

werden. Es gab keine Rückfälle und nur geringe negative Veränderungen ohne statistische Signifikanz mit einer unbedeutenden Effektgröße von  $d_{6-7}=|0.22|$  (vgl. Tabelle 26).

**Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf Begleitsymptome scheuen Verhaltens.** Bei 83 (50%) der 167 scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe wurden als begleitende Symptome auch die Neigung zu sozialem Rückzug, bei 59 (35%) mangelndes Selbstvertrauen, bei 44 (26%) Sozialangst und bei 35 (21%) Leistungsangst diagnostiziert. Viele scheue Patient/innen verhielten sich überangepasst (LSS 55%; MCS 34%). Das sind Symptome, aus denen sich die diagnostizierte Scheu erklären lässt. Bei 108 (65%) der 167 scheuen Patient/innen der MCS wurde zugleich unkooperatives Verhalten festgestellt. Unkooperatives Verhalten ist also nicht nur ein Symptom oppositionell verweigernder Patient/innen mit externalisierendem Sozialverhalten, sondern auch vieler scheuer Klein- und Vorschulkinder. Unkooperatives Verhalten kann demnach unterschiedlich motiviert sein. Die soziale Interaktion der scheuen Patient/innen wurde auch von Unaufmerksamkeit begleitet. Mehr als ein Fünftel der scheuen Patient/innen der LSS (82%) und mehr als zwei Drittel der scheuen Patient/innen der MCS (69%) waren unaufmerksam. Zwei Jahre nach der Behandlung mit Theraplay hatten sich die Begleitsymptome scheuen Verhaltens weitgehend verringert und der klinischen Unauffälligkeit der Kontrollkinder gleichen Alters und Geschlechts (UKG) deutlich angenähert:

→Verringerung unkooperativen Verhaltens als Begleitsymptom von Scheu:

UKG:  $M_1=1.1$

MCS: von  $M_1=2.3$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.3$

LSS: von  $M_1=2.0$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=1.4$  und um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=1.1$

→Verringerung sozial zurückgezogenen Verhaltens als Begleitsymptom von Scheu:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=1.9$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=1.2$

LSS: von  $M_1=1.6$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.1$  und um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=1.0$

→Verringerung überangepassten Verhaltens als Begleitsymptom von Scheu:

UKG:  $M_1=1.0$ ;

MCS: von  $M_1=1.7$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=1.1$

LSS: von  $M_1=1.7$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=1.0$  und zurück um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=1.1$ .

Die anfängliche Unaufmerksamkeit reduzierte sich bis zum Ende der Therapie zunächst nicht in gleichem Maße wie die Scheu und die Verhaltenssymptome, sie verringerten sich jedoch in den zwei Jahren nach Ende der Therapie noch weiter, und zwar fast auf das Niveau klinisch unauffälliger Kontrollkinder (vgl. Tabelle 25 und 27):

UKG:  $M_1=1.3$

LSS: von  $M_1=2.4$  um  $D_{1-6}=0.4$  auf  $M_6=2.0$  und um  $D_{6-7}=0.5$  auf  $M_7=1.5$ .

**Tabelle 27: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens als Begleitsymptom scheuen Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Unaufmerksames Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-<	-	-	-
●LSS	scheue Patienten	2.4	2.0	1.5	0.4	0.9	0.8	0.8	0.001	n.s.	0.50	0,67
■MCS	scheue Patienten	2.4	1.7	-	0.7	1.7	0.6	-	<.0001	-	0.54	-
▣MCS-S	schwere Scheu	2.6	1.6	-	1.0	1.3	0.6	-	<.0001	-	0.93	-
▣MCS-D	deutliche Scheu	2.3	1.7	-	0.6	1.2	0.7	-	<.0001	-	0.61	-
□MCS-L	leichte Scheu	2.4	1.7	-	0.7	0.9	0.4	-	<.0001	-	0.82	-
◇MCS-M	scheue Mädchen	2.3	1.7	-	0.6	1.1	0.5	-	<.0001	-	0.62	-
◆MCS-J	scheue Jungen	2.6	1.7	-	1.9	1.2	0.6	-	<.0001	-	0.92	-
<b>Unkooperatives Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-<	-	-	-
●LSS	scheue Patienten	2.0	1.4	1.1	0.6	1.1	0.9	0.2	0.001	n.s.	0.68	0,63
■MCS	scheue Patienten	2.3	1.3	-	1.0	1.2	0.7	-	<.0001	-	1.09	-
▣MCS-S	schwere Scheu	2.6	1.4	-	1.2	1.4	0.8	-	<.0001	-	1,14	-
▣MCS-D	deutliche Scheu	2,4	1.2	-	1.2	1.1	0.7	-	<.0001	-	1,45	-
□MCS-L	leichte Scheu	1.9	1.2	-	0.7	0.9	0.6	-	<.0001	-	0.92	-
◇MCS-M	scheue Mädchen	2.3	1.3	-	1.0	1.2	0.8	-	<.0001	-	1.12	-
◆MCS-J	scheue Jungen	2.4	1.3	-	1.1	1.2	0.7	-	<.0001	-	1,16	-
<b>Sozial zurückgezogenes Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-<	-	-	-
●LSS	scheue Patienten	1.6	1.1	1.0	0.5	0.8	0.7	0.0	0.001	n.s.	0.79	0.35
■MCS	scheue Patienten	1.9	1.2	-	0.7	1.1	0.7	-	<.0001	-	0,82	-
▣MCS-S	schwere Scheu	2.5	1.3	-	1.2	1.3	0.7	-	<.0001	-	1.19	-
▣MCS-D	deutliche Scheu	1.9	1.1	-	0.8	1.0	0.6	-	<.0001	-	1.08	-
□MCS-L	leichte Scheu	1.4	1.1	-	0.3	0.6	0.6	-	<.0001	-	0,50	-
◇MCS-M	scheue Mädchen	1.9	1.2	-	0.7	1.2	0.6	-	<.0001	-	0,78	-
◆MCS-J	scheue Jungen	2.0	1.3	-	0.7	1.1	0.7	-	<.0001	-	0,79	-
<b>Überangepasstes Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-<	-	-	-
●LSS	scheue Patienten	1.7	1.0	1.1	0.7	0.7	1.0	0.7	0.001	n.s.	1.36	0.19
■MCS	scheue Patienten	1.7	1.1	-	0.6	1.0	0.8	-	<.0001	-	0,79	-
▣MCS-S	schwere Scheu	1.9	1.2	-	0.7	1.3	0.8	-	<.0001	-	0,69	-
▣MCS-D	deutliche Scheu	1.7	1.1	-	0.6	1.1	0.9	-	<.0001	-	0,74	-
□MCS-L	leichte Scheu	1.4	1.1	-	0.3	0.6	0.8	-	<.0001	-	0,59	-
◇MCS-M	scheue Mädchen	1.4	1.1	-	0.3	1.0	0.9	-	<.0001	-	0,41	-
◆MCS-J	scheue Jungen	1.7	1.2	-	0.5	1.0	0.8	-	<.0001	-	0,63	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7; s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

Über die mögliche Weiterentwicklung der Begleitsymptome der scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe liegen für die Zeit nach Ende der Therapie wegen des methodischen Ansatzes als Prä-Post-Untersuchung keine Werte vor.

Rezeptive Sprachstörungen können als Begleitsymptom der Scheu sowohl die Folge neuronal bedingter Entwicklungsverzögerungen als auch die Folge eines während der frühen Kindheit übersprungenen Entwicklungsschrittes sein. Das Nachholen eines Entwicklungsschrittes könnte erklären, warum die Behandlung mit Theraplay bis zum Therapieabschluss (Zeitpunkt  $t_6$ ) zunächst nur begrenzt wirkte, sich aber, nachdem die Sprache angebahnt worden war, in den zwei Jahren nach der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_7$ ) die Fähigkeit zur Sprachrezeption weiter besserte und beinahe das Sprachverständnis klinisch unauffälliger Kinder (UKG) erreichte:

→ Verringerung rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptom von Scheu:

UKG:  $M_1=1.3$

MCS: von  $M_1=2.4$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=1.7$

LSS: von  $M_1=2.4$  um  $D_{1-6}=0.4$  auf  $M_6=2.0$  und um  $D_{6-7}=0.5$  auf  $M_7=1.5$  (vgl. Tab. 28).

**Tabelle 28: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome scheuen Verhaltens sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	- <	-	-	-
●LSS	scheue Patienten	2.4	2.0	1.5	0.4	0.9	0.8	0.8	0.001	n.s.	0.50	0,67
■MCS	scheue Patienten	2.4	1.7	-	0.7	1.7	0.6	-	<.0001	-	0.54	-
▣MCS-S	schwere Scheu	2.6	1.6	-	1.0	1.3	0.6	-	<.0001	-	0.93	-
▣MCS-D	deutliche Scheu	2.3	1.7	-	0.6	1.2	0.7	-	<.0001	-	0.61	-
□MCS-L	leichte Scheu	2.4	1.7	-	0.7	0.9	0.4	-	<.0001	-	0.82	-
◇MCS-M	scheue Mädchen	2.3	1.7	-	0.6	1.1	0.5	-	<.0001	-	0.62	-
◆MCS-J	scheue Jungen	2.6	1.7	-	0.9	1.2	0.6	-	<.0001	-	0.92	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

**Möglicher Zusammenhang zwischen scheuem Verhalten und begleitenden Symptomen.** In den beiden Feldstudien (LSS und MCS) wurde die Wechselbeziehung zwischen scheuem Verhalten als Kernsymptom und relevanten Begleitsymptomen anhand

von Pearson Korrelationskoeffizienten (SAS 9.1, Prozedur Corr) und deren statistischer Signifikanz darauf hin untersucht, ob Korrelationskoeffizienten Ausdruck sein könnten

- für *kennzeichnende* Begleitsymptome scheuen Sozialverhaltens (Basis: Nettostichproben)
- für mit scheuem Verhalten *zusammenhängende* Begleitsymptome anderer Verhaltensstörungen bzw. Aufmerksamkeits- oder rezeptive Sprachstörungen (Basis: Scheue Klein- und Vorschulkinder der LSS- bzw. MCS-Stichprobe (vgl. Tab. 29).

**Kennzeichnende Begleitsymptome scheuen Verhaltens.** Kennzeichnend für klinisch scheues Verhalten scheint eine gewisse Antriebs- und Affektarmut zu sein, eine Neigung zu depressiver Verstimmtheit sowie Misstrauen, verschiedene Formen von Ängsten wie Sozial-, Trennungs- und Leistungsangst mit der Folge von überangepasstem und sozial zurückgezogenem Verhalten bis zu selektivem Mutismus. Umgekehrt sind die für störendes Sozialverhalten charakteristischen Verhaltensweisen Ausschlusskennzeichen für scheues Verhalten. Mit scheuem Verhalten korrelieren oppositionell verweigerndes, unkooperatives, dominantes, enthemmtes oder aggressives Verhalten negativ. Scheue Kinder sind auch nicht hyperaktiv oder impulsiv. Es scheint ihnen auch nicht an Empathie und sozialer Gegenseitigkeit zu mangeln, wenn sie das in ihrer Scheu auch nicht so zu zeigen vermögen. Unklar ist, ob Unaufmerksamkeit und Sprachentwicklungsstörungen kennzeichnend für scheue Kinder sein können (vgl. Tabelle 29, Spalten 2-5).

**Möglicher Zusammenhang zwischen scheuem Verhalten und anderen Verhaltens- sowie Aufmerksamkeits- und rezeptiven Sprachstörungen.** Über die Koinzidenz von Scheu und bestimmten Begleitsymptomen wurde schon berichtet. Hier soll nun durch Korrelationsanalysen untersucht werden, ob es einen positiven oder negativen Zusammenhang mit Symptomen anderer Störungen gab und wie hoch die Korrelationen waren. Allerdings wurde durch die geringe Stichprobengröße der LSS-Stichprobe ( $N=22$ ) die statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten einiger Kriterien beeinträchtigt, die sich aber in der größeren MCS-Stichprobe ( $N=167$ ) als statistisch signifikant erwiesen haben.

So scheint ein signifikanter Zusammenhang zwischen unkooperativem Verhalten, mangelndem Selbstvertrauen, sozialen Ängsten, mangelnder sozialer Gegenseitigkeit, sozial zurückgezogenem, selektiv mutistischem bzw. überangepasstem Verhalten, depressiver Missgestimmtheit, Antriebs- bzw. Affektarmut und klinisch scheuem Verhalten zu bestehen. Hinweise auf einen Zusammenhang mit Sprachentwicklungsstörungen sind nicht eindeutig, es scheint aber ein Zusammenhang mit rezeptiven Sprachstörungen und in der Folge dieser Sprachverständnisstörungen auch mit expressiven Sprachstörungen zu bestehen (vgl. Tabelle 29, Spalten 6-9).

Tabelle 29: Korrelation scheuen Verhaltens mit begleitenden Symptomen

Begleitsymptome scheuen Verhaltens								
Erhebungszeitpunkt $t_1$ vor Beginn der Behandlung mit Theraplay								
Kernsymptom und relevante Begleitsymptome	Kennzeichnend. Begleitsymptome des Kernsymptoms				Zusammenhang zwischen Kern- und Begleitsymptomen			
	●LSS N=60		■MCS N=333		●LSS N=22		■MCS N=167	
	r	p(r)	r	p(r)	r	p(r)	r	p(r)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>scheu</b>	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>		<b>1.00</b>	
<b>antriebsvermindert</b>								
antriebsarm	<b>0.48</b>	<.0001	<b>0.31</b>	<.0001	<b>0.22</b>	n.s.	<b>0.27</b>	0.0004
affektarm	<b>0.05</b>	n.s.	<b>0.23</b>	<.0001	<b>0.15</b>	n.s.	<b>0.30</b>	<.0001
<b>emotional gestört</b>								
mangelnd.Selbstvertrauen	- <b>0.02</b>	n.s.	<b>0.48</b>	<.0001	<b>0.45</b>	0.0344	<b>0.35</b>	<.0001
sozial ängstlich	<b>0.30</b>	0.0192	<b>0.48</b>	<.0001	<b>0.37</b>	<.0001	<b>0.37</b>	<.0001
misstrauisch	<b>0.32</b>	<.0001	<b>0.32</b>	<.0001	<b>0.40</b>	0.0020	<b>0.47</b>	<.0001
leistungsängstlich	<b>0.05</b>	n.s.	<b>0.39</b>	<.0001	- <b>0.16</b>	n.s.	<b>0.24</b>	0.0021
trennungsängstlich	<b>0.15</b>	n.s.	<b>0.31</b>	<.0001	<b>0.33</b>	n.s.	<b>0.20</b>	0.0091
depressiv verstimmt	<b>0.24</b>	0.0602	<b>0.28</b>	<.0001	<b>0.44</b>	0.0418	<b>0.19</b>	0.0152
<b>internalisierend</b>								
sozial zurückgezogen	<b>0.23</b>	0.0832	<b>0.28</b>	<.0001	<b>0.23</b>	n.s.	<b>0.39</b>	<.0001
überangepasst	<b>0.56</b>	<.0001	<b>0.37</b>	<.0001	<b>0.13</b>	n.s.	<b>0.18</b>	0.0182
mutistisch	<b>0.36</b>	0.0049	<b>0.32</b>	<.0001	<b>0.21</b>	n.s.	<b>0.20</b>	0.0089
<b>autistoid</b>								
unempathisch	- <b>0.25</b>	n.s.	- <b>0.21</b>	0.0002	<b>0.15</b>	n.s.	<b>0.09</b>	n.s.
mangelnde soz. Gegens.	- <b>0.26</b>	0.0482	- <b>0.10</b>	0.0630	<b>0.48</b>	0.0232	<b>0.18</b>	0.0167
<b>unaufmerksam</b>	- <b>0.03</b>	n.s.	- <b>0.14</b>	0.0130	- <b>0.19</b>	n.s.	- <b>0.06</b>	n.s.
<b>externalisierend</b>								
unkooperativ	- <b>0.28</b>	0.0305	- <b>0.11</b>	0.0507	<b>0.44</b>	0.0391	<b>0.22</b>	0.0035
oppositionell verweigernd	- <b>0.32</b>	0.0141	- <b>0.16</b>	0.0026	- <b>0.31</b>	n.s.	- <b>0.18</b>	0.0222
dominant	- <b>0.27</b>	<.0001	- <b>0.30</b>	<.0001	- <b>0.15</b>	n.s.	- <b>0.18</b>	0.0222
enthemmt	- <b>0.17</b>	n.s.	- <b>0.32</b>	<.0001	- <b>0.15</b>	n.s.	- <b>0.17</b>	0.0592
aggressiv	- <b>0.17</b>	n.s.	- <b>0.27</b>	<.0001	- <b>0.15</b>	n.s.	- <b>0.03</b>	n.s.
<b>antriebsgesteigert</b>								
hyperaktiv	- <b>0.26</b>	0.0382	- <b>0.41</b>	<.0001	- <b>0.35</b>	n.s.	<b>0.00</b>	n.s.
impulsiv	- <b>0.22</b>	n.s.	- <b>0.35</b>	<.0001	- <b>0.30</b>	n.s.	<b>0.09</b>	n.s.
<b>sprachgestört</b>								
rezeptiv sprachgestört	<b>0.09</b>	n.s.	<b>0.02</b>	n.s.	<b>0.23</b>	n.s.	<b>0.10</b>	n.s.
expressiv sprachgestört	<b>0.14</b>	n.s.	<b>0.01</b>	n.s.	<b>0.18</b>	n.s.	<b>0.15</b>	n.s.

Anmerkungen: SAS 9.1-Prozedur „Corr“; r=Korrelationskoeffizienten nach Pearson; p(r)=statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten; n.s.= statistisch nicht signifikant

### 3.3.2.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)

Effizienz ist die ökonomische Seite der Effektivität einer Therapieform. Sie drückt sich durch die Therapiedauer, d.h. durch die Anzahl der durchschnittlich notwendigen Therapiesitzungen aus. Tabelle 30 zeigt, dass in beiden Studien durchschnittlich 18 bis 19

Therapiesitzungen (LSS  $M=18.4$ ; MCS  $M=18.0$ ) notwendig waren, um bei klinisch scheuen Patient/innen das Therapieziel zu erreichen. Innerhalb dieser durchschnittlichen Therapiedauer gab es jedoch, wie die Standardabweichungen zeigen, eine erhebliche Varianz. Insbesondere Patient/innen mit schwerer Symptomatik und körperlich und geistig behinderte scheue Kinder brauchten bis zu 55 Therapiesitzungen.

**Tabelle 30: Therapiedauer der scheuen Patient/innen**

Stichproben und MCS-Substichproben	N	Durchschnittliche Therapiedauer Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen			
		minimal	maximal	durchschnittlich	Standardabweichg.
●LSS Längsschnittstudie insgesamt	22	9	43	<b>18.4</b>	7.5
■MCS Multi-Center-Studie insgesamt	167	5	55	<b>18.0</b>	9.5
■MCS-S mit schwerer Symptomatik	54	5	50	<b>17.9</b>	10.4
■MCS-D mit deutlicher Symptomatik	66	7	55	<b>18.7</b>	9.5
□MCS-L mit leichter Symptomatik	47	6	52	<b>17.0</b>	8.6
◇MCS-M scheue Mädchen	60	7	55	<b>18.9</b>	9.9
◇MCS-J scheue Jungen	107	5	52	<b>17.5</b>	9.4

Scheue Mädchen (MCS-M) brauchten durchschnittlich etwas mehr Sitzungen ( $M=18.9$ ) als scheue Jungen (MCS-J:  $M=17.5$ ). Leichte Fälle von Scheu (MCS-L:  $M=17.0$ ) brauchten verständlicherweise weniger Therapiesitzungen als Kinder mit deutlich ausgeprägter Scheu (MCS-D:  $M=18.7$ ). Die größte Varianz ( $s=10.4$ ) zeigte die Behandlung von scheuen Patient/innen mit schwerer Symptomausprägung (MCS-S), was aus dem vergleichsweise moderaten Durchschnitt von 17,9 notwendigen Sitzungen zunächst nicht zu erkennen war (vgl. Tabelle 30).

### 3.3.2.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen Kinder auf Kind und Eltern aus der Sicht der Kliniker und der Eltern

Tabelle 31 zeigt, wie geschulte Kliniker die Veränderung des Interaktionsverhaltens zwischen scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe und ihren Müttern im Vergleich mit dem Interaktionsverhalten zwischen den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und ihren Müttern (UKG) beurteilten. Über das Vater-Kind-Interaktionsverhalten kann nicht berichtet werden, weil zu wenige Väter scheuer Patient/innen an den Sitzungen teilnahmen, also in ihrem Interaktionsverhalten nicht beobachtet werden konnten.



Die Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (Ritterfeld & Franke, 1994) ermöglichte es, die interpersonale Emotionalität und das interaktive Führungsverhalten zwischen Mutter und Kind bei der gemeinsamen Lösung von je zwei Aufgaben zu beobachten. Die Reaktionen der Kinder und ihrer Mütter auf Trennungsstress, wenn die Mütter das Spielzimmer für einige Minuten verließen, und auf die Wiedervereinigung, wenn sie zum Kind wieder zurückkehrten, wurden von Klinikern nachträglich anhand der Videoprotokolle des Interaktionsverhaltens analysiert..

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen Kinder auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern aus der Sicht der Kliniker.** Maßstab für das normale Interaktionsverhalten in solchen Situationen sind die klinisch unauffälligen Kontrollkinder mit ihren Müttern (UKG). Diese Kinder und ihre Mütter zeigten bei der gemeinsamen Lösung der gestellten Spielaufgaben ziemlich hohe positive Emotionalität (Mütter:  $M_1=5.0$ , Kinder:  $M_1=4.8$ ) und eine sehr gute Passung ( $M_1=5.5$  auf der 6-stufigen Intervallskala). Die Mütter führten die Spielinteraktionen ( $M_1=5.6$ ); das wurde von den Kindern fast durchweg akzeptiert ( $M_1=5.5$ ). Es gab kaum Versuche von Kindern, die Führung zu übernehmen ( $M_1=1.4$  auf der 6-stufigen Beurteilungsskala). In der Trennungssituation, wenn die Mütter unangekündigt für einige Minuten das Spielzimmer verließen, konnten beide sich offensichtlich bereitwillig und unbefangen voneinander trennen (Mütter:  $M_1=5.2$ ; Kinder:  $M_1=5.3$ ). Die Kinder hatten sichtbar großes Vertrauen in die Rückkehr ihrer Mütter ( $M_1=5.3$ ). Bei der Rückkehr ins Spielzimmer reagierten alle Mütter sofort auf die Reaktionen ihrer Kinder ( $M_1=6.0$ ). Die meisten Kinder strebten freudig auf ihre Mütter zu ( $M_1=5.2$ ). Keines der klinisch unauffälligen Kinder ignorierte die Rückkehr seiner Mutter (vgl. Tabelle 31).

Die Frage ist nun, wie die anfänglich scheuen Patient/innen und ihre Mütter vor Beginn der Therapie, nach der Behandlung mit Theraplay sowie zwei Jahre nach der Therapie miteinander agierten: Tabelle 31 zeigt, dass sich die anfangs eher mäßige *Emotionalität* der Mütter in der Interaktion mit ihren scheuen Kindern ( $M_1=3.8$ ) bis zum Ende der Therapie nicht ( $M_6=3.8$ ) und bis zwei Jahre nach der Therapie auch nur wenig ( $M_7=4.0$ ) besserte. Im Gegensatz dazu besserte sich die anfangs geringe Emotionalität ihrer scheuen Kinder vom Beginn der Therapie ( $M_1=3.0$ ) bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay etwas ( $M_6=3.5$ ) und bis zwei Jahre danach noch weiter auf  $M_7=4.1$ , aber sie erreichte nicht die positive Emotionalität der klinisch unauffälligen Kinder mit  $M_1=4.8$  (vgl. Tabelle 31).

**Tabelle 31: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen LSS-Patient/innen auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker**

Beobachtungsmethode: H-MIM, Notation: 6-stufige Skalierung der Items

Auswirkungen der Veränderungen nach Behandlung mit Theraplay auf Eltern-Kind-Interaktionen	▲UKG Kontrollgr.		●LSS Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie									
	Beginn der Kontrolle $t_1$		Beginn der Therapie $t_1$		Ende der Therapie $t_6$		Veränderung $t_1 \Rightarrow t_6$		2 Jahre nach der Therapie $t_7$		Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$	
	N=30		N=23		N=23		N=23		N=13		N=13	
<b>Emotionalität der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$		
- Passung der Emotionalität in der Kind-Mutter-Interaktion	5.5	0.4	4.3	1.1	5.1	0.8	+0.8	5.1	0.9	± 0.0		
-Hohe Emotionalität der Mutter in der Mutter-Kind-Interaktion	5.0	0.9	3.8	1.0	3.8	1.0	±0.0	4.0	0.9	+ 0.2		
-Hohe Emotionalität des Kindes in der Kind-Mutter-Interaktion	4.8	0.9	3.0	1.0	3.5	1.1	+0.5	4.1	1.0	+ 0.6		
<b>Führung in der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$		
- Mutter führt die Spielinteraktion	5.6	0.6	4.6	1.0	5.2	0.6	+ 0.6	5.3	0.9	+ 0.1		
- Kind akzeptiert Führung durch die Mutter in d. Spielinteraktion	5.5	0.7	3.8	1.0	5.0	1.2	+ 1.2	5.7	0.4	+ 0.7		
- Kind führt die Spielinteraktion	1.4	0.8	2.8	1.2	2.0	0.9	- 0.8	1.5	0.9	- 0.5		
<b>Trennungsstress für Kinder</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$		
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter bereitwillig trennen	5.2	1.2	3.2	1.3	4.5	1.2	+ 1.3	4.6	1-3	+ 0.1		
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter unbefangen lösen	5.3	1.1	3.4	1.3	4.5	1.2	+ 1.1	4.5	1.3	± 0.0		
- Kind hat offensichtlich großes Vertrauen in die Mutter	5.3	1.1	3.6	1.6	4.2	1.8	+ 0.6	4.8	1.4	+ 0.6		
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter nur schwer trennen	2.0	1.3	3.8	1.3	2.8	1.4	- 1.0	2.6	1.3	- 0.2		
<b>Trennungsstress für Mütter</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$		
- Mutter kann das Kind bei der Trennung bereitwillig loslassen	5.8	0.4	4.1	1.5	4.8	1.2	+ 0.7	5.5	0.5	+ 0.7		
- Mutter kann sich von ihrem Kind einfühlsam trennen	5.0	0.9	4.5	0.9	4.9	1.0	+ 0.4	4.7	0.9	- 0.2		
- Mutter kann sich offensichtlich vom Kind nur schwer trennen	1.1	0.4	2.7	1.3	2.1	1.2	- 0.6	1.4	0.5	- 0.7		
<b>Wiedervereinigungsverhalten</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_1 \Rightarrow M_6$	$M_7$	$s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$		
- Mutter reagiert bei Rückkehr ins Zimmer sofort auf die Reaktionen ihres Kindes	6.0	0.0	5.9	0.3	5.9	0.5	± 0.0	6.0	0.0	+ 0.1		
- Mutter ist bei ihrer Rückkehr ins Zimmer sehr einfühlsam	5.1	0.7	4.7	0.9	4.8	0.6	+ 0.1	4.9	0.7	+ 0.1		
- Kind strebt bei Rückkehr der Mutter freudig auf diese zu	5.2	0.5	4.8	1.2	5.2	0.8	+ 0.4	5.3	0.6	+ 0.1		
- Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter vollkommen	1.0	0.0	1.4	1.0	1.1	0.3	- 0.3	1.0	0.0	- 0.1		

Anmerkung: Beobachtungsmethode war die Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (H-MIM). Es werden nur die Auswirkungen auf die Mutter-Kind Interaktion berichtet, da zu wenige Väter zu allen drei Zeitpunkten ( $t_1$ ,  $t_6$ ,  $t_7$ ) kamen, um sich bei der Interaktion mit ihrem Kind beobachten zu lassen.

Vermutlich könnte eine Therapie den Müttern helfen, ihre Emotionalität im Umgang mit ihren Kindern zu verbessern. So ist es wohl vornehmlich ein Ergebnis der therapiebedingten Veränderung der anfangs scheuen Patient/innen, dass sich die emotionale

Passung zwischen ihnen und ihren Müttern vom Beginn ( $M_1=4.3$ ) bis zum Ende der Therapie ( $M_6=5.1$ ), aber in den zwei Jahren danach nicht mehr weiter verbesserte ( $M_7=5.1$ ) verbesserte. Immerhin näherte sich die emotionale Passung der anfänglich durch Scheu der Patient/innen gestörten Mutter-Kind-Dyaden der guten emotionalen Passung klinisch unauffälliger Kinder und ihrer Mütter ( $M_1=5.5$ ) an. Das ohnehin recht gute Führungsverhalten der Mütter der anfangs scheuen Patient/innen verbesserte sich im Therapieverlauf noch von  $M_1=4.6$  auf  $M_6=5.2$  und danach weiter auf  $M_7=5.3$ . Es erreichte fast das Führungsverhalten der Mütter klinisch unauffälliger Kinder ( $M_1=5.6$ ) und wurde von den anfangs scheuen Kindern zunehmend besser akzeptiert. Die Akzeptanz des mütterlichen Führungsverhaltens verbesserte sich im Verlauf der Beobachtungen von Beginn ( $M_1=3.8$ ) bis Ende der Therapie auf  $M_6=5.0$  und in den beiden Jahren danach noch weiter auf  $M_7=5.7$  (vgl. Tabelle 31).

Wenn die Mütter der anfangs scheuen Patient/innen ohne weitere Erklärungen das Spielzimmer verließen, zeigten ihre Kinder vor Beginn der Therapie noch deutliche Zeichen von Trennungsstress. So trennte sich anfangs ein nennenswerter Anteil der scheuen Patient/innen nur schwer von den Müttern ( $M_1=3.8$ ), wie sich auch einige der Mütter offensichtlich nur schwer von ihren scheuen Kindern trennen konnten ( $M_1=2.7$ ), wobei sich die Mütter von Anfang an besser von ihren scheuen Kindern als diese sich von ihren Müttern trennen konnten. Die Mütter der Kontrollgruppe und ihre klinisch unauffälligen Kinder konnten sich dagegen leicht voneinander trennen ( $M_1=1.1$ ). Mit zunehmendem Vertrauen der Kinder in die Rückkehr ihrer Mütter (von  $M_1=3.6$  über  $M_6=4.2$  auf  $M_7=4.8$ ) wuchs jedoch ihre *Trennungsbereitschaft* (von  $M_1=3.2$  über  $M_6=4.5$  auf  $M_7=4.6$ ) ebenso wie die ihrer Mütter (von  $M_1=4.1$  über  $M_6=4.8$  auf  $M_7=5.5$ ). Wiedervereinigungsverhalten. Die meisten der anfangs scheuen Patient/innen strebten nach Rückkehr ihrer Mutter freudig auf sie zu ( $M_1=4.8$ ,  $M_6=5.2$ ,  $M_7=5.3$ ). Die Mütter reagierten nach Rückkehr ins Spielzimmer sofort, die meisten von ihnen auch einfühlsam, auf das Wiedervereinigungsverhalten ihrer Kinder (vgl. Tabelle 31).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen Kinder aus Sicht der Eltern.** Dieser Teil der Untersuchung wurde mit den Müttern und Vätern der anfangs scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe durchgeführt. Es war anzunehmen, dass sie die therapiebedingten Veränderungen ihrer früher scheuen Kinder im Alltag wahrscheinlich realitätsnäher erleben würden als die Kliniker, die die scheuen Patient/innen nur in der Ausnahmesituation der Therapie beobachten konnten. Infofern wurde erwartet, dass die Eltern zwar subjektiv, aber doch zutreffend beurteilen würden, ob sich durch die Behandlung mit Theraplay bei ihren Kindern und bei ihnen selbst etwas verbesserte (vgl. Tabelle 32).

Aus der Sicht der Mütter waren ihre anfangs scheuen Kinder nach der Behandlung mit Theraplay aufmerksamer geworden, wobei die Mütter die Aufmerksamkeit ihrer Kinder zwei Jahre nach der Therapie ( $M_6=4.9$ ,  $M_7=5.0$ ) tendenziell etwas positiver beurteilten als die Väter ( $M_6=4.8$ ,  $M_7=4.7$ ). Auch Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit der früher scheuen Kinder wurden nach der Therapie von den Eltern recht positiv eingeschätzt (Selbstsicherheit aus Sicht der Mütter  $M_6=4.8$ ,  $M_7=4.8$ ; aus Sicht der Väter  $M_6=4.5$ ,  $M_7=5.1$ ). Nach dem Eindruck der Mütter nahm das Selbstbewusstsein der früher scheuen Kinder in den zwei Jahren nach der Therapie offenbar noch weiter zu ( $M_6=4.3$ ,  $M_7=5.1$ ). Ihre Kontaktbereitschaft besserte sich nach Meinung der Mütter und Väter ebenfalls (Mütter:  $M_6=4.6$ ,  $M_7=5.0$ ; Väter:  $M_6=3.9$ ,  $M_7=5.0$ ). Ihre Fähigkeit, mit ihren Gefühlen und mit Missgeschick umzugehen und ihr Mut wurde nach der Therapie von Müttern und Vätern nahezu gleichermaßen gut beurteilt (vgl. Tabelle 32).

**Tabelle 32: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen LSS-Patient/innen auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern**

Stichprobe: N=22 scheue Patient/innen der LSS, die mit Theraplay behandelt wurden	aus Sicht der Mütter			aus Sicht der Väter		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Das Kind hat sich verbessert</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
in seiner Aufmerksamkeit	4.9 0.8	5.0 0.8	+ 0.1	4.8 0.8	4.7 0.5	- 0.1
in seiner Selbstsicherheit	4.8 0.5	4.8 0.5	$\pm 0.0$	4.5 1.1	5.1 0.8	+ 0.6
in seinem Selbstbewusstsein	4.3 1.1	5.1 0.5	+ 0.8	4.8 0.8	4.9 0.5	+ 0.1
im Umgang mit seinen Gefühlen	4.8 0.9	4.6 1.0	- 0.2	4.4 0.7	4.7 0.9	+ 0.3
im Umgang mit Missgeschicken	4.6 0.7	4.6 0.9	$\pm 0.0$	4.6 0.7	4.8 0.6	+ 0.2
im Mut, es ist mutiger geworden	4.8 1.0	4.9 0.7	+ 0.1	4.6 1.0	4.9 1.0	+ 0.3
im Kontakt mit anderen.	4.9 0.7	4.8 0.7	- 0.1	4.6 0.7	5.0 0.8	+ 0.4
im Aufnehmen von Kontakten	4.6 0.9	5.0 0.7	+ 0.4	3.9 1.0	5.0 0.7	+ 1.1
Anmerkungen: $M_6$ , $s_6$ ; $M_7$ $s_7$ = Mittelwerte und deren Standardabweichungen nach Theraplay $t_6$ , $t_7$ .						

Tabelle 33 zeigt, dass die Mütter noch mehr als die Väter der Ansicht waren, dass die Behandlung ihrer früher scheuen Kinder mit Theraplay sowohl ihren Kindern als auch ihnen selbst geholfen habe (Mütter:  $M_6=5.1$ ,  $M_7=5.1$ ; Väter:  $M_6=4.6$ ,  $M_7=4.5$ ). Zu diesem guten Gefühl mag auch beigetragen haben, dass sie sich von der Therapeutin akzeptiert fühlten (Mütter:  $M_6=5.7$ ,  $M_7=5.7$ , Väter  $M_6=4.8$ ,  $M_7=5.5$ ). Viele Eltern, besonders die Mütter, empfanden das Ergebnis der Behandlung ihrer früher scheuen Kinder als Unterstützung ihrer eigenen Bemühungen (Mütter:  $M_6=4.9$ ,  $M_7=4.8$ ; Väter:  $M_6=4.4$ ,  $M_7=4.2$ ) und viele fühlten sich merklich entlastet (Mütter:  $M_6=4.4$ ,  $M_7=4.4$ ; Väter:  $M_6=4.1$ ,  $M_7=4.1$ ).

**Tabelle 33: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der scheuen LSS-Patient/innen auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern**

Stichprobe: N=22 scheue Patient/innen der LSS, die mit Theraplay behandelt wurden	aus Sicht der Mutter			aus Sicht des Vaters		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Für mich hat sich verbessert:</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
Die Therapie mit Theraplay hat dem Kind und mir geholfen	<b>5.1</b> 1.3	<b>5.2</b> 1.0	+ 0.1	<b>4.6</b> 1.4	<b>4.5</b> 1.5	- 0.1
Ich habe das Gefühl, ich wurde von der Therapeutin akzeptiert	<b>5.7</b> 0.7	<b>5.7</b> 0.6	$\pm$ 0.0	<b>4.8</b> 1.4	<b>5.5</b> 0.5	+ 0.7
Durch die Therapie hat meine elterlich.Sicherheit zugenommen	<b>3.8</b> 1.9	<b>4.1</b> 1.7	+ 0.3	<b>4.4</b> 1.5	<b>4.2</b> 1.4	- 0.1
Für mich Stärkung und Stützung	<b>4.9</b> 1.5	<b>4.8</b> 1.3	- 0.1	<b>4.4</b> 1.5	<b>4.2</b> 1.4	- 0.2
Ich fühle mich merklich entlastet	<b>4.4</b> 1.5	<b>4.4</b> 1.5	$\pm$ 0.0	<b>4.1</b> 1.5	<b>4.1</b> 1.5	$\pm$ 0.0
Kann in schwierigen Situationen mit Kind entspannter umgehen	<b>3.9</b> 1.9	<b>4.3</b> 1.5	+ 0.4	<b>4.8</b> 0.9	<b>3.6</b> 2.0	- 1.2
Kann mit Kind besser umgehen	<b>4.4</b> 1.8	<b>4.1</b> 1.9	- 0.3	<b>4.5</b> 1.4	<b>4.2</b> 1.5	- 0.3
Bindung mit Kind ist verbessert	<b>3.3</b> 2.0	<b>3.6</b> 2.1	+ 0.3	<b>3.8</b> 1.7	<b>3.7</b> 1.8	- 0.1
Anmerkung: Die Mütter und Väter wurden unabhängig voneinander befragt. Ihre Antworten notierten sie selbst nach Anleitung in 6-stufigen Beurteilungsskalen (vgl. Kapitel 3.2, Abbildungen 6 und 7)						

Sie empfanden auch, wie Tabelle 33 zeigt, dass sie nach der Therapie mit ihren Kindern besser umgehen konnten (Mütter:  $M_6=4.4$ ,  $M_7=4.1$ ; Väter:  $M_6=4.5$ ,  $M_7=4.2$ ). Hinsichtlich eines nach der Behandlung mit Theraplay auch in schwierigen Situationen entspannteren Umgangs mit ihrem Kind schien die Einstellung zu schwanken (Mütter:  $M_6=3.9$ , zunehmend  $M_7=4.3$ ; Väter:  $M_6=4.8$ , abnehmend  $M_7=3.6$ ). Die von den Eltern eher als gering empfundene Bindung zwischen ihrem früher scheuen Kind und ihnen besserte sich offenbar durch die Therapie nicht wesentlich (Mütter:  $M_6=3.3$ ,  $M_7=3.6$ , Väter:  $M_6=3.8$ ,  $M_7=3.7$ ).

### 3.3.2.10 Zusammenfassung

**Beschreibung der Symptomatik.** Klinisch bedeutsame Scheu wird zwar nicht als psychische Störung klassifiziert, sie kann aber zu einer ernsthaften „Störung sozialer Funktionen mit Rückzug und Schüchternheit aufgrund von Defiziten in der sozialen Kompetenz“ (ICD-10, 1999) führen, wenn es sich nicht um eine in der frühkindlichen Entwicklung ganz normale Phase von Scheu handelt. In der Fachliteratur wird über Studien berichtet (u.a. Petermann et al., 2004; Rogers-Atkinson & Griffith, 1999), die belegen, dass Kinder, die im Vorschulalter scheu und sozial zurückgezogen waren, oft später durch Lernstörungen auffallen.

**Art und Größe der Stichprobe.** In der Stichprobe der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) waren 22 (37%) der 60 und in der Stichprobe der Multi-Center-Studie (MCS) waren 167 (50%) der 333 Patient/innen im klinischen Sinne scheu. Für die klinische Bedeutsamkeit spricht u.a., dass die scheuen Patient/innen der LSS-Stichprobe in ihrer kognitiven und besonders in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung weit hinter der gleichaltriger klinisch unauffälliger Kinder der Kontrollgruppe zurückgeblieben waren. Von den 167 klinisch scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten 54 (32%) schwer ausgeprägte, 66 (40%) deutliche und 47 (28%) eher leichte Symptome. In der MCS-Stichprobe gab es im Vergleich mit dem Durchschnitt überproportional viele scheue Mädchen (36%) und entsprechend weniger scheue Jungen (64%).

**Begleitsymptome.** In beiden Feldstudien fanden sich unter den scheuen Patient/innen viele zurückgezogene (LSS: 45% bzw. MCS: 50%), sozial ängstliche (14% bzw. 41%) und trennungsängstliche (14% bzw. 32%) Kinder, die sich teils überangepasst (55% bzw. 34%), teils unkooperativ (59% bzw. 65%) verhielten. Besonders viele der scheuen Patient/innen waren rezeptiv sprachgestört (LSS: 91% bzw. MCS: 68%) oder hatten Aufmerksamkeitsdefizite (82% bzw. 69%). Scheu kann in Koinkidenz mit einer Reihe von psychischen Störungen auftreten: Mit Antriebs- und Affektarmut, Ängstlichkeit, mangelndem Selbstvertrauen, mit tiefgreifenden Entwicklungs- und Sprachentwicklungsstörungen.

**Effektivität und Nachhaltigkeit von Theraplay.** Im Verlauf der Behandlung mit Theraplay verringerte sich die Scheu aller Patient/innen bis zur klinischen Unauffälligkeit, auch nach anfangs schwerer Symptomatik. Zugleich besserten sich die Selbstsicherheit und Risikobereitschaft der anfangs scheuen Patient/innen. Sie fühlten sich in der therapeutischen Situation offenbar zunehmend wohler und emotional besser gestimmt. Ihre Aufmerksamkeit und ihr Vertrauen in andere Menschen besserte sich signifikant. Trotzdem blieben sie in ihrer Bereitschaft zum Kontakt mit anderen eher zurückhaltend. Mit der Verringerung der Scheu besserten sich auch Begleitsymptome wie unkooperatives, überangepasstes, sozial zurückgezogenes Verhalten und das Sprachverständnis. Der Therapieerfolg war nachhaltig. Es gab in den zwei Jahren nach der Behandlung mit Theraplay keine signifikanten Rückfälle.

**Effizienz von Theraplay.** Theraplay erwies sich auch als kosteneffizient. Der Therapieerfolg wurde in durchschnittlich 18-19 Therapiesitzungen erreicht, also innerhalb des bei Fachärzten in Deutschland üblichen Verordnungsrahmens. In leichteren Fällen reichten auch weniger Therapiesitzungen. Für die Behandlung scheuer Mädchen waren durchschnittlich ein bis zwei Therapiesitzungen mehr notwendig als für die der scheuen Jungen.

**Auswirkungen der Besserung der scheuen Kinder.** Aus der Sicht der Kliniker, die die Therapiesitzungen beobachteten und evaluierten, hatte sich die Emotionalität der anfangs scheuen Patient/innen im Therapieverlauf und bis zwei Jahre nach der Therapie sukzessive gebessert und mit ihr die Passung in der Interaktion zwischen den Müttern und ihren Kindern. Die scheuen Kinder akzeptierten immer mehr die zunehmende Führung ihrer Mütter. Auch das Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten der Mütter und ihrer Kinder besserte sich. Auch aus der Sicht der Eltern hatten sich die Aufmerksamkeit, die Selbstsicherheit und der Kontakt ihrer Kinder mit anderen Menschen gebessert. Die Mütter hatten mehr als die Väter den subjektiven Eindruck, dass die Behandlung ihrer Kinder mit Theraplay sowohl ihren Kindern als auch ihnen selbst geholfen hatte und dass sich ihre Sicherheit in der elterlichen Rolle gebessert hatte. Allerdings hatte sich nach Meinung beider Elternteile die eher mäßige Bindung zwischen ihren Kindern und ihnen nicht wirklich gebessert.

**Schlussfolgerung.** Scheues Verhalten wurde als weitere unabhängige Variable der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay bestimmt, weil sie den vermutlich größten Gegensatz zu oppositionell verweigerndem Verhalten darstellt. Durch die Evaluation der Wirkung von Theraplay auf oppositionell verweigerndes und auf scheues Verhalten, zwei vermutlich gegensätzliche Symptome der Störungen des Sozialverhaltens, decken die Ergebnisse möglicherweise ein breites Spektrum eher umweltbedingter Verhaltensstörungen ab. Beide Symptome können auch als Begleitsymptome eher anlage- und umweltbedingt ausgebildeter psychischer Störungen wie beispielsweise Antriebsarmut tiefgreifende Entwicklungsstörungen und Sprachentwicklungsstörungen entstehen. Die Effektivität von Theraplay auf die Symptome scheuer, sozial zurückgezogener Klein- und Vorschulkinder könnte möglicherweise auch Hinweise auf die Wirkung von Theraplay in der Behandlung anpassungs- und bindungsgestörter, sich oft sozial zurückziehender Adoptiv-, Pflege- und traumatisierter Kinder geben.

### **3.3.3 Die Wirkung von Theraplay auf autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit bei Klein- und Vorschulkindern**

Mangel an sozialer Gegenseitigkeit ist ein Kernsymptom verschiedener Störungen des autistischen Spektrums. Dieses Symptom wird jedoch auch bei anderen Störungen der sozialen Interaktion und der interpersonellen emotionalen Kommunikation beobachtet. Da diese Symptomatik besonders häufig im Kontext autistischer Störungen auftritt, wird sie hier als *autistoider* Mangel an sozialer Gegenseitigkeit bezeichnet.

#### **3.3.3.1 Beschreibung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit**

Döpfner et al. (1999, S. 16-17) beschreiben im Psychopathologischen Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) den Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und Kommunikation als „die Unfähigkeit eines Kindes, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden“. Sie vermuten einen Mangel an Fähigkeit zur Verhaltensmodulation oder eine nur labile Integration des sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens. Sie schreiben, dass sich ein „Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit“ in einer beeinträchtigten oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußere, und dass Kinder mit dieser Symptomatik selbst bei gleichen Interessen und Aktivitäten keine Beziehung zu Gleichaltrigen aufnahmen. Klinisch bedeutsam werde Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, wenn dieses Symptom in allen Kontexten aufträte und nicht an spezifische Situationen gebunden sei.

Nach ICD-10 und DSM-IV ist Mangel an sozialer Gegenseitigkeit eine qualitative Beeinträchtigung der kindlichen Fähigkeit zur sozialen und emotionalen Interaktion und damit

- eines der drei maßgeblichen Symptome des Frühkindlichen Autismus, des sogen. Kanner-Syndroms (ICD-10, F84.0 bzw. DSM-IV, 299.00)
- auch ein zentrales Symptom des Atypischen Autismus (ICD-10, F84.1) und
- das Kernsymptom der Autistischen Psychopathie, des sogen. Asperger-Syndroms (ICD-10, F84.5 bzw. DSM-IV, 299.80).

Kindern mit Asperger-Syndrom fehlt besonders die soziale und emotionale Gegenseitigkeit. Kinder mit Atypischem Autismus unterscheiden sich von Kindern mit



Frühkindlichem Autismus entweder durch das spätere Alter bei Krankheitsbeginn oder dadurch, dass nicht alle diagnostischen Kriterien des Frühkindlichen Autismus erfüllt werden.

Allen Kindern mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, besonders aber denen mit Störungen des autistischen Spektrums, mangelt es an der Fähigkeit zur Einschätzung sozialer und emotionaler Signale und zur angemessenen Reaktion auf die Emotionen anderer Menschen. Sie zeigen in der sozialen Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherung anderer Menschen nicht die Gegenseitigkeit und die Gestik, die sonst sprachliche Kommunikation begleitet und den Sinn des Gesprochenen betont oder unterstreicht. Sie fallen durch fehlende Verhaltensmodulation im sozialen Kontext auf.

Diese Kinder haben auch Spielstörungen. Es fehlt ihnen das für die kindliche Entwicklung typische sozial imitierende Spielen, das Spielverhalten eines „So-tun-als-ob“.

Ein weiteres Symptom des Frühkindlichen und des Atypischen Autismus ist die qualitative Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit durch verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Sprachentwicklung. Bei Frühkindlichem Autismus manifestiert sich die Sprachentwicklungsstörung bereits vor dem 3. Lebensjahr, bei Atypischem Autismus ist sie u. U. erst nach dem 3. Lebensjahr zu erkennen. Von diesen beiden Formen des Autismus unterscheidet sich nach ICD-10 (1999, S. 288) das Asperger-Syndrom „in erster Linie durch das Fehlen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung bzw. eines Entwicklungsrückstandes der Sprache“. Störungen aufgrund des Asperger-Syndroms sind also durch dieselben qualitativen Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion charakterisiert, die für Frühkindlichen und Atypischen Autismus typisch sind. Die meisten Patient/innen mit Asperger-Syndrom besitzen normale Intelligenz.

Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort (2000, S. 198-207) bezeichnen die Symptomatik, Ätiologie, Pathogenese, Therapie und den Verlauf des Kanner- und des Asperger-Syndroms als tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Sie beschreiben als gemeinsames zentrales Symptom eine schwere Kontakt- und Beziehungsstörung, die bei frühkindlichem Autismus mit Sprach- und Sprechstörungen und häufig auch mit einer Intelligenzminderung verbunden sei. Kinder mit Asperger-Syndrom hätten dagegen keine allgemeinen oder Sprachentwicklungsrückstände. Die Ätiologie beider autistischer Störungen sei unklar. Vermutet werde eine zentrale Störung der Wahrnehmungsverarbeitung bei intakten Sinnesorganen. Therapiert werde u.a. durch heilpädagogische Wahrnehmungsförderung und Sonderbeschulung. Die Autoren geben eine Prävalenzrate von 0,02–0,04% an mit einer Jungen-zu-Mädchen-Relation von 3-4 zu 1. Sie erwarten, dass durch Therapie 16-25% der betroffenen Kinder integriert werden können, aber 60-70% eine ungünstige Prognose hätten.

Sie beschreiben die Symptome der Störungen der sozialen Interaktion als Desinteresse an Menschen und Umwelt ohne Blick oder Lächeln für andere Menschen, ohne Neigung zur Imitation des Verhaltens der Bezugspersonen, ohne Empathie und ohne die Fähigkeit, emotionale Signale wie Freude, Ärger oder Wut anderer erwidern zu können. Kinder mit dieser Symptomatik schienen in einer „selbstgewollten Isolation“ zu leben. Kommunikation mit anderen fände kaum statt, selbst wenn sprachliche Fähigkeiten vorhanden seien. Diese Kinder würden nicht zuhören. Es schiene, als seien sie taub ohne organische Hörschäden. Wenn die betroffenen Kinder sprächen, dann häufig mit einförmigem Sprachausdruck, unflexibel, mit Pronominalumkehr, Neologismen, Echolalie, als hätten sie eine eigene Sprache. In drei Viertel der Fälle hätten solche Kinder Intelligenzminderungen.

### **3.3.3.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben**

**Art der Stichproben.** Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit wurden Patient/innen mit dieser Symptomatik mit dem Psychopathologischen Befund-System (CASCAP-D) aus den Nettostichproben der LSS ( $N=60$ ) und der MCS ( $N=333$ ) ausgewählt und mit den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts (UKG) verglichen.

**Größe der Stichproben.** 14 (23%) der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie und 67 (20%) der 333 Patient/innen der Multi-Center-Studie hatten Symptome eines autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit. Jedoch wurde nur bei neun der vierzehn Kinder der LSS-Stichprobe Autismus diagnostiziert, davon bei fünf Kindern Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom) und bei vier Autistische Psychopathie (Asperger-Syndrom). Die übrigen fünf als autistoid indizierten Patient/innen der LSS-Stichprobe hatten zwar keinen diagnostizierten Autismus, aber einen klinisch bedeutsamen autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit. Von den 67 autistoiden Kindern der MCS-Stichprobe hatten 19 (28%) eine schwer ausgeprägte, 27 (40%) eine deutliche und 21 (31%) eine leichte Symptomatik autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit. Wie viele von diesen Patient/innen der MCS-Stichprobe mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit diagnostizierten Autismus hatten, kann leider nicht berichtet werden, weil die teilnehmenden therapeutischen Institutionen diese Angabe unter Verweis auf die standesrechtliche Schweigepflicht und auf das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verweigerten. Von den 30 klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe (UKG) hatte keines einen Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 3, alle Prozentwerte gerundet).

**Geschlechtsstruktur der Stichproben:** Nur zwei der vierzehn Patient/innen der LSS-Stichprobe mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit waren Mädchen (14%), die übrigen 12 (86%) waren Jungen. Das entsprach einer Jungen-Mädchen-Relation von 6 : 1. Unter den 67 autistoiden Patient/innen der MCS-Stichprobe waren 41 (61%) Jungen und 26 (39%) Mädchen. Das Jungen-Mädchen-Verhältnis in der MCS-Stichprobe war mit 1.6 : 1 wesentlich ausgeglichener als in der LSS-Stichprobe. Die Unterschiede in den Jungen-Mädchen-Relationen deuten darauf hin, dass es für die Stichprobenauswahl einen epidemiologisch wesentlichen Unterschied macht, in welchen therapeutischen Institutionen die Stichproben anfallen. Bezogen auf die Gesamtheit aller 227 Jungen der MCS-Nettostichprobe litten 41 (18%) und bezogen auf alle 106 Mädchen litten 26 (25%) unter autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 4)

Diese Ungleichheit in der Jungen-Mädchen-Relation der beiden Stichproben lässt sich vermutlich aus der Pathologie der LSS-Stichprobe erklären, die im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg wegen verzögerter oder ausbleibender Sprachentwicklung vorgestellt wurden. Sprachentwicklungsstörungen und autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit treten oft in Koinzidenz auf.

**Altersstruktur der Stichproben.** Das durchschnittliche Lebensalter der drei miteinander verglichenen Stichproben (UKG, LSS, MCS) war nach Jahren und Monaten (J;M) etwas unterschiedlich (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 5):

→  $M=4;6$  Jahre ( $s=1;3$ ) bei 30 klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe

→  $M=4;0$  Jahre ( $s=1;1$ ) bei 14 Patient/innen der LSS-Stichprobe

→  $M=4;4$  Jahre ( $s=1;2$ ) bei 67 Patient/innen der MCS-Stichprobe.

Die Mädchen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit waren tendenziell etwas älter (LSS  $M=4;6$  bzw. MCS  $M=4;5$  Jahre) als die Jungen (LSS  $M=3;9$  bzw. MCS  $M=4;3$  Jahre). Differenziert nach ihrem Schweregrad waren die Patient/innen mit schwerer, deutlicher oder leichter autistoider Symptomatik etwa gleich alt ( $M=4;3 - 4;4$  Jahre).

**Soziale Struktur der Stichproben.** Die Aspekte einer ehelichen oder nicht ehelichen Geburt des Kindes bzw. des sozialen Standes der Mutter als verheiratet, unverheiratet mit einem Partner zusammenlebend oder ledig bzw. die Frage nach der gemeinsamen Erziehung des Kindes bzw. nach allein erziehenden Elternteilen scheinen bei autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit im Gegensatz zu verhaltensauffälligen Patient/innen keine statistisch relevante Bedeutung zu haben (vgl. Kapitel 3.3.1 und 3.3.2).

**Tabelle 34: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder**  
(Angaben in Prozent der jeweiligen Stichproben gerundet)

Merkmale	▲ UKG N=30		● LSS N=14		MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS											
					■ MCS N=67	■ MCS-S N=19	■ MCS-D N=27	□ MCS-L N=21	◇ MCS-M N=26	◇ MCS-J N=41						
Soziodemographie	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Mutter: Familienstand</b>																
ledig, zusammenlebend	0	0	0	0	9	14	3	17	1	7	4	19	2	8	7	18
verheiratet	29	97	14	100	52	79	13	72	24	89	15	71	22	84	30	75
geschieden, getrennt	1	3	0	0	5	7	2	11	1	4	2	10	2	8	3	7
<b>Erziehung des Kindes</b>																
gemeinsam erziehend	29	97	14	100	57	85	14	73	25	93	18	90	24	92	33	83
allein erziehend	1	3	0	0	10	15	5	26	2	7	3	10	2	8	7	17
<b>Geschlecht des Kindes</b>																
Mädchen	9	30	2	14	26	39	6	32	11	41	9	43	26	100	-	-
Jungen	21	70	12	86	41	61	13	68	16	59	12	57	-	-	41	100
<b>Kind: Familienstand</b>																
ehelich	29	97	12	86	56	86	15	83	25	92	17	81	22	85	34	87
nichtehelich, aber leiblich	1	3	1	7	6	9	2	11	1	4	3	14	3	11	3	8
nichtleiblich(Adopt.Pfleg)	0	0	1	7	3	5	1	6	1	4	1	5	1	4	2	5
<b>Kind: Geschwisterzahl</b>																
hat keine Geschwister	4	14	5	36	4	7	2	11	2	7	0	0	1	4	3	7
Kind hat Geschwister	26	86	9	64	53	93	17	89	25	93	21	100	25	96	38	93
<b>Kind: Geschwisterreihe</b>																
ältestes der Geschwister	14	54	3	33	24	41	4	27	12	48	8	38	10	40	14	38
zwischen Geschwistern	0	0	1	11	27	46	9	60	9	36	11	53	13	52	17	46
jüngstes d. Geschwister	12	46	5	56	8	13	2	13	4	16	2	10	2	8	6	16
<b>Kind: Geburtsland</b>																
Deutschland	27	90	12	86	47	72	8	44	23	85	16	80	18	72	29	73
ein anderes Geburtsland	3	10	2	14	18	28	18	56	4	15	4	20	7	28	12	17
<b>Kind: Muttersprache</b>																
Deutsch	29	97	13	93	56	85	15	83	22	81	19	90	20	80	36	88
andere Muttersprache	1	3	1	7	10	15	3	17	5	19	2	10	5	20	5	12
<b>Zweisprachigkeit: ja</b>	6	20	2	14	14	21	4	21	7	26	3	14	8	31	6	15
<b>Kindergartenbesuch: ja</b>	27	93	9	69	44	67	11	56	18	67	15	75	18	69	26	85

Im Gegenteil: Alle Mütter der 14 autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe waren verheiratet, nur eines der 14 Kinder war unehelich geboren und eines war ein Pflegekind. Nur 52 (79%) der Mütter der 67 autistoiden Patient/innen der MCS-Stichprobe waren verheiratet, fünf waren geschieden oder lebten getrennt, neun lebten unverheiratet mit einem Partner zusammen oder waren ledige Mütter. Wie in der LSS-Stichprobe waren 86% der Patient/innen der MCS-Stichprobe ehelich geboren. Nur sechs der 67 autistoiden Patient/innen der MCS-Stichprobe waren nicht ehelich geboren, drei waren Adoptiv- oder Pflegekinder.

13 (97%) der 14 autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe und 56 (85%) der 67 autistoiden Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten Deutsch als Muttersprache. Nur 2 der 14

autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe, aber 14 (21%) der 67 autistoiden Patient/innen der MCS-Stichprobe wurden zweisprachig erzogen.

Auffallender, wenn auch bei autistoider Symptomatik verständlich, war ein anderes Phänomen: Nur etwas mehr als zwei Drittel der autistoiden Patient/innen beider Stichproben (9 der 14 der LSS- bzw. 44 der 67 der MCS-Stichprobe) besuchten einen Kindergarten. Je schwerer die Symptomatik ausgeprägt war, desto weniger Kinder der MCS-Substichproben besuchten einen Kindergarten, nämlich nur 11 (56%) der 19 mit schwerer (MCS-S), 18 (67%) der 27 mit deutlicher (MCS-D) und 15 (75%) der 21 mit leichter (MCS-L) Ausprägung des autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit (vgl. Tabelle 34).

### 3.3.3.3 Entwicklungsstand der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit

Die Behandlung der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit orientierte sich an ihrem kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstand, nicht an ihrem Lebensalter. Der Entwicklungsstand der Patient/innen der LSS-Stichprobe und der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe (UKG) wurde, abgesehen vom Sprachentwicklungsstand, mit nonverbalen Aufgaben des Wiener Entwicklungstests (WET) erhoben (vgl. Tabelle 35).

**Tabelle 35: Entwicklungsstand der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) zum Zeitpunkt  $t_1$**   
Altersnormierte C-Werte der Mittelwerte über 8 Erhebungen

Merkmale des Entwicklungsstandes	▲ UKG N = 30		● LSS N = 2 von 14	
	M	s	M	s
Visumotorik (Nachzeichnen von Figuren)	6.7	1.3	0.0	.
Visuelle Wahrnehmung (Bilderlotto)	6.6	2.3	0.0	.
Zahlengedächtnis, unmittelbar nach dem Test	6.4	2.0	3.0	0.0
Allgemeines Gedächtnis, unmittelbar nach dem Lernen	5.5	1.7	2.0	0.7
Allgemeines Gedächtnis, 20 Minuten nach dem Lernen	5.0	2.1	1.5	0.7
Kognitive Entwicklung (Test 1: Muster legen)	6.9	1.7	1.0	1.4
Kognitive Entwicklung (Test 2: Gegensätze erkennen)	6.1	1.5	2.5	3.5
Sozial-emotionaler Entwicklungsstand	6.0	1.6	0.0	.

Anmerkungen: M = Mittelwerte mit s = Standardabweichungen über acht erhobene Merkmale, erhoben mit 6 nonverbalen Tests des Wiener Entwicklungstests (WET)

Wenn der Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) als altersgerecht und normal angenommen wird, dann waren trotz vergleichbaren Lebensalters fast alle der 14 Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit so weit zurückgeblieben, dass überhaupt nur zwei der 14 mit den nonverbalen Untertests der Wiener Entwicklungstests (WET) getestet werden konnten. Selbst bei diesen beiden konnten keine Angaben zum sozial-emotionalen Entwicklungsstand gemacht werden. Bei den übrigen 12 Patient/innen war es unmöglich, den Entwicklungsstand zu testen. (vgl. Tabelle 35).

#### **3.3.3.4 Anamnese der Kinder mit autistoidem Mangel an sozial. Gegenseitigkeit**

Die Anamnese gab den Bezugspersonen der zu therapierenden Klein- und Vorschulkinder u.a. die Möglichkeit, die vermuteten oder vom Kinderarzt mitgebrachten Diagnosen der Störungen ihrer Kinder, die subjektive Akzeptanz dieser Diagnosen und die bis dahin bereits verordneten therapeutischen Maßnahmen zu beschreiben (Mehrfachnennungen).

Von den Bezugspersonen der MCS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit wurden auffallend weniger Äußerungen zu den Störungen ihrer Kinder und den bisher bereits verordneten therapeutischen Maßnahmen gemacht als von den Eltern der LSS-Patient/innen. Möglicherweise waren die Bezugspersonen der autistoiden MCS-Patient/innen weniger gut informiert über die Symptome, unter denen ihre Kinder litten, weil viele von ihnen stationär oder ambulant in großen therapeutischen Institutionen behandelt wurden, so dass die einzelne Therapieform Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes war, das nicht im Einzelnen erläutert wurde.

Autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit gilt als ein typisches Symptom tiefgreifender Entwicklungsstörungen. Von den Bezugspersonen der Patient/innen der LSS-Stichprobe brachten 43%, von denen der MCS-Stichprobe nur 21% ihre Kinder mit dem Verdacht auf eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zur Behandlung mit Theraplay. Bei überproportional vielen der MCS-Patient/innen mit schweren Symptomen (MCS-S), nämlich bei 32%, bestand Verdacht auf eine tiefgreifende Entwicklungsstörung. Deutlich häufiger wurde eine Sprachentwicklungstörung oder eine Sprach- und Sprechstörung vermutet. Das war nicht ungewöhnlich, denn Kinder mit Störungen des autistischen Spektrums haben oft eine duale Diagnose von Symptomen des Autismus und einer Verzögerung oder Störung der Sprachentwicklung. In der LSS- bzw. MCS-Stichprobe hatten 43% bzw. 61% eine Sprachentwicklungs- und 86% bzw. 22% eine Sprach- oder Sprechstörung (vgl. Tabelle 36).

**Tabelle 36: Ausgewählte anamnestische Merkmale der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (LSS- und MCS-Stichprobe) im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern**

Berichte der Bezugspersonen	▲ UKG N=30	● LSS N=14	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=67	■ MCS-S N=19	■ MCS-D N=27	□ MCS-L N=21	◇ MCS-M N=26	◇ MCS-J N=41
<b>Anamnese der Störung</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Störungsverdacht*</b>								
Sprachentwicklungsstör.	0	43	61	53	70	57	58	63
Sprach-/Sprechstörung	0	86	22	21	26	19	23	22
Verhaltensstörung	0	78	16	11	22	14	23	12
tiefgEntwicklungsstörung	0	43	21	32	19	14	19	22
Abklärung der Störung	0	36	6	5	0	14	0	10
<b>Diagnose ist akzeptiert</b>								
ja	0	67	46	65	36	42	45	46
nein, nicht akzeptiert	0	30	51	35	60	53	55	54
<b>Bisherige Maßnahmen*</b>								
Frühförderung	4	8	27	24	43	6	27	26
Sonderkindergarten	0	42	27	29	30	19	23	29
Heilpädagogik	0	25	9	0	13	13	14	6
Logopädie	15	67	27	12	22	38	27	26
Ergotherapie	4	67	21	18	22	25	18	23

Anmerkungen: \*) Mehrfachnennung zum Störungsverdacht und zu bisherigen therapeut. Maßnahmen

78% der Bezugspersonen der Patient/innen der LSS-Stichprobe, aber nur 16% der MCS-Stichprobe vermuteten Verhaltensstörungen. In der LSS-Stichprobe lag also bei vielen der Patient/innen eine multiple Symptomatik von Verhaltensauffälligkeiten und Sprachentwicklungs- bzw. von Sprach- oder Sprechstörungen vor (vgl. Tabelle 36).

Nur 67% der Bezugspersonen der Patient/innen der LSS-Stichprobe und 46% der MSS-Stichprobe akzeptierten die mitgebrachte Diagnose. Immerhin waren sich 36% der Bezugspersonen der Patient/innen der LSS-, aber nur 6% der MCS-Stichprobe wegen der multiplen Symptomatik so unsicher, dass sie die Auffälligkeiten ihrer Kinder noch einmal abklären lassen wollten (vgl. Tabelle 36).

Die Zahl der autistoiden Patient/innen, die bereits Frühförderung, Heilpädagogik oder andere Therapien verordnet bekommen oder die einen Sonderkindergarten besucht hatten, ist ein Hinweis auf die Schwere ihrer Störung: 42% der Patient/innen der LSS-Stichprobe und 27% der MCS-Stichprobe besuchten einen Sonderkindergarten, davon 29% mit schwerer (MCS-S) und 30% mit deutlicher Symptomatik (MCS-D). Jeweils 67% der Patient/innen der LSS-Stichprobe hatten vorher bereits Ergotherapie bzw. Logopädie und 25% hatten vorher schon Heilpädagogik verordnet bekommen (vgl. Tabelle 36).

### **3.3.3.5 Häufigkeit und Ausprägung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit**

Autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit war vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ) das Kernsymptom von 14 (23%) der 60 Patient/innen der LSS-Nettostichprobe und 67 (20%) der 333 Patient/innen der MCS-Nettostichprobe, von denen 19 (28%) eine schwere (MCS-S), 27 (40%) ein deutliche (MCS-D) und 21 (31%) eine leichte Symptomatik (MCS-L) hatten (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 3 sowie Tabelle 37).

Neben dem Kernsymptom eines autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit wurden 86% der Patient/innen der LSS-Stichprobe und 73% der der MCS-Stichprobe als spielgestört, nämlich als unfähig, mit Gleichaltrigen zu spielen, eingeschätzt. 71% der autistoiden Kinder der LSS- und 49% der MCS-Stichprobe mangelte es an Empathie. 57% der autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe und 69% der MCS-Stichprobe verhielten sich sozial isoliert, waren kaum zugänglich. Das sind typische Symptome autistoiden Verhaltens. Die Einschätzung von 93% der autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe und 51% der MCS-Stichprobe als intelligenzgemindert konnte aus den in der Methodik (vgl. Kapitel 3.2) erläuterten Gründen leider nicht durch Intelligenztests abgesichert werden.

Neben den typischen Symptomen autistoiden Verhaltens wurde der Mangel an sozialer Gegenseitigkeit der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichproben vor der Behandlung mit Theraplay von Symptomen begleitet, die sich in drei Gruppen gliedern lassen:

- Symptome von Sprachentwicklungsstörungen
- Symptome externalisierender Störungen des Sozialverhaltens
- Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. Tabelle 37)

Klinisch bedeutsamer als die Häufigkeit ist jedoch der Ausprägungsgrad dieser Symptome. Der autistoide Mangel an sozialer Gegenseitigkeit wurde vor der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ) bei den Patient/innen der LSS-Stichprobe mit durchschnittlich  $M_1=3.1$  und bei der MCS-Stichprobe mit durchschnittlich  $M_1=3.0$  beurteilt, wobei alle mit schwerer Symptomausprägung (MCS-S) mit  $M_1=4.0$ , alle mit deutlicher (MCS-D) mit  $M_1=3.0$  und alle mit leichter Symptommatik (MCS-L) mit  $M_1=2.0$  notiert wurden. Dem entsprach vor Therapiebeginn ( $t_1$ ) die hohe Ausprägung bei (vgl. Tabelle 37)

- rezeptiven Sprachstörungen (LSS:  $M_1=3.8$ ; MCS:  $M_1=3.0$ )
- Aufmerksamkeitsstörungen (LSS:  $M_1=3.5$ ; MCS:  $M_1=3.0$ , schwere Symptomatik  $M_1=3.6$ )
- Spielstörungen (LSS:  $M_1=3.1$ ; MCS:  $M_1=2.7$ , schwere Symptomatik  $M_1=3.5$ )



→ unkooperativem Sozialverhalten (LSS:  $M_1=3.5$ ; MCS:  $M_1=2.8$ , schwere Sympt.  $M_1=3.5$ ).

**Tabelle 37: Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ )**

Kernsymptom*) und ausgewählte Begleitsymptome autistischen Mangels an soz. Gegenseitigk.	UKG N=30 =100%		LSS N=14 =100%		MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS											
					MCS N=67 =100%		MCS-S N=19 =100%		MCS-D N=27 100%		MCS-L N=21 =100%		MCS-M N=26 =100%		MCS-J N=41 =100%	
Häufigkeit	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Kernsymptom</b> autistischer Mangel an sozial. Gegenseitigkeit	0	0	14	100	67	100	19	100	27	100	21	100	26	100	41	100
<b>Begleitsymptome:</b> spielgestört	0	0	12	86	49	73	19	100	23	85	7	33	18	69	31	76
intelligenzgemindert	0	0	13	93	34	51	14	74	14	52	6	29	12	46	22	54
unempathisch	0	0	10	71	33	49	16	84	10	37	7	33	11	42	22	54
sozial isoliert	0	0	8	57	43	69	17	89	11	41	15	71	18	69	25	61
motorisch gestört/Tics	1	3	6	43	33	49	5	26	20	74	8	38	13	50	20	49
unkooperativ	3	10	14	100	51	76	17	89	26	96	8	38	19	73	32	78
antriebsgesteigert	8	27	8	57	32	48	13	68	14	52	5	19	9	35	23	56
opposition.verweigern	3	10	4	29	34	51	14	74	11	41	9	43	11	42	23	56
enthemmt	0	0	4	29	17	25	2	11	8	30	7	33	9	35	8	20
unaufmerksam	7	23	13	93	53	79	19	100	26	96	8	38	17	65	34	83
rezeptiv sprachgestört	0	0	14	100	53	79	19	100	7	26	7	33	17	65	36	88
express.sprachgestört	3	10	14	100	53	79	19	100	11	41	8	38	18	69	35	85
artikulationsgestört	6	20	12	86	48	71	19	100	6	22	18	86	15	58	33	80
<b>Ausprägungsgrad</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$
<b>Kernsymptom:</b> autistischer Mangel an sozial. Gegenseitigkeit	1.0	0.0	3.1	0.8	3.0	0.8	4.0*	0.0	3.0*	0.0	2.0*	0.0	2.9	0.8	3.0	0.8
<b>Begleitsymptome:</b> spielgestört	1.0	0.0	3.1	1.1	2.7	1.2	3.5	1.1	3.0	0.9	1.7	0.9	2.5	1.2	2.8	1.2
intelligenzgemindert	1.0	0.0	2.8	0.9	2.1	1.2	3.2	1.1	1.9	1.1	1.4	0.7	2.0	1.3	2.2	1.2
unempathisch	1.0	0.0	2.7	1.3	2.1	1.3	3.3	1.2	1.7	1.1	1.5	0.7	1.9	1.2	2.2	1.3
sozial isoliert	1.0	0.0	2.2	1.3	2.3	1.2	3.1	1.4	2.3	1.1	1.7	0.8	2.5	1.3	2.2	1.2
motorisch gestört/Tics	1.0	0.2	1.6	0.8	1.9	1.1	2.3	1.1	2.0	1.0	1.5	0.9	2.0	1.1	1.9	1.0
unkooperativ	1.1	0.3	3.5	0.8	2.8	1.2	3.5	1.0	2.6	1.2	2.4	1.2	2.5	1.2	3.0	1.2
antriebsgesteigert	1.3	0.5	2.6	1.4	2.1	1.2	2.9	1.3	1.9	1.1	1.5	0.9	1.8	1.2	2.2	1.2
opposition.verweigern	1.1	0.3	1.8	1.3	2.1	1.2	2.4	1.5	1.9	1.1	2.0	1.2	1.8	1.1	2.3	1.3
enthemmt	1.0	0.0	1.4	0.8	1.4	0.8	1.7	1.1	1.3	0.7	1.4	0.7	1.6	0.9	1.3	0.7
unaufmerksam	1.3	0.5	3.5	0.9	3.0	1.2	3.6	1.0	2.9	1.2	2.5	1.2	2.7	1.3	3.1	1.1
rezeptiv sprachgestört	1.0	0.0	3.8	0.4	3.0	1.2	3.0	1.3	3.1	1.2	2.7	1.2	2.5	1.3	3.2	1.1
express.sprachgestört	1.1	0.3	3.8	0.4	3.1	1.2	3.1	1.3	3.1	1.2	3.0	1.3	2.6	1.3	3.4	1.1
artikulationsgestört	1.2	0.5	2.9	1.2	2.5	1.2	2.0	1.4	2.7	1.1	2.8	1.2	2.0	1.1	2.8	1.2

Anmerkungen: N,%=Häufigkeit der Fälle, absolut und relativ; M,s=Mittelwert, Standardabweichung der Ausprägung der Symptome beim Erstkontakt (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ); \*=keine Varianz, da bei schwerer Symptomausprägung alle Patient/innen mit 4, bei deutlicher mit 3, bei leichter mit 2 markiert.

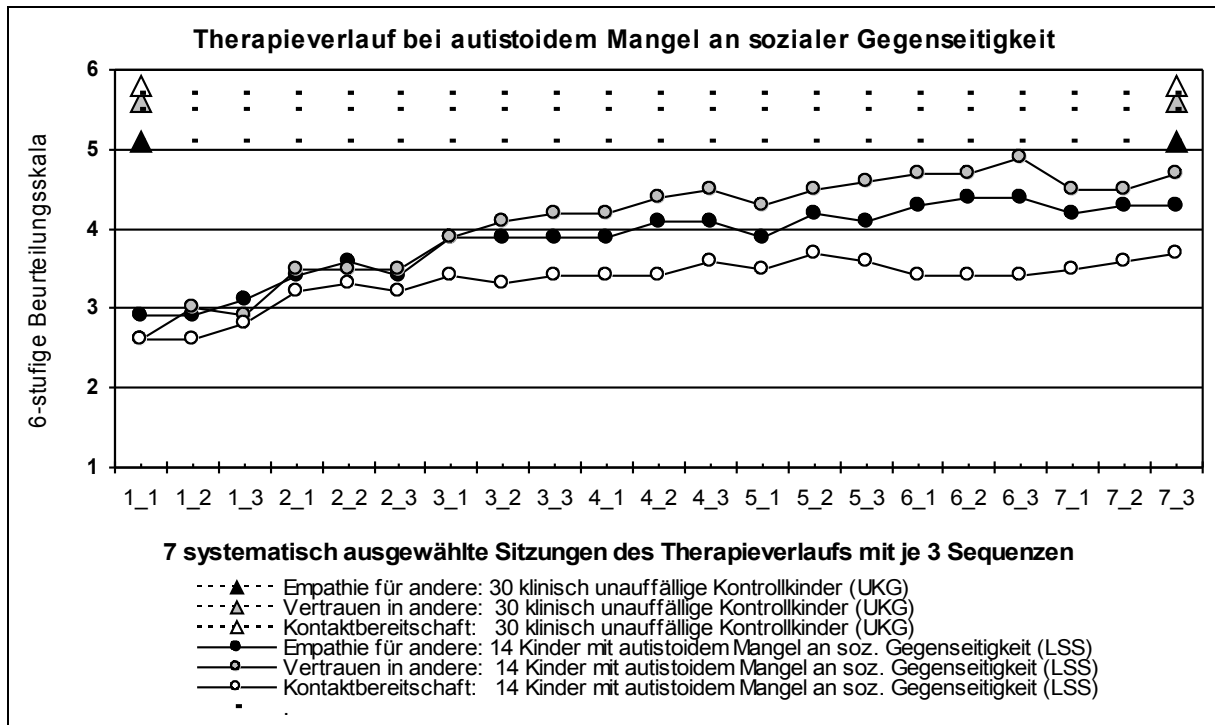
Die Ausprägung der Symptome war bei autistoiden Jungen (MCS-J) mit mangelnder sozialer Gegenseitigkeit tendenziell etwas höher als bei Mädchen (MCS-M) (vgl. Tabelle 37).

### 3.3.3.6 Veränderung

#### autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit im Therapieverlauf

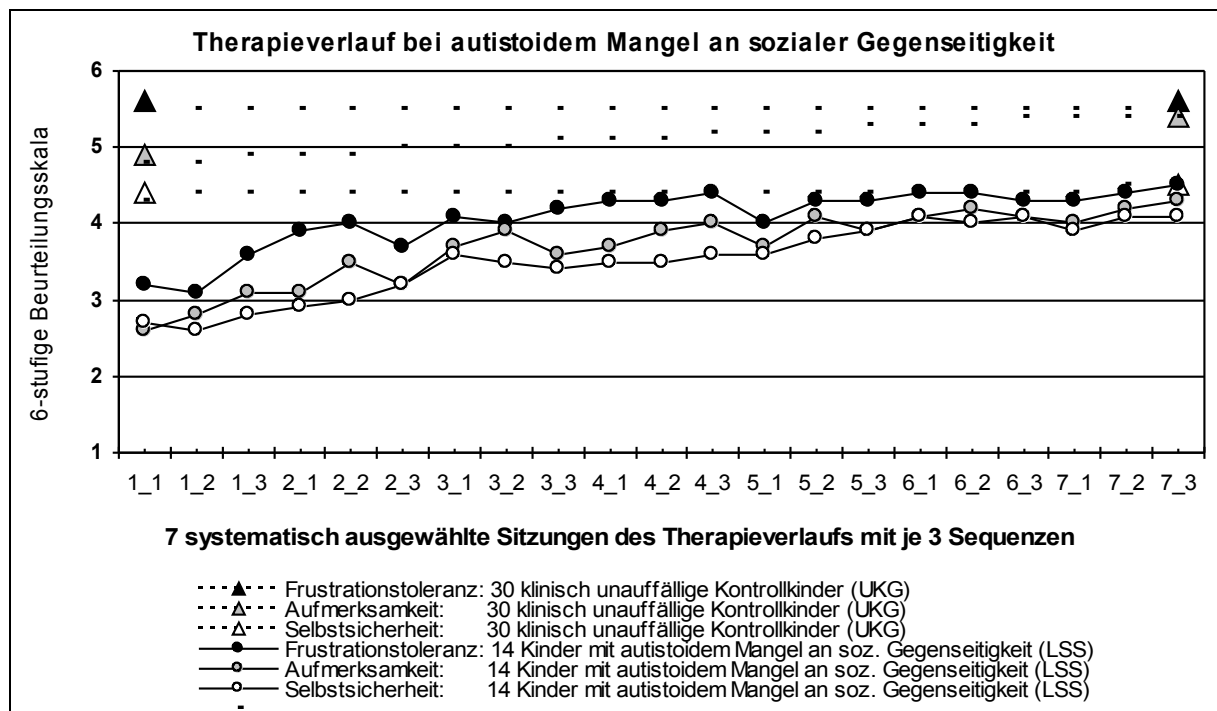
Alle Therapiesitzungen der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) wurden auf Video protokolliert. Aus den Videoprotokollen der 14 Patient/innen mit autoistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit wurden jeweils sieben Therapiesitzungen systematisch ausgewählt und in drei Sequenzen geteilt.

Diese  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen wurden mit 1\_1, 1\_2, 1\_3 bzw. 2\_1, 2\_2, 2\_3 usw. bis 7\_1, 7\_2, 7\_3 gekennzeichnet. Dieses Vorgehen erlaubte eine Auswertung sowohl der *Therapieverläufe* als auch der *Sitzungsverläufe*. Jede Sequenz wurde nach 18 Prozessvariablen ausgewertet, von denen die für die Veränderung der autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe relevanten dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) gegenübergestellt wurden (vgl. Abbildungen 18-20).



**Abbildung 18:** Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel sozialer Gegenseitigkeit im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

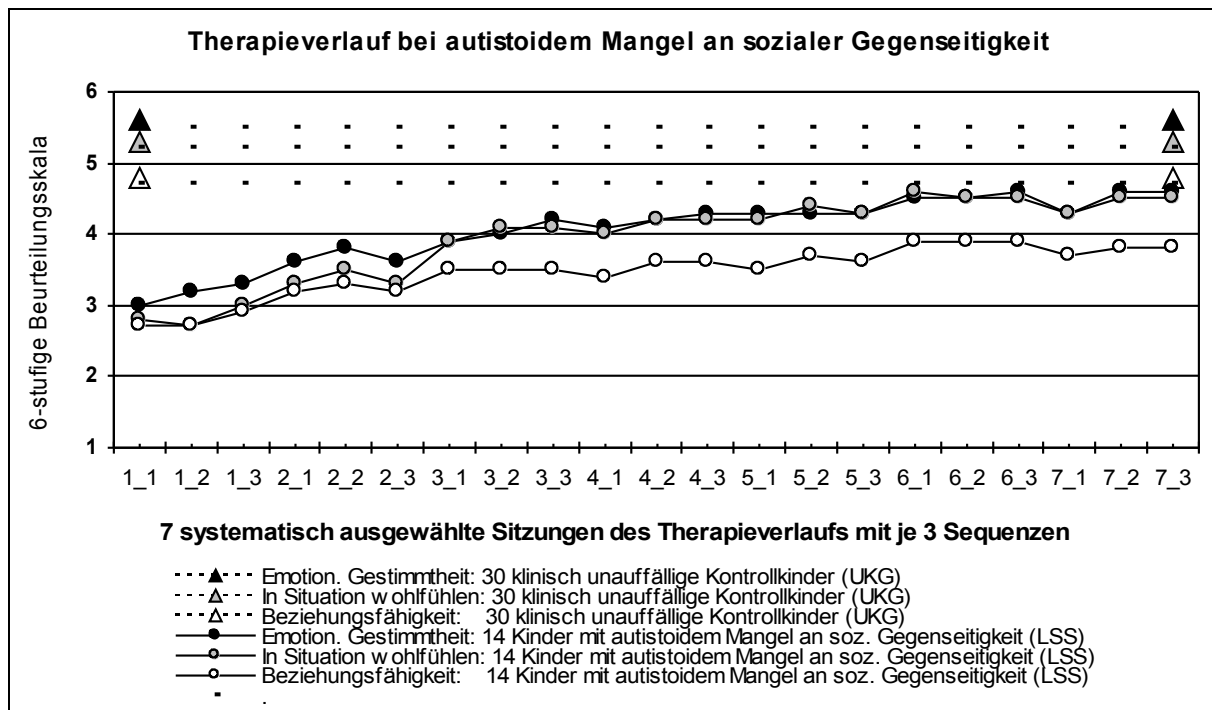
Abbildung 18 zeigt, dass die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) am Beginn und Ende der 16-wöchigen Kontrollzeit eine sehr hohe Kontaktbereitschaft (weißes Dreieck:  $M_{1-7,3}=5.8$ ) und sehr viel Vertrauen in andere hatten (graues Dreieck:  $M_{1-7,3}=5.6$ ) und dass die meisten in der Lage waren, Empathie für andere zu empfinden (schwarzes Dreieck:  $M_{1-7,3}=5.0$ ). Im Vergleich mit diesen Kindern zeigten die Patient/innen der LSS-Stichprobe zu Beginn der Therapie eine eher geringe Ausprägung dieser drei Kriterien ( $M_{1,1}=2.6$  -  $M_{1,1}=2.9$ ), weil sie, was zu erwarten war, aufgrund ihres autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit nahezu unfähig zur Empathie waren und aufgrund mangelnden Vertrauens in andere auch eher nicht bereit waren, Kontakte zu anderen einzugehen oder gar zu suchen. Im Verlauf der Behandlung mit Theraplay besserte sich das jedoch zusehends. Es wuchsen insbesondere das Vertrauen in andere (graue Kurve:  $M_{7,3}=4.7$ ) und die Fähigkeit zur Empathie für andere (schwarze Kurve:  $M_{7,3}=4.3$ ), sie näherten sich bis zum Ende der Therapie sogar dem Niveau der klinisch unauffälligen Kinder an. Trotz des im Therapieverlauf gewachsenen Vertrauens in andere entwickelten Patient/innen mit anfangs autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit nur zögernd Kontaktbereitschaft (weiße Kurve:  $M_{7,3}=3.7$ ).



**Abbildung 19:** Verbesserung der Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der LSS-Patient/innen mit autostoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

Abbildung 19 zeigt, dass die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) im Gegensatz zu den Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit eine hohe

Frustrationstoleranz hatten (schwarzes Dreieck:  $M_{1-7,3}=5.6$ ), dass ihre Aufmerksamkeit im Verlauf der Kontrollzeit noch zunahm auf am Ende  $M_{7,3}=5.4$  (graues Dreieck) und dass sie eine mäßig ausgeprägte Selbstsicherheit hatten (weißes Dreieck:  $M_{1-7,3}=4.5$  auf der 6-stufigen Skala). Die Frustrationstoleranz der Patient/innen der LSS-Stichprobe stieg nach Beginn der Behandlung mit Theraplay zunächst schnell an von anfangs  $M_{1,1}=3.2$  auf  $M_{2,2}=4.0$ , stabilisierte sich aber dann bis zum Ende der Therapie nur wenig höher auf  $M_{7,3}=4.5$  (schwarze Kurve). Die anfangs sehr geringe Aufmerksamkeit der autistoiden Patient/innen  $M_{1,1}=2.6$  (graue Kurve) verbesserte sich im Therapieverlauf nur mäßig auf  $M_{7,3}=4.3$ . Die Patient/innen blieben insoweit trotz der Behandlung mit Theraplay deutlich hinter der Frustrationstoleranz und Aufmerksamkeit der klinisch unauffälligen Kontrollkinder zurück. Die Selbstsicherheit der autistoiden Patient/innen war ebenfalls anfangs sehr gering (weiße Kurve:  $M_{1,1}=2.7$ ), entwickelte sich im Therapieverlauf mäßig auf  $M_{7,3}=4.1$  und kam damit aber am Ende der Behandlung der Selbstsicherheit der Kontrollkinder schon näher.



**Abbildung 20:** Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation

Abbildung 20 zeigt, dass die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) am Beginn und am Ende der 16-wöchigen Kontrollzeit sehr guter Stimmung waren (schwarzes Dreieck:  $M_{1-7,3}=5.6$ ) und dass sie sich in der Spielsituation durchschnittlich recht wohl fühlten (graues

Dreieck:  $M_{1-7_3}=5.3$ ). Ihre Beziehung zu ihrer Mutter war jedoch mit  $M_{1-7_3}=4.8$  eher unauffällig (weißes Dreieck). Die autistoiden Patient/innen der LSS-Stichprobe wichen dagegen von diesem Normalverhalten deutlich ab: Sie waren am Beginn der Behandlung emotional eher weniger gut gestimmt (schwarze Kurve:  $M_{1-1}=3.0$ ), fühlten sich in der Therapiesituation nicht wohl (graue Kurve:  $M_{1-1}=2.8$ ) und zeigten im Spiel mit der Therapeutin wenig Beziehungsfähigkeit (weiße Kurve:  $M_{1-1}=2.7$ ). Das besserte sich jedoch bis zum Ende der Therapie deutlich, die emotionale Gestimmtheit und das Sichwohlfühlen in der Therapiesituation näherte sich mit  $M_{7_3}=4.6$  bzw.  $M_{7_3}=4.5$  den klinisch unauffälligen Kontrollkindern an. Allerdings änderte sich die Beziehungsfähigkeit ähnlich wie die schon beschriebene Kontaktbereitschaft nicht in gleichem Maße (anfangs  $M_{1-1}=2.7$ ; am Ende  $M_{7_3}=3.8$ ) (vgl. Abbildung 20, weiße Kurve).

### **3.3.3.7 Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay**

#### **auf autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit:**

#### **Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen**

Die Haupthypothese dieser Therapieforschung erwartet, dass die Behandlung mit Theraplay die Kernsymptome und relevante Begleitsymptome von Verhaltensstörungen, also auch von autistoidem Verhalten mit Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, bedeutsam, d.h. mit hinreichender Effektgröße, statistisch signifikant, nachhaltig und hinsichtlich der Therapiedauer effizient verringert. In diesem Kapitel wird diese Hypothese am Beispiel klinisch autistoider Patient/innen der LSS- und der MCS-Stichprobe im Vergleich mit klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) überprüft.

**Therapeutischer Effekt von Theraplay.** Die mögliche Veränderung der Symptome wurde von Klinikern zu den Zeitpunkten  $t_1$ ,  $t_6$  und  $t_7$  anhand des Psychopathologischen Befund-Systems CASCAP-D auf vier Stufen zwischen  $M=4.0$  (schwer ausgeprägte Symptomatik) und  $M=1.0$  (klinische Unauffälligkeit) eingeschätzt. Die Differenz  $D$  drückt die therapiebedingte Veränderung des autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit vom Beginn ( $t_1$ ) bis zum Ende der Therapie ( $t_6$ ) aus. Sie betrug bei den Patient/innen der LSS-Stichprobe  $D_{1-6}=1.0$  und bei denen der MCS-Stichprobe  $D_{1-6}=1.1$  einer maximal möglichen Veränderung von drei Skaleneinheiten. Zum Ende der Behandlung mit Theraplay war der Mangel an sozialer Gegenseitigkeit bei Patient/innen der LSS-Stichprobe mit  $M_6=2.1$ ,  $s=1.0$  und der MCS-Stichprobe mit  $M_6=1.9$ ,  $s=0.8$  weitaus weniger reduziert als bei Patient/innen

mit oppositionell verweigerndem bzw. scheuem Verhalten und kam den klinisch unauffälligen Kindern mit  $M_6=1.0$ ,  $s=0.0$  nur tendenziell näher (vgl. Tabelle 38).

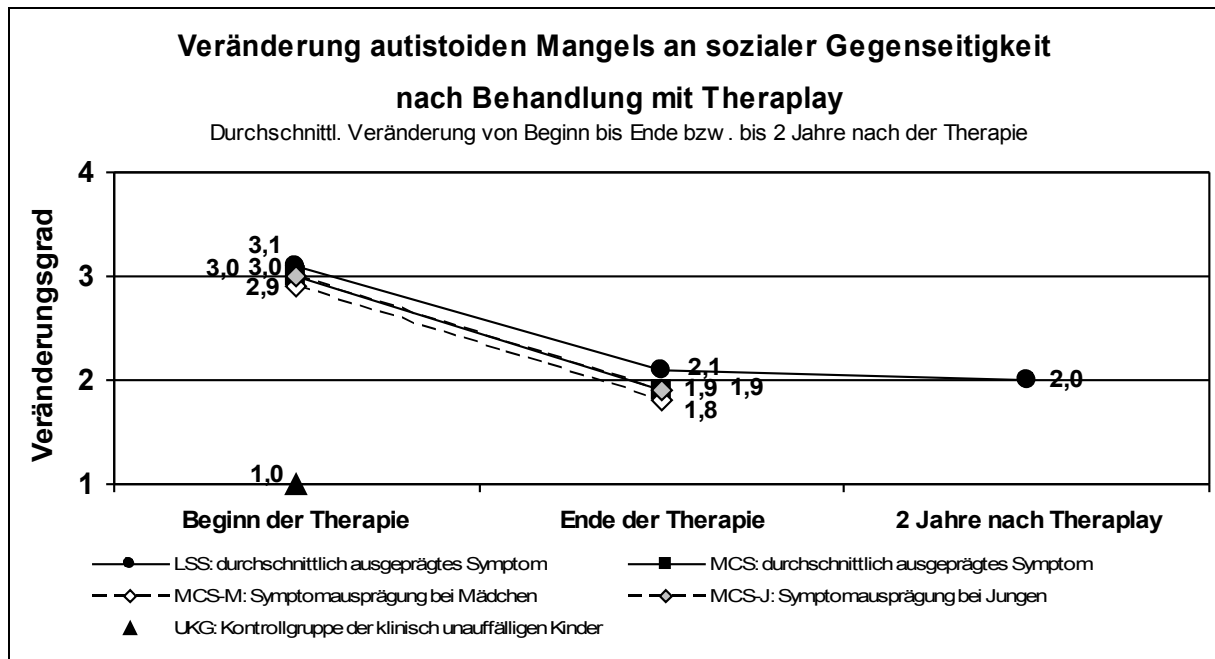
**Tabelle 38: Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistoides Verhalt.	3.1	2.1	2.0	1.0	0.8	1.0	1.1	0.0011	n.s.	1.10	0.10
■MCS	autistoides Verhalt.	3.0	1.9	-	1.1	0.8	0.8	-	<.0001	-	1.38	-
■MCS-S	schwer autistoid*)	4.0*	2.4	-	1.6*	0.0	0.8	-	<.0001	-	(*)	-
■MCS-D	deutlich autistoid*)	3.0*	2.0	-	1.0*	0.0	0.7	-	<.0001	-	(*)	-
□MCS-L	leicht autistoid*)	2.0*	1.2	-	0.8*	0.0	0.5	-	<.0001	-	(*)	-
◇MCS-M	autistoide Mädchen	2.9	1.8	-	1.1	0.8	0.7	-	<.0001	-	1.46	-
◆MCS-J	autistoide Jungen	3.0	1.9	-	1.1	0.8	0.9	-	<.0001	-	1.29	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ ; \*=für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist.

In beiden Feldstudien war die praktische Bedeutsamkeit der therapiebedingten Veränderung des anfänglichen autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit mit  $p=.0011$  (LSS) bzw.  $p<.0001$  (MCS) statistisch hoch signifikant und in den beiden Stichproben mit Effektgrößen von  $d_{(1-6)}=|1.10|$  (LSS) bzw.  $d_{(1-6)}=|1.38|$  (MCS) hoch effektiv.

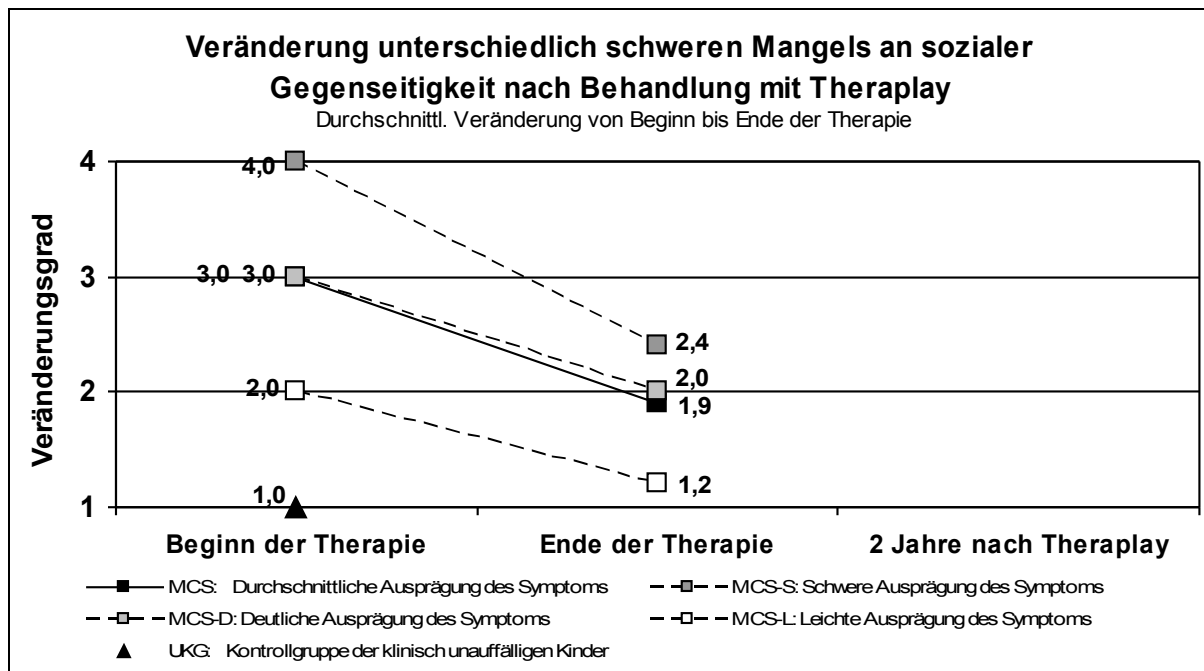
Bemerkenswert ist die weitgehende Übereinstimmung der Wirkung von Theraplay auf autistoides Verhalten der Patient/innen mit mangelnder sozialer Gegenseitigkeit in beiden unabhängigen Feldstudien. Sie erweist sich einerseits durch ähnlichen Veränderungsgrad der Symptomatik in der LSS- ( $D_{LSS\ 1-6}=1.0$ ) und der MCS-Stichprobe ( $D_{MCS\ 1-6}=1.1$ ) mit einer ähnlich hohen Effektgröße und andererseits in Abbildung 21 an der Parallelität der beiden Kurven der scheuen Patient/innen der LSS- und der MCS-Stichprobe. Diese weitgehende Übereinstimmung der Wirkung von Theraplay in zwei unabhängigen Studien lässt vermuten, dass Theraplay auch bei vergleichbaren Patientenpopulationen mit klinisch auffälligem Verhalten entsprechend wirksam sein wird (vgl. Tabelle 38 und Abbildung 21).



**Abbildung 21:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung autistischen Mangels an sozialer Gegenseitigkeit der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

**Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad autistischen Mangels an sozialer Gegenseitigkeit.** Alle autistischen Patient/innen der MCS mit schwerer Symptomausprägung wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  mit 4, alle mit deutlicher mit 3 und alle mit leichter Symptomatik mit 2 notiert. Die Patient/innen der MCS variierten also aufgrund dieser Setzung innerhalb des jeweiligen Schweregrads nicht. Die Formel für die Effektgröße verlangt jedoch für *beide* miteinander verglichenen Erhebungszeitpunkte Varianz. Deshalb konnte für die nach ihrem Schweregrad unterschiedenen Patient/innen der MCS-Stichprobe die Effektgröße  $d$  der Symptomveränderung nicht berechnet werden. Ersatzweise bot die praktische Bedeutsamkeit, d.h. die Differenz  $D$  der jeweiligen Symptomausprägung zwischen je zwei Erhebungszeitpunkten und deren statistische Signifikanz eine Möglichkeit zur Beurteilung der Effektivität von Theraplay auf unterschiedlich schwer, deutlich oder leicht ausgeprägte Symptomatik (vgl. Tabelle 38 Differenz  $D_{1-6}$  und Abbildung 22).

Die Wirkung von Theraplay auf Patient/innen der MCS-Stichprobe mit autistischen Mangel an sozialer Gegenseitigkeit war je nach Schweregrad verschieden bedeutsam. Die Kernsymptomatik verringerte sich bei anfangs schwerer Symptomatik (MCS-S) von  $M_1=4.0$  um  $D_{1-6}=1.6$  auf  $M_6=2.4$ , bei deutlicher Symptomatik (MCS-D) von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=2.0$  und bei leichter Symptomatik (MCS-L) von  $M_1=2.0$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=1.2$ . Diese Symptomveränderungen waren mit  $p<.0001$  statistisch signifikant (vgl. Tab. 38 und Abb. 22).



**Abbildung 22:** Positive Veränderung schweren, deutlichen und leichten autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

Anders als die therapiebedingten Veränderungen der Kernsymptome des störenden Verhaltens oppositionell verweigernder bzw. scheuer Patient/innen beider Stichproben näherten sich anfangs schwer oder deutlich ausgeprägte Symptome der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (MCS-S, MCS-D) nach der Behandlung mit Theraplay nicht dem störungsfreien Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG:  $M=1.0$ ,  $s=0.0$ ) an. Auf die Gefahr hin, zu wiederholen, sei noch einmal betont: Anfangs schwer bzw. deutlich ausgeprägter autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit war nach der Behandlung mit Theraplay zwar klinisch und statistisch bedeutsam verringert, aber immer noch leicht bis deutlich ausgeprägt. Nur anfangs leicht ausgeprägte autistoider Symptomatik hatte sich nach der Therapie (MCS-L:  $M_6=1.2$ ) fast auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG:  $M_1=1.0$ ) verringert (vgl. Abbildung 22).

**Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay.** Das Geschlecht scheint bei Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit keinen Einfluss auf die Wirkung der Behandlung mit Theraplay zu haben. Die Symptomatik war anfangs bei beiden Geschlechtern etwa gleich ausgeprägt und verringerte sich im Verlauf der Behandlung mit Theraplay auch bei beiden klinisch und statistisch gleich, nämlich bei den Mädchen (MCS-M) durchschnittlich von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=1.8$ , bei den Jungen (MCS-J)



durchschnittlich von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=1.9$ . Diese Symptomreduzierung war mit  $p<.0001$  statistisch hoch signifikant. Die Effektgröße war bei autistoiden Mädchen mit  $d=|1.46|$  etwas größer als bei autistoiden Jungen mit  $d=|1.29|$  (vgl. Tabelle 38 und Abbildung 21).

**Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay.** Die Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay wurde nur in der Längsschnittstudie untersucht. Sie wurde daran gemessen, dass es bis zwei Jahre nach der Therapie keine Rückfälle und keine statistisch signifikanten negativen Veränderungen mehr gab. Rund die Hälfte der anfangs 23 Patient/innen der LSS-Stichprobe mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit konnte zwei Jahre nach der Behandlung mit Theraplay noch einmal untersucht werden. Die nach Abschluss der Therapie festgestellte Reduzierung der Symptome erwies sich als nachhaltig, aber sie setzte sich ohne Behandlung nicht weiter fort. Es gab in der 2-jährigen Katamnese zwar keine Rückfälle, aber auch nur eine geringe, statistisch nicht signifikant weitere Verbesserung der Symptomatik von durchschnittlich  $M_6=2.1$  um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=2.0$  mit unbedeutender Effektgröße von  $d_{6-7}=|0.10|$  (vgl. Tabelle 38).

**Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf Begleitsymptome autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit.** Das Kernsymptom der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit wurde unter anderem von Symptomen begleitet, die typisch für Störungen des autistischen Spektrums sind wie Spielstörungen, Mangel an Empathie und die Neigung, sich sozial zu isolieren, d.h. unzugänglich zu sein. Es wurde aber auch von Unaufmerksamkeit und von unkooperativem, antriebsgesteigertem, oppositionell verweigerndem Verhalten, die typische Störungen des Sozialverhaltens sind, von rezeptiven Sprachstörungen und Artikulationsstörungen begleitet (vgl. Tabellen 39-41).

Diese Begleitsymptome verringerten allerdings in unterschiedlichem Ausmaß (vgl. Tab. 39):

→Verringerung des spielgestörten Verhaltens:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=2.7$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.7$  mit  $p<.0001$ , große Effektgröße  $d=|0.98|$ ,

LSS: von  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=1.9$  mit  $p=.0002$ , große Effektgröße  $d=|1.19|$ ,

jedoch von  $M_6=1.9$  um  $D_{6-7}=0.7$  auf  $M_7=2.6$  Rückfall nach der Therapie.

→Verringerung des Mangels an Empathie:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=2.1$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=1.5$  mit  $p<.0001$ , mittlere Effektgröße  $d=|0.57|$

LSS: von  $M_1=2.7$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.7$  mit  $p=.0032$ , große Effektgröße  $d=|0.89|$ .

→ Verringerung der Unzugänglichkeit autistischer Patient/innen:

UKG:  $M_1=1.0$ ;

MCS: von  $M_1=2.3$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=1.4$  mit  $p<.0001$ , große Effektgröße  $d=|0.95|$ .

LSS: von  $M_1=2.2$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=1.1$  mit  $p=.0025$ , große Effektgröße  $d=|1.14|$ , jedoch zwei Jahre später unverändert  $M_7=1.1$ , d.h. Stagnation (vgl. Tabelle 39).

**Tabelle 39: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung autistischen Verhaltens als Begleitsymptom autistischen Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Spielgestörtes Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	3.1	1.9	2.6	1.2	1.1	0.9	2.4	0.0002	n.s.	1.19	0.39
■MCS	autistische Patienten	2.7	1.7	-	1.0	1.2	0.8	-	<.0001	-	0.98	-
▣MCS-S	schwer autistisch	3.5	2.1	-	1.4	1.1	0.8	-	<.0001	-	1.46	-
▤MCS-D	deutlich autistisch	3.0	1.9	-	1.1	0.9	0.8	-	<.0001	-	1.29	-
□MCS-L	leicht autistisch	1.7	1.1	-	0.6	0.9	0.3	-	0.0014	-	0.89	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	2.5	1.8	-	0.7	1.2	0.8	-	0.0005	-	0.69	-
◆MCS-J	autistische Jungen	2.8	1.6	-	1.2	1.2	0.8	-	<.0001	-	1.18	-
<b>Unempathisches Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	2.7	1.7	1.9	1.0	1.3	0.9	1.1	0.0032	n.s.	0.89	0.20
■MCS	autistische Patienten	2.1	1.5	-	0.6	1.3	0.7	-	<.0001	-	0.57	-
▣MCS-S	schwer autistisch	3.3	1.9	-	1.4	1.2	0.8	-	<.0001	-	1.37	-
▤MCS-D	deutlich autistisch	1.7	1.4	-	0.3	1.1	0.6	-	n.s.	-	0.34	-
□MCS-L	leicht autistisch	1.5	1.2	-	0.3	0.7	0.4	-	0.0310	-	0.53	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	1.9	1.4	-	0.5	1.2	0.6	-	0.0056	-	0.53	-
◆MCS-J	autistische Jungen	2.2	1.6	-	0.6	1.3	0.7	-	0.0003	-	0.57	-
<b>Sozial unzugängliches Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	2.2	1.1	1.1	1.1	1.3	0.4	0.6	0.0025	n.s.	1.14	0.00
■MCS	autistische Patienten	2.3	1.4	-	0.9	1.2	0.6	-	<.0001	-	0.95	-
▣MCS-S	schwer autistisch	3.1	1.6	-	1.5	1.4	0.6	-	<.0001	-	1.39	-
▤MCS-D	deutlich autistisch	2.3	1.4	-	0.9	1.1	0.5	-	0.0002	-	1.05	-
□MCS-L	leicht autistisch	1.7	1.3	-	0.4	0.8	0.7	-	n.s.	-	0.53	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	2.5	1.4	-	1.1	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.12	-
◆MCS-J	autistische Jungen	2.2	1.4	-	0.8	1.2	0.7	-	0.0001	-	0.81	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

**Tabelle 40: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens als Begleitsymptom autistischen Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Unaufmerksames Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	3.5	2.6	2.9	0.9	0.9	1.1	1.1	0.0081	n.s.	0.90	0.27
■MCS	autistische Patienten	3.0	2.0	-	1.0	1.2	0.9	-	<.0001	-	0.94	-
▣MCS-S	schwer autistisch	3.6	2.4	-	1.2	1.0	0.9	-	<.0001	-	1.26	-
▣MCS-D	deutlich autistisch	2.9	2.1	-	0.8	1.2	0.9	-	0.0021	-	0.75	-
□MCS-L	leicht autistisch	2.5	1.6	-	0.9	1.2	0.7	-	0.0011	-	0.92	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	2.7	2.0	-	0.7	1.3	0.9	-	<.0001	-	0.63	-
◆MCS-J	autistische Jungen	3.1	2.0	-	1.1	1.1	0.8	-	<.0001	-	1.14	-
<b>Unkooperatives Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-<	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	3.5	1.8	1.8	1.7	0.8	0.7	0.9	0.001	n.s.	2.26	0.00
■MCS	autistische Patienten	2.8	1.6	-	1.2	1.2	0.7	-	<.0001	-	1.02	-
▣MCS-S	schwer autistisch	3.5	1.9	-	1.6	1.0	0.7	-	<.0001	-	1.85	-
▣MCS-D	deutlich autistisch	2.6	1.6	-	1.0	1.2	0.5	-	0.0001	-	1.64	-
□MCS-L	leicht autistisch	2.4	1.5	-	0.9	1.2	0.7	-	0.0057	-	0.92	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	2.5	1.5	-	1.0	1.2	0.5	-	<.0001	-	1.09	-
◆MCS-J	autistische Jungen	3.0	1.7	-	1.3	1.2	0.7	-	<.0001	-	1.32	-
<b>Antriebsgesteigertes Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-<	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	2.6	1.7	2.4	0.9	1.4	0.9	1.0	0.001	n.s.	0.76	0.74
■MCS	autistische Patienten	2.1	1.4	-	0.7	1.2	0.8	-	0.0169	-	0.69	-
▣MCS-S	schwer autistisch	2.9	1.8	-	1.1	1.3	0.8	-	0.0001	-	1.02	-
▣MCS-D	deutlich autistisch	1.9	1.4	-	0.5	1.9	0.8	-	0.0329	-	0.34	-
□MCS-L	leicht autistisch	1.5	1.1	-	0.4	1.5	0.5	-	0.0155	-	0.36	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	1.8	1.3	-	0.5	1.2	0.6	-	<.0001	-	0.53	-
◆MCS-J	autistische Jungen	2.2	1.5	-	0.7	1.2	0.8	-	<.0001	-	0.69	-
<b>Oppositionell verweigerndes Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistische Patienten	1.8	1.2	1.3	0.6	1.3	0.4	0.7	n.s.	n.s.	0.62	0.18
■MCS	autistische Patienten	2.1	1.4	-	0.7	1.2	0.5	-	<.0001	-	0.76	-
▣MCS-S	schwer autistisch	2.4	1.6	-	0.8	1.5	0.6	-	0.0137	-	0.70	-
▣MCS-D	deutlich autistisch	1.9	1.3	-	0.6	1.1	0.4	-	0.0026	-	0.72	-
□MCS-L	leicht autistisch	2.0	1.3	-	0.7	1.2	0.6	-	0.0070	-	0.74	-
◇MCS-M	autistische Mädchen	1.8	1.3	-	0.5	1.1	0.6	-	<.0001	-	0.56	-
◆MCS-J	autistische Jungen	2.3	1.4	-	0.9	1.3	0.5	-	<.0001	-	0.91	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

Unaufmerksames Verhalten der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit hatte sich nach der Behandlung mit Theraplay zwar signifikant, aber letztlich je nach anfänglichem Schweregrad doch nur auf das Niveau leichter bis deutlicher Symptome verringert und in den zwei Jahren nach der Therapie sogar tendenziell wieder etwas gesteigert. Die Verringerung der Unaufmerksamkeit war ohne Fortsetzung der Behandlung nur begrenzt nachhaltig (vgl. Tabelle 40).

→Verringerung der Unaufmerksamkeit als Begleitsymptom:

UKG:  $M_1=1.3$ ;

MCS: von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=2.0$  mit  $p<.0001$ , große Effektgröße  $d=|0.94|$

von  $M_1=3.6$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=2.4$  mit  $p<.0001$  bei schwerer Symptomatik

von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=2.1$  mit  $p=.0021$  bei deutlicher Symptomatik,

LSS: von  $M_1=3.5$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=2.6$  mit  $p=.0081$ , große Effektgröße  $d=|0.90|$

mit Rückfall um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=2.9$ , statistisch nicht signifikant (vgl. Tab. 40)

Nach Behandlung mit Theraplay hatten sich in beiden Feldstudien die Symptome eines antriebsgesteigerten Verhaltens, von dem das autistoides Verhalten mit Mangel an sozialer Gegenseitigkeit teilweise begleitet wurde, von anfangs leichter bis deutlicher Ausprägung auf leichte Ausprägung verringert. Diese Symptomreduzierung war jedoch nach der Therapie nur begrenzt nachhaltig. Ohne weitere Behandlung zeigte sich das antriebsgesteigerte Verhalten bald wieder (vgl. Tab. 40).

→Verringerung der Antriebssteigerung als Begleitsymptom:

UKG:  $M_1=1.3$ ;

MCS: von  $M_1=2.1$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=1.4$  mit  $p=.0169$ , mittlere Effektgröße  $d=|0.69|$

von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=1.8$  mit  $p=.0001$  bei schwerer Symptomatik

LSS: von  $M_1=2.6$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=1.7$  mit  $p<.0001$ , große Effektgröße  $d=|0.76|$

mit Rückfall um  $D_{6-7}=0.7$  auf  $M_7=2.4$ , jedoch statistisch nicht signifikant

(vgl. Tabelle 40).

Unkooperatives Interaktionsverhalten besserte sich ebenfalls im Verlauf der Behandlung mit Theraplay klinisch bedeutsam, statistisch hoch signifikant und mit großer Effektgröße, sowohl in den Nettostichproben der Längsschnitt- und der Multi-Center Studie als auch in allen MCS-Substichproben (vgl. Tabelle 40).

UKG:  $M_1=1.1$

MCS: von  $M_1=2.8$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=1.6$  mit  $p<.0001$ , große Effektgröße  $d=|1.02|$ ,

von  $M_1=3.5$  um  $D_{1-6}=1.6$  auf  $M_6=1.9$  mit  $p<.0001$  bei schwerer Symptomatik,

von  $M_1=2.6$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.6$  mit  $p=.0001$  bei deutlicher Symptomatik,

LSS: von  $M_1=3.5$  um  $D_{1-6}=1.7$  auf  $M_6=1.8$  mit  $p<.0001$ , extreme Effektgröße  $d=|2.26|$ .

Diese Wirkung von Theraplay war in der LSS-Stichprobe nachhaltig mit  $M_7=1.8$ .

Oppositionell verweigerndes Verhalten der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit verringerte sich ebenfalls im Verlauf der Behandlung klinisch und statistisch signifikant, aber wegen des niedrigeren Ausgangsniveaus nur mit mittlerer bis hoher Effektgröße (vgl. Tabelle 40)

**Tabelle 41: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Sprach- und Sprechstörungen als Begleitsymptome autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit sowie Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standard- abweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Rezeptive Sprachstörungen als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistoide Patienten	3.8	2.9	2.6	0.9	0.4	0.7	0.8	0.0003	n.s.	1.58	0.40
■MCS	autistoide Patienten	3.0	2.2	-	0.8	1.2	1.0	-	<.0001	-	0.72	-
▣MCS-S	schwer autistoid	3.0	2.6	-	0.4	1.3	1.0	-	n.s.	-	0.34	-
▣MCS-D	deutlich autistoid	3.1	2.2	-	0.9	1.2	0.9	-	<.0001	-	0.86	-
□MCS-L	leicht autistoid	2.7	1.9	-	0.8	1.2	1.0	-	0.0028	-	0.72	-
◇MCS-M	autistoide Mädchen	2.5	2.1	-	0.4	1.3	1.0	-	<.0001	-	0.34	-
◆MCS-J	autistoide Jungen	3.2	2.3	-	0.9	1.1	1.0	-	<.0001	-	0.86	-
<b>Artikulationsstörungen als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.2	-	-	-	-	-	-
●LSS	autistoide Patienten	2.9	1.9	2.9	1.0	1.2	0.9	2.4	0.0040	n.s.	0.94	0.55
■MCS	autistoide Patienten	2.5	2.1	-	0.4	1.2	1.0	-	0.0016	-	0.36	-
▣MCS-S	schwer autistoid	2.0	1.8	-	0.2	1.4	1.0	-	n.s.	-	0.16	-
▣MCS-D	deutlich autistoid	2.7	2.4	-	0.3	1.1	1.0	-	n.s.	-	0.29	-
□MCS-L	leicht autistoid	2.8	2.0	-	0.8	1.2	1.1	-	0.0026	-	0.69	-
◇MCS-M	autistoide Mädchen	2.0	1.9	-	0.1	1.1	1.0	-	n.s.	-	0.10	-
◆MCS-J	autistoide Jungen	2.8	2.2	-	0.6	1.2	1.0	-	0.0002	-	0.54	-

Anmerkungen: Erläuterung der Abkürzungen vgl. Tabellen 39 und 40.

Sprachverständnisstörungen (rezeptive Sprachstörungen) sind neben autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit ein weiteres Kernsymptom des Frühkindlichen und des Atypischen Autismus. Beide Symptome können die Folge von neuronal bedingten Entwicklungsverzögerungen sein. Das könnte erklären, warum die Behandlung mit Theraplay bis zum Therapieabschluss (Zeitpunkt  $t_6$ ) zunächst nur begrenzt auf die rezeptiven Sprachstörungen wirkte, sich jedoch, nachdem die Sprache angebahnt worden war, die Fähigkeit zur Sprachrezeption in den zwei Jahren nach der Therapie ( $t_7$ ) noch

weiterentwickelte. Allerdings erreichte das Sprachverständnis der autistoiden Patient/innen auch bis zwei Jahre nach der Therapie nicht das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) (vgl. Tabelle 41).

Die zunächst im Therapieverlauf gebesserten Artikulationsstörungen nahmen nach Einschätzung der Kliniker in den beiden Jahren nach der Therapie wieder zu. In dieser Hinsicht war die Behandlung mit Theraplay nicht nachhaltig. Dagegen wirkte Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen nicht nur bis Therapieabschluss mit  $d=|1.58|$  effektiv und mit  $p=.0003$  signifikant, die Therapie wirkte auch danach mit geringer Effektgröße ( $d=|0.40|$ ) noch weiter. Die katamnestisch beobachtete Veränderung war jedoch statistisch nicht signifikant. Sie könnte also möglicherweise auch zufällig gewesen sein (vgl. Tabelle 41).

→ Verringerung von rezeptiven Sprachstörungen als eines der Kernsymptome des Autismus:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=2.2$  mit  $p<.0001$ , große Effektgröße  $d=|0.72|$ ,

bei anfangs deutlicher Symptomatik von  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=2.2$  mit  $p<.0001$ ,

LSS: von  $M_1=3.8$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=2.9$  mit  $p=.0003$ , große Effektgröße  $d=|1.58|$ ,

und nach der Therapie weitere leichte Verbesserung um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=2.6$ ,

(vgl. Tabelle 41).

→ Verringerung von Artikulationsstörungen

als Begleitsymptom des autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=2.5$  um  $D_{1-6}=0.4$  auf  $M_6=2.1$  mit  $p=.0016$ , kleine Effektgröße  $d=|0.36|$ ,

LSS: von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.6$  mit  $p=.0040$ , große Effektgröße  $d=|0.94|$ ,

nach der Therapie ein Rückfall um  $D_{6-7}=-1.0$  auf  $M_7=2.9$ , mittl. Effektgröße  $d=|0.55|$

(vgl. Tabelle 41).

Über die Nachhaltigkeit und mögliche weitere Besserung der Begleitsymptome der Patient/innen mit autistoidem Mangel sozialer Gegenseitigkeit der MCS-Stichprobe liegen wegen des Prä-Post-Untersuchungsansatzes der Multi-Center Studie für die Zeit nach Ende der Behandlung dieser Patient/innen keine Werte vor.

**Möglicher Zusammenhang zwischen autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und anderen Verhaltens- sowie Aufmerksamkeits- und rezeptiven Sprachstörungen.** Über die Koinzidenz von autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit mit bestimmten Begleitsymptomen wurde schon berichtet. Hier soll nun durch

Korrelationsanalysen untersucht werden, ob es einen positiven oder negativen Zusammenhang gab und wie hoch die Korrelationen waren. Allerdings erschienen durch die geringe Größe der LSS-Stichprobe (Nettostichprobe  $N=60$ , davon  $N=14$  autistoid) manche der relevant erscheinenden Korrelationen als statistisch (noch) nicht signifikant, denn in der größeren MCS-Stichprobe (Nettostichprobe  $N=333$ , davon  $N=67$  autistoid) waren sie statistisch signifikant (vgl. Tabelle 42).

**Tabelle 42: Korrelation autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit mit begleitenden Symptomen**

Begleitsymptome autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit Erhebungszeitpunkt $t_1$ vor Beginn der Behandlung mit Theraplay								
Kernsymptom und relevante Begleitsymptome	Kennzeichnende Begleitsymptome des Kernsymptoms				Zusammenhang zwischen Kern- und Begleitsymptomen			
	●LSS $N=60$		■MCS $N=333$		●LSS $N=14$ von 60		■MCS $N=67$ von 333	
	$r$	$p r $	$r$	$p r $	$r$	$p r $	$r$	$p r $
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>autistoider Mangel an sozial. Gegenseitigkeit</b>	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>		<b>1.00</b>	
<b>autistoides Verhalten</b>								
mangelnde Empathie	<b>0.81</b>	<.0001	<b>0.44</b>	<.0001	<b>0.46</b>	n.s.	<b>0.54</b>	<.0001
Affektarmut	<b>0.34</b>	0.0085	<b>0.13</b>	0.0173	<b>- 0.24</b>	n.s.	<b>0.02</b>	n.s.
Unzugänglichkeit	<b>0.30</b>	0.0190	<b>0.29</b>	<.0001	<b>0.20</b>	n.s.	<b>0.45</b>	0.0002
Tics, motorische Störung	<b>0.38</b>	0.0022	<b>0.10</b>	n.s.	<b>0.15</b>	n.s.	<b>0.29</b>	0.0163
<b>Intelligenzminderung</b>	<b>0.62</b>	<.0001	<b>0.25</b>	<.0001	<b>0.64</b>	0.0125	<b>0.55</b>	<.0001
<b>antriebsgesteigertes Interaktionsverhalten</b>								
Spielstörungen	<b>0.61</b>	<.0001	<b>0.31</b>	<.0001	<b>0.66</b>	0.0097	<b>0.59</b>	<.0001
unkooperatives Verhalten	<b>0.32</b>	0.0131	<b>0.07</b>	n.s.	<b>0.55</b>	0.0416	<b>0.37</b>	0.0023
antriebsgesteig. Verhalten	<b>0.27</b>	0.0345	<b>0.07</b>	n.s.	<b>0.42</b>	n.s.	<b>0.46</b>	<.0001
<b>Unaufmerksamkeit</b>	<b>0.14</b>	n.s.	<b>0.04</b>	n.s.	<b>0.48</b>	n.s.	<b>0.36</b>	0.0027
<b>Sprachstörungen</b>								
rezeptiv sprachgestört	<b>0.21</b>	n.s.	<b>0.13</b>	0.0198	<b>0.70</b>	0.0053	<b>0.09</b>	n.s.
artikulationsgestört	<b>- 0.08</b>	n.s.	<b>- 0.16</b>	0.0026	<b>- 0.07</b>	n.s.	<b>- 0.25</b>	0.0421

Anmerkungen: SAS 9.1-Prozedur „Corr“;  $r$ =Korrelationskoeffizienten nach Pearson;  $p(r)$ =statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten; n.s.= statistisch nicht signifikant

So ist aufgrund der positiven Korrelationen anzunehmen, dass zwischen einem autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und Symptomen, von denen die meisten typisch für tiefgreifende Entwicklungsstörungen sind, ein bedeutsamer Zusammenhang zu besteht:

- mangelnde bzw. geminderte Empathie
- Affektarmut,
- Unzugänglichkeit i.S. eines sich von der Umwelt isolierenden Verhaltens,

- Spielstörungen, d.h. mit mangelnder Fähigkeit, mit Gleichaltrigen zu spielen,
- motorische Auffälligkeiten und Tics
- z.T. auch antriebsgesteigertes Verhalten,
- z.T. auch unkooperatives Verhalten (vgl. Tabelle 42).

Aufmerksamkeitsdefizite, Artikulations- und Sprechstörungen scheinen für autistoides Verhalten nicht kennzeichnend zu sein, wie die niedrigen Korrelationskoeffizienten vermuten lassen. Die hohen Korrelationskoeffizienten zwischen autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und Intelligenzminderung bei den Patient/innen der LSS- und MCS-Stichproben mit dieser Symptomatik darf nicht als Zusammenhang missverstanden, sondern muss als Risiko interpretiert werden, da die Symptome leicht fehldiagnostiziert werden können (vgl. Tabelle 42).

### 3.3.3.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)

Effizienz ist die ökonomische Seite der Effektivität einer Therapieform. Sie drückt sich durch die Therapiedauer aus, d.h. durch die Anzahl der bis zum Erreichen des Therapieziels durchschnittlich notwendigen Anzahl Therapiesitzungen.

**Tabelle 43: Therapiedauer der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit**

Stichproben und MCS-Substichproben	N	Durchschnittliche Therapiedauer Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen			
		minimal	maximal	durchschnittlich	Standardabweichg.
● LSS Längsschnittstudie insgesamt	14	17	43	<b>27.3</b>	9.0
■ MCS Multi-Center-Studie insgesamt	67	10	60	<b>23.5</b>	12.4
■ MCS-S mit schwerer Symptomatik	19	10	54	<b>30.5</b>	13.2
■ MCS-D mit deutlicher Symptomatik	27	10	60	<b>23.5</b>	12.8
□ MCS-L mit leichter Symptomatik	21	10	33	<b>17.2</b>	7.0
◇ MCS-M scheue Mädchen	26	10	41	<b>20.4</b>	9.8
◆ MCS-J scheue Jungen	41	10	60	<b>25.5</b>	13.6

Tabelle 43 zeigt, dass in beiden Studien durchschnittlich 23 – 28 Therapiesitzungen (LSS  $M=27.3$ ,  $s=9.0$ ; MCS  $M=23.5$ ,  $s=12.4$ ) notwendig waren, um bei Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit das Therapieziel zu erreichen. Innerhalb dieser durchschnittlichen Therapiedauer gab es jedoch, wie die Größe der Standardabweichungen zeigte, eine erhebliche Varianz. Verständlicherweise waren bei



schwerer Ausprägung der Kernsymptomatik mehr Therapiesitzungen notwendig als bei weniger schwerer, nämlich

→ bei schwerer Symptomausprägung (MCS-S) durchschnittlich  $M=30.5$  ( $s=13.2$ ) Sitzungen,  
→ bei deutlicher Symptomausprägung (MCS-D) durchschnittlich  $M=23.5$  ( $s=12.8$ ) Sitzungen,  
→ bei leichter Symptomausprägung (MCS-L) durchschnittlich  $M=17.2$  ( $s=7.0$ ) Sitzungen  
(vgl. Tabelle 43).

Mädchen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (MCS-M) brauchten mit durchschnittlich  $M=20.4$  ( $s=9.8$ ) weniger Therapiesitzungen als Jungen (MCS-J), für die durchschnittlich 25.5 ( $s=13.6$ ) Sitzungen notwendig waren (vgl. Tabelle 43).

### **3.3.3.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf Kind und Eltern aus Sicht der Kliniker und der Eltern**

Tabelle 44 zeigt, wie geschulte Kliniker die Veränderung des Interaktionsverhaltens zwischen LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und ihren Müttern im Vergleich mit dem Interaktionsverhalten klinisch unauffälliger Kontrollkinder mit ihren Müttern (UKG) beurteilten. Über das Vater-Kind-Interaktionsverhalten kann nicht berichtet werden, weil zu wenige Väter systematisch beobachtet werden konnten.

#### **Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf die Mutter-Kind-Interaktionen im Vergleich mit klinisch unauffälligen Kontrollkindern aus der Sicht von Klinikern.**

Maßstab für das normalerweise zu erwartende Interaktionsverhalten in solchen Situationen sind die klinisch unauffälligen Kontrollkinder mit ihren Müttern (UKG). Diese Kinder und ihre Mütter zeigten bei der gemeinsamen Lösung der gestellten Spielaufgaben ziemlich hohe positive Emotionalität (Mütter:  $M_1=5.0$ , Kinder:  $M_1=4.8$ ) und eine sehr gute *Passung* ( $M_1=5.5$  auf der 6-stufigen Intervallskala). Die Mütter führten in den Spielinteraktionen ( $M_1=5.6$ ). Das wurde von ihren Kindern fast durchweg akzeptiert ( $M_1=5.5$ ). Es gab kaum Versuche der klinisch unauffälligen Kinder ( $M_1=1.4$  auf der 6-stufigen Skala), die Führung zu übernehmen (vgl. Tabelle 44).

In der Trennungssituation, wenn die Mütter der klinisch unauffälligen Kinder ohne Erklärungen für einige Minuten das Spielzimmer verließen, konnten beide sich bereitwillig und unbefangen voneinander trennen (Mütter:  $M_1=5.2$ ; klinisch unauffällige Kinder:  $M_1=5.3$ ).

Die Kinder hatten - bis auf Einzelne - großes Vertrauen in die Rückkehr ihrer Mütter ( $M_1=5.3$ ).

**Tabelle 44: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker**

Auswirkungen der Veränderungen nach Behandlung mit Theraplay auf die Eltern-Kind-Interaktionen	▲UKG Kontrollgr.		●LSS Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie									
	Beginn der Kontrolle $t_1$		Beginn der Therapie $t_1$		Ende der Therapie $t_6$		Veränderung $t_1 \Rightarrow t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$		Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$		
Jeweilige Stichprobengröße →	N=30		N=14		N=14		N=14		N=9		N=9	
<b>Emotionalität der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$		
- Passung der Emotionalität in der Kind-Mutter-Interaktion	5.5	0.4	3.3	1.6	4.2	1.2	+ 0.9	4.5	0.9	+ 0.3		
-Hohe Emotionalität der Mutter in der Mutter-Kind-Interaktion	5.0	0.9	3.8	1.2	4.4	1.1	+ 0.6	3.2	0.9	- 1.2		
-Hohe Emotionalität des Kindes in der Kind-Mutter-Interaktion	4.8	0.9	2.4	0.8	3.5	1.2	+ 1.1	2.4	1.0	- 1.1		
<b>Führung in der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$		
- Mutter führt die Spielinteraktion	5.6	0.6	5.5	0.7	5.7	0.5	+ 0.2	5.9	0.4	+ 0.2		
- Kind akzeptiert Führung durch die Mutter in d. Spielinteraktion	5.5	0.7	2.9	1.6	3.3	1.6	+ 0.4	4.3	1.7	+ 1.0		
- Kind führt die Spielinteraktion	1.4	0.8	2.0	1.6	1.8	1.3	- 0.2	1.1	0.2	- 0.7		
<b>Trennungsstress für Kinder</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$		
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter bereitwillig trennen	5.2	1.2	4.0	1.6	4.6	1.4	+ 0.6	4.3	0.7	- 0.3		
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter unbefangenen lösen	5.3	1.1	3.8	1.5	4.7	1.2	+0.9	4.4	1.1	- 0.3		
- Kind hat offensichtlich großes Vertrauen in die Mutter	5.3	1.1	3.9	1.6	4.6	1.3	+ 0.7	3.9	1.0	- 0.7		
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter nur schwer trennen	2.0	1.3	3.2	1.7	2.5	1.5	-0.7	3.1	1.0	+ 0.6		
<b>Trennungsstress für Mütter</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$		
- Mutter kann das Kind bei der Trennung bereitwillig loslassen	5.8	0.4	5.5	0.5	4.3	1.2	- 1.2	5.6	1.1	+ 1.3		
- Mutter kann sich von ihrem Kind einfühlsam trennen	5.0	0.9	4.3	1.0	5.2	0.8	+0.9	4.1	0.9	- 1.1		
- Mutter kann sich offensichtlich vom Kind nur schwer trennen	1.1	0.4	2.2	1.3	1.3	0.6	-0.9	1.1	0.4	- 0.2		
<b>Wiedervereinigungsverhalten</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$		
- Mutter reagiert bei Rückkehr ins Zimmer sofort auf die Reaktionen ihres Kindes	6.0	0.0	5.9	0.3	6.0	0.0	+ 0.1	5.6	0.8	- 0.4		
- Mutter ist bei ihrer Rückkehr ins Zimmer sehr einfühlsam	5.1	0.7	4.9	0.9	4.5	1.4	- 0.4	4.4	0.9	- 0.1		
- Kind strebt bei Rückkehr der Mutter freudig auf diese zu	5.2	0.5	3.9	1.7	4.7	0.8	+ 0.8	4.3	1.5	- 0.4		
- Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter vollkommen	1.0	0.0	2.3	1.4	1.4	0.7	- 0.9	1.9	1.5	+ 0.5		

Anmerkung: Es werden nur die Auswirkungen auf die Mutter-Kind Interaktionen berichtet, da von den Vätern zu wenige zu allen drei Zeitpunkten erschienen sind, um sich bei ihrer Interaktion mit ihrem Kind beobachten zu lassen. Beobachtungsmethode: H-MIM, Notation: 6-stufige Skalierung der Items.

Bei der Rückkehr ins Spielzimmer reagierten alle Mütter sofort auf das Verhalten ihrer Kinder ( $M_1=6.0$ ). Die meisten Kinder *strebten freudig auf ihre Mütter zu* ( $M_1=5.2$ ). Keines der klinisch unauffälligen Kinder ignorierte die Rückkehr seiner Mutter (vgl. Tab.44).

Die LSS-Patient/innen und ihre Mütter reagierten dagegen in einer eher für anlage- oder entwicklungsbedingte Störungen charakteristischen Weise: Vor Beginn der Behandlung mit Theraplay war ihre Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kindern und ihren Müttern in vielen Kriterien eher gering, von Seiten der Kinder autistoid und in der Interaktion zwischen beiden eher emotionslos. Sie besserte sich jedoch bis zum Ende der Behandlung deutlich, verschlechterte sich aber in den beiden Jahren nach der Therapie wieder, d.h. sie war aus Sicht der Kliniker in diesen Kriterien nicht nachhaltig. (vgl. Tabelle 44).

Positiv und nachhaltig entwickelten sich durch die Therapie nur Verhaltensmuster: die Passung zwischen den Müttern und ihren Kindern, das Führungsverhalten der Mütter in der Interaktion, die Akzeptanz des mütterlichen Führungsverhaltens durch die autistoiden Kinder und die Reaktion der Mütter auf die Verhaltensweisen ihrer Kinder, wenn sie nach vorübergehendem Verlassen des Spielzimmers zurückkehrten (vgl. Tabelle 44).

So war die Emotionalität der autistoiden Patient/innen in der Kind-Mutter-Interaktion vor Beginn der Therapie mit durchschnittlich  $M=2.4$  ( $s=0.8$ ) auf der 6-stufigen Skala und die ihrer Mütter mit  $M=3.8$  ( $s=1.2$ ) gering, verglichen mit den klinisch unauffälligen Kindern ( $M=4.8$ ) und deren Müttern ( $M=5.0$ , beide  $s=0.9$ ). Die autistoiden Patient/innen zeigten wenig Gefühle, ihre Mütter ebenso wenig. Das besserte sich bis zum Ende der Therapie bei den autistoiden Patient/innen um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M=3.5$  ( $s=1.2$ ) bzw. bei deren Müttern um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M=4.4$  ( $s=1.1$ ), verschlechterte sich jedoch in den zwei Jahren nach der Therapie bei den Patient/innen wieder auf  $M=2.4$  ( $s=1.0$ ) und bei den Müttern auf  $M=3.2$  ( $s=0.9$ ). Die Patient/innen waren also in ihrer Emotionalität wieder auf das Niveau vor der Therapie und ihre Mütter sogar noch mehr zurückgefallen. Das im Therapieverlauf sich bessernde und danach wieder abnehmende emotionale Verhalten entsprach im Prinzip der Erwartung an eine auf die Veränderung von sozialem Verhalten orientierten Therapieform (vgl. Tabelle 44).

Sehr ähnlich drückte sich die Besserung des Verhaltens während der Therapie und deren Verschlechterung in den beiden Jahren nach der Therapie im Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten der autistoiden Patient/innen und ihrer Mütter aus: Von Beginn bis Ende der Therapie nahm die Bereitwilligkeit und Unbefangenheit der autistoiden Patient/innen, sich von ihren Müttern zu trennen, und das Vertrauen ihre Rückkehr, wenn diese das Spielzimmer verließen, zunächst zu. Es fiel jedoch in den zwei Jahren nach der

Therapie wieder etwas zurück. Die Mütter konnten sich am Ende der Therapie von ihren autistoiden Kindern ebenfalls einfühlsamer trennen, verloren aber bis zwei Jahre danach diese Einfühlsamkeit wieder. Die autistoiden Patient/innen strebten am Ende der Therapie freudiger auf ihre Mütter zu, ignorierten sie kaum noch, verloren jedoch bis zwei Jahre nach der Therapie diese emotionale Äußerung von Freude über die Rückkehr ihrer Mütter wieder etwas, allerdings nicht bis auf das Niveau vor Beginn der Therapie. Möglicherweise wirkte die Behandlung mit Theraplay entgegen diesen klinischen Beobachtungen doch positiv und auch nachhaltig auf das Interaktionsverhalten autistoider Patient/innen (vgl. Tabelle 44).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit aus der Sicht der Eltern.**

Für diesen Teil der Untersuchung wurden die Mütter und Väter der 14 Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit der LSS-Stichprobe befragt. Grund war die Annahme, dass Mütter und Väter aufgrund der alltäglichen Nähe die therapiebedingten Veränderungen ihrer autistoiden Kinder wahrscheinlich realitätsnäher beurteilen könnten als die Kliniker, die die Patient/innen nur in der Ausnahmesituation der Therapie beobachteten. (vgl. Tabelle 45).

**Tabelle 45: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern**

Stichprobe: N=14 Patient/innen der LSS-Stichprobe mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, die mit Theraplay behandelt wurden	aus Sicht der Mütter			aus Sicht der Väter		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Veränderung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Das Kind hat sich verbessert</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_{6 \Rightarrow 7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_{6 \Rightarrow 7}$
in seiner Aufmerksamkeit	4.8 0.8	5.2 0.6	+ 0.4	4.8 1.0	5.0 0.6	+ 0.2
in seiner Selbstsicherheit	4.8 1.1	5.0 0.8	+ 0.2	4.1 1.6	4.9 0.7	+ 0.8
in seinem Selbstbewusstsein	4.6 1.3	5.2 0.8	+ 0.6	4.8 0.7	4.9 0.7	+ 0.1
im Umgang mit seinen Gefühlen	4.3 1.3	5.0 0.9	+ 0.7	4.6 0.8	4.4 1.0	- 0.2
im Umgang mit Missgeschicken	4.2 1.5	4.4 1.3	+ 0.2	4.6 1.1	4.5 0.8	- 0.1
im Mut, es ist mutiger geworden	4.7 0.9	4.8 1.5	+ 0.1	4.5 1.1	5.0 0.8	+ 0.5
im Kontakt mit anderen.	4.7 1.1	4.9 1.1	+ 0.2	4.5 0.8	5.1 0.7	+ 0.6
im Aufnehmen von Kontakten	4.6 1.3	4.9 0.8	+ 0.3	4.2 1.3	5.3 0.8	+ 1.1

Anmerkungen:  $M_6, s_6; M_7, s_7$  = Mittelwerte und deren Standardabweichungen nach Theraplay  $t_6, t_7$ . Notation der Einschätzungen auf einer 6-stufigen Skala durch die Eltern der Patient/innen.

Aus Sicht der Mütter und Väter der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit besserte sich deren Aufmerksamkeit, Selbstsicherheit und Selbstbewußtsein, deren Fähigkeit zum Umgang mit den eigenen Gefühlen und Missgeschicken und deren Kontakt mit anderen, eine der größten Barrieren autistoider Kinder in der Interaktion mit ihrer Umwelt, bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay zunächst etwas und in den zwei Jahren nach der Therapie noch weiter. Aus der Sicht der Mütter besserte sich nach der Therapie insbesondere das Selbstbewusstsein ihrer Kinder und deren Fähigkeit zum Umgang mit den eigenen Gefühlen, aus der Sicht der Väter insbesondere der Mut ihrer autistoiden Kinder und die Fähigkeit zum Kontakt mit anderen (vgl. Tabelle 45).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf die Eltern aus der Sicht der Eltern.**

Tabelle 46 zeigt, dass die Mütter und Väter der Kinder mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auch für sich selbst eine z.T. deutliche Besserung ihrer Situation sahen.

**Tabelle 46: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innent mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern**

Stichprobe: N=22 scheue Patient/innen der LSS, die mit Theraplay behandelt wurden	aus Sicht der Mutter			aus Sicht des Vaters		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $D_{6-7}$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $D_{6-7}$
<b>Für mich hat sich verbessert:</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_{6\Rightarrow 7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_{6\Rightarrow 7}$
Die Therapie mit Theraplay hat dem Kind und mir geholfen	4.7 1.4	5.5 0.7	+ 0.8	4.4 1.6	4.9 1.9	+ 0.5
Ich habe das Gefühl, ich wurde von der Therapeutin akzeptiert	5.4 1.2	5.7 0.5	+ 0.3	4.5 1.8	5.3 0.8	+ 0.8
Für mich Stärkung und Stützung	4.9 1.5	5.1 1.5	+ 0.3	4.7 1.3	5.0 1.0	+ 0.3
Ich fühle mich merklich entlastet	4.3 1.2	4.0 1.9	- 0.3	3.8 1.6	4.0 1.6	+ 0.2
Kann in schwierigen Situationen mit Kind entspannter umgehen	4.9 1.2	4.7 0.7	- 0.2	4.5 1.4	4.0 1.6	- 0.5
Kann mit Kind besser umgehen	5.1 1.2	4.2 1.9	- 0.9	4.7 1.3	3.9 1.6	- 0.8
Bindung mit Kind ist verbessert	4.1 1.6	3.5 2.0	- 0.6	3.9 1.4	2.8 1.2	- 1.1
Anmerkungen: $M_6, s_6; M_7, s_7$ = Mittelwerte und deren Standardabweichungen nach Theraplay $t_6, t_7$ . Notation der Einschätzungen auf einer 6-stufigen Skala durch die Eltern der Patient/innen.						

Tabelle 46 zeigt: Aus der Sicht der Mütter blieb mehr noch als aus der Sicht der Väter nach der Behandlung ihrer autistoiden Kinder das Gefühl, dass die Therapie sowohl ihren

Kindern als auch ihnen selbst geholfen hatte (Mütter:  $M_6=4.7$ ,  $s_6=1.4$ ; Väter  $M_6=4.4$ ,  $s_6=1.6$ ). Diese Einschätzung verstärkte sich in den beiden Jahren nach der Therapie bei Müttern deutlich von  $M_6=4.7$ ,  $s_6=1.4$  um  $D_{6-7}=0.8$  auf  $M_7=5.5$ ,  $s_7=0.7$  und bei Vätern von  $M_6=4.4$ ,  $s_6=1.6$  um  $D_{6-7}=0.5$  auf  $M_7=4.9$ ,  $s_7=1.9$ , wobei sich gleichzeitig bei den Müttern die Varianz verringerte, also die Beurteilung der Besserung weniger variierte. Der bedeutsamste Eindruck, der bei Müttern, zwei Jahre nach der Therapie auch bei Vätern, nach der Behandlung ihrer autistoiden Kinder mit Theraplay haften blieb, war das Gefühl, von der Therapeutin akzeptiert worden zu sein (Mütter: von  $M_6=5.4$ ,  $s_6=1.2$  um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=5.7$ ,  $s_7=0.5$ ; Väter: von  $M_6=4.5$ ,  $s_6=1.8$  um  $D_{6-7}=0.8$  auf  $M_7=5.3$ ,  $s_7=0.8$ ).

Tabelle 46 zeigt auch, dass sowohl die Mütter als auch die Väter das Ergebnis der Behandlung ihrer Kinder als Stärkung und Stützung ihrer eigenen Bemühungen empfanden (Mütter: von  $M_6=4.9$ ,  $s_6=1.5$  um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=5.1$ ,  $s_7=1.5$ ; Väter: von  $M_6=4.7$ ,  $s_6=1.3$  um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=5.0$ ,  $s_7=1.0$ ). Besonders die Mütter sagten, dass sie nach der Therapie ihrer Kinder mit diesen besser bzw. auch in schwierigen Situationen entspannter mit ihnen umgehen konnten (Mütter:  $M_6=5.1$ ,  $s_6=1.2$  bzw.  $M_6=4.9$ ,  $s_6=1.2$ ; Väter: von  $M_6=4.7$ ,  $s_6=1.3$  bzw.  $M_6=4.5$ ,  $s_6=1.4$ ). Doch bei beiden, bei Müttern und Vätern, verlor sich dieses gute Gefühl, mit ihren autistoiden Kindern besser umgehen zu können, in den folgenden beiden Jahren zum Teil wieder (bei den Müttern um  $D_{6-7}=-0.9$  auf  $M_7=4.2$ ,  $s_7=1.9$ , bei den Vätern um  $D_{6-7}=-0.8$  auf  $M_7=3.9$ ,  $s_7=1.6$ ).

### 3.3.3.10 Zusammenfassung

**Beschreibung der Symptomatik.** Autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, der oft von autistoidem Mangel an Empathie begleitet wird, ist ein Kernsymptom aller Störungen des autistischen Spektrums. Er beschreibt die Unfähigkeit der betroffenen Kinder, mit Menschen ihrer Umwelt in soziale Interaktion zu treten, emotionale und soziale Signale anderer Menschen richtig einzuschätzen und auf die nonverbale und verbale Annäherung anderer Menschen positiv zu reagieren. Diese Symptomatik begleitet allerdings nicht nur Klein- und Vorschulkinder, die unter frühkindlichem Autismus (Kanner-Syndrom) oder Autistischer Psychopathie (Asperger-Syndrom) leiden, sondern auch Kinder mit psychischen Störungen der sozialen Interaktion und interpersonalen Kommunikation. Sie zeigt sich oft in ernsthaften Spielstörungen. Charakteristisch ist auch eine mangelhafte Sprachentwicklung mit allen Folgeproblemen für die Sprachproduktion und das Sprechen. In manchen Fällen kann es möglicherweise differentialdiagnostisch ein Problem sein, autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit von den Symptomen einer Intelligenzminderung zu unterscheiden.

**Art und Größe der Stichproben.** In den Stichproben der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) zeigten 14 (23%) der 60 und in der Multi-Center-Studie (MCS) 67 (20%) der 333 Patient/innen Symptome eines autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit. Von den 67 Patient/innen der MCS-Stichprobe litten 19 (28%) unter schweren, 27 (40%) unter deutlichen und 21 (31%) unter leichten Symptomen. Von den 14 Patient/innen der LSS-Stichprobe zeigten 12 (86%) Jungen und nur zwei Mädchen, von den 67 Patient/innen der MCS-Stichprobe dagegen 41 (61%) Jungen und 26 (39%) Mädchen einen autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit. Von den 30 klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe (UKG) hatte keines derartige Symptome.

**Entwicklungsstand der Kinder.** Verglichen mit dem visu-motorischen, kognitiven und sozialen Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder waren die Patient/innen der LSS-Stichprobe mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit in ihrer Entwicklung extrem weit zurückgeblieben. Ihnen fehlte es nahezu völlig an visu-motorischen Fähigkeiten und sozial-emotionalen Fertigkeiten.

**Begleitsymptome.** Vor Beginn der Behandlung mit Theraplay hatten die betroffenen Patient/innen der LSS- bzw. der MCS-Stichprobe eine Vielzahl von klinisch bedeutsamen Begleitsymptomen, darunter verständlicherweise die typischen Symptome autistischer Störungen: 86% bzw. 73% waren spielgestört, 71% bzw. 49% mangelte es an Empathie und 57% bzw. 69% blieben sozial isoliert. 43% bzw. 49% waren auch motorisch gestört bzw. zeigten Tics. Alle 14 Fälle der LSS-Stichprobe und 79% der MCS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit hatten zugleich eine rezektive und in der Folge auch eine expressive Sprachstörung. 86% bzw. 71% hatten Artikulationsstörungen. 93% bzw. 79% zeigten bedeutsame Aufmerksamkeitsdefizite sowie 57% bzw. 48% antriebsgesteigertes Verhalten. Alle LSS-Patient/innen und 76% der MCS-Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit verhielten sich in der diagnostischen und anfangs auch in der therapeutischen Situation unkooperativ, viele auch oppositionell verweigernd. Diese Begleitsymptome des autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit ( $M_1=3.1$ ) waren durchschnittlich sehr hoch ausgeprägt: Rezektive und expressive Sprachstörungen mit  $M_1=3.8$ , Aufmerksamkeitsdefizite mit  $M_1=3.5$ , unkooperatives Verhalten mit  $M_1=3.5$  und Spielstörungen mit  $M_1=3.1$  der 4-stufigen Dimensionalisierung nach CASCAP-D.

**Effektivität und Nachhaltigkeit von Theraplay.** Im Verlauf der Behandlung mit Theraplay zeigten die Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit zunehmend positive Emotionen, ein wachsendes Vertrauen in andere und beginnende

Fähigkeiten zur Empathie, also zum Erkennen der Gefühle anderer. Ihre Frustrationstoleranz besserte sich ebenfalls. Sie wurden aufmerksamer und selbstsicherer, obwohl sie sich in diesen Merkmalen immer noch von den klinisch unauffälligen Kontrollkindern deutlich unterschieden. Ihre Fähigkeit und ihre Bereitschaft, Beziehungen mit anderen Menschen einzugehen und Kontakt zu anderen aufzunehmen, entwickelte sich trotz der Behandlung mit Theraplay nur wenig. Sie blieben zurückhaltend.

**Begleitsymptome.** Der autistoide Mangel an sozialer Gegenseitigkeit der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichproben war durch verschiedene Begleitsymptome gekennzeichnet. Einige davon waren vermutlich eher anlagedisponiert, andere eher anlage- und umweltbedingt oder nur umweltbedingt ausgebildet. Die Wechselbeziehungen zwischen Anlage- und Umweltbedingungen können möglicherweise erklären, warum sich einige der Begleitsymptome autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit wie unkooperatives und oppositionell verweigerndes Verhalten oder auch soziale Unzugänglichkeit nach der Behandlung mit Theraplay mit Effektgrößen je nach Begleitsymptom zwischen  $d_{1-6}=0.76$  bis  $d_{1-6}=2.26$  klinisch bedeutsam um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=1.7$  der 4-stufigen Skala von CASCAP-D statistisch signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) besserten und sich dem Niveau der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe annäherten, während andere Begleitsymptome wie gesteigertes Antriebsverhalten, Aufmerksamkeitsdefizite und Spielstörungen sich zwar ebenfalls klinisch bedeutsam mit mittleren bis hohen Effektgrößen ( $d_{1-6}=0.57$  bis  $d_{1-6}=1.19$ ) statistisch signifikant ( $p_{1-6}=.0081$  bis  $p_{1-6}<.0001$ ) um  $D_{1-6}=0.6$  bis  $D_{1-6}=1.2$  besserten, aber nur bis zu einem zwar verringerten, aber doch weiter bleibenden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (LSS:  $M_6=2.1$ ,  $p_{1-6}=.0011$ ; MCS:  $M_6=1.9$ ,  $p_{1-6}<.0001$ ). So besserten sich zwar die autistoiden Verhaltensweisen der Patient/innen der MCS-Stichprobe mit schwerer Symptomatik statistisch signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) und klinisch erheblich von  $M_1=4.0$  auf  $M_6=2.4$  und mit deutlich ausgeprägter Symptomatik ebenfalls statistisch signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) von  $M_1=3.0$  auf  $M_6=2.0$ , aber es blieb ein leichter Mangel an sozialer Gegenseitigkeit. Nur anfänglich leichte Störungen verringerten sich im Therapieverlauf signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) von  $M_1=2.0$  auf  $M_6=1.2$ , d.h. nahezu bis zur klinischen Unauffälligkeit. Zwischen autistoiden Mädchen und Jungen gab es hinsichtlich der Reduzierung ihres Mangels an sozialer Gegenseitigkeit keinen signifikanten Unterschied.

**Nachhaltigkeit.** Bedeutsam ist, dass sich der autistoide Mangel an sozialer Gegenseitigkeit in den beiden Jahren nach Ende der Therapie von dem erreichten Niveau einer leichten Störung ( $M_7=2.0$ ) nur noch mit geringer Effektgröße ( $d_{1-6}=|0.10|$ ) und statistisch nicht signifikant weiter besserte. Einige der eher anlage- und umweltbedingten



Begleitsymptome fielen sogar wieder etwas zurück, zwar statistisch nicht signifikant, aber klinisch doch bedeutsam, beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizite von  $M_6=2.6$  auf  $M_7=2.9$ , Spielstörungen von  $M_6=1.6$  auf  $M_7=2.6$ , gesteigertes Antriebsverhalten von  $M_6=1.7$  auf  $M_7=2.4$  und Artikulationsstörungen von  $M_6=1.9$  auf  $M_7=2.9$ . Es gibt jedoch eine Ausnahme: Rezeptive Sprachstörungen, die vermutlich Folge einer übersprungenen Entwicklungsstufe sind, hatten sich auch bei den Patient/innen mit Mangel an sozialer Gegenseitigkeit nach Ende der Therapie mit geringer bis mittlerer Effektgröße ( $d_{1,6}=0.40$ ) weiter gebessert, nachdem sich ihre Sprache im Therapieverlauf angebahnt hatte.

**Effizienz von Theraplay.** Theraplay hat sich in der Behandlung des autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit als kosteneffizient erwiesen. Das beschriebene Ergebnis wurde nach durchschnittlich 23-28 Therapiesitzungen erreicht. In schweren Fällen waren durchschnittlich 31 Sitzungen notwendig, in einzelnen Fällen bis zu 54 Sitzungen. In leichten Fällen genügten durchschnittlich schon etwa 17 Therapiesitzungen.

**Auswirkungen der Besserung der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit.** Die Kliniker beobachteten, dass sich die Eltern-Kind-Interaktionen gegenüber dem Verhalten vor der Therapie nur mäßig gebessert hatten, möglicherweise deshalb, weil zwar verringerte, aber doch weiter existente Symptome des autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit fortbestanden. So gab es in den zwei Jahren nach der Therapie beispielsweise Rückfälle der während der Therapie leicht gebesserten emotionalen Passung zwischen den Müttern und ihren Kindern auf das frühere wenig emotionale Niveau. Nur das Führungsverhalten der Mütter bei gemeinsamen Spielaktivitäten mit ihren Kindern besserte sich in den beiden Jahren nach der Therapie stetig weiter und die Kinder akzeptierten die Führung durch ihre Mütter. Aus Sicht der Mütter und Väter hatten sich bis zum Ende der Therapie Aufmerksamkeit, Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein ihrer Kinder, deren Umgang mit ihren Gefühlen und mit Missgeschick und deren Bereitschaft zur Kontaktaufnahme zunächst nur mäßig, aber in den beiden Jahren danach weiter gebessert. Interessant ist, dass beide Elternteile zwei Jahre nach der Therapie häufiger als unmittelbar danach äußerten, dass die Behandlung mit Theraplay sowohl ihrem Kind als auch ihnen selbst geholfen und sie in ihrer Elternrolle gestärkt habe. Allerdings äußerten sie auch, dass sich ihr unmittelbar nach der Therapie besserer Umgang mit ihren letztlich immer noch leicht durch autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und die verbliebene schwierige Zugänglichkeit ihrer gestörten Kinder in den beiden Jahren nach der Therapie wieder etwas verschlechtert habe.

**Schlussfolgerungen.** Obwohl bis heute die Ätiopathogenese autistischer Störungen nicht geklärt ist, wird angenommen (u.a. Knölker et al., 2000), dass sich genetische sowie prä- und perinatale Faktoren mit Umweltbedingungen wechselseitig beeinflussen und bei entsprechenden Umweltbedingungen psychopathologische Phänomene ausbilden. Diese Unterscheidung wird durch die Feststellung begründet, dass sich die eher als *umweltbedingt* einzuschätzenden Störungen des Sozialverhaltens wie unkooperatives, oppositionell verweigerndes oder scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten nicht nur als *Kernsymptome* verhaltensauffälliger Patient/innen, sondern auch als *Begleitsymptome* der Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit bis zu klinischer Unauffälligkeit zurückbildeten, während sich die vermutlich eher anlage- und umweltbedingt ausgebildeten Symptome nach der Behandlung mit Theraplay nur bis auf das Niveau verbleibender leichter bis deutlicher Symptomatik besserten und zum Teil nach der Therapie sogar wieder etwas, wenn auch statistisch nicht signifikant, zurückfielen. Möglicherweise ist Theraplay eine Therapieform, die aufgrund ihres Ansatzes, gute Mutter-Kind-Beziehungen und die dabei wechselseitig geübten emotional positiven Beeinflussungen zu imitieren und entsprechende Verhaltensmuster zu prägen, besonders geeignet, eher *umweltbedingt* ausgebildete Verhaltensstörungen klinisch und statistisch bedeutsam zu verringern und durch die Reduzierung dieser Symptome und den damit erleichterten sozialen Umgang auch die eigentliche *Kernsymptomatik* zu verringern. Es wäre vermessen anzunehmen, dass die Behandlung mit Theraplay die hinter dem autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit zu vermutenden autistischen Störungen heilen könnte, aber diese Therapieform kann wahrscheinlich störende Verhaltensmuster der Patient/innen signifikant verringern und damit ihren Umgang mit ihren Eltern und anderen Menschen ihrer Umwelt und ihre soziale Zugänglichkeit effektiv und nachhaltig erleichtern. Wenn diese Besserung bei autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit mit einem begrenzten Aufwand von durchschnittlich bis zu 30 Therapiesitzungen erreicht würde, wäre Theraplay im Sinne einer Prävention späterer Konflikte und Lernstörungen wahrscheinlich eine für Klein- und Vorschulkinder mit solchen Störungen effektive und effiziente Therapie. Möglicherweise wäre sie auch eine geeignete Therapie für Anpassungs- und Bindungsstörungen, wie sie oft von Adoptiv- und Pflegekindern oder von traumatisierten Klein- und Vorschulkindern gezeigt werden.

### **3.3.4 Die Wirkung von Theraplay auf Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (ADS) von Klein- und Vorschulkindern**

In diesem Kapitel wird die Wirkung von Theraplay auf zwei scheinbar einander ähnliche Störungen untersucht, nämlich auf Aufmerksamkeitsstörungen *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität, also auf Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS) und auf Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADS). Diese beiden Arten von Aufmerksamkeitsstörungen werden hier einander gegenübergestellt, um durch den unmittelbaren Vergleich verständlich zu machen, dass und warum Theraplay auf diese beiden Störungen so unterschiedlich wirkt.

#### **3.3.4.1 Beschreibung der Aufmerksamkeitsstörungen ADHS und ADS**

Aufmerksamkeitsstörungen gelten als Störungen mit Beginn in der Kindheit. Im Praxisalltag werden Aufmerksamkeitsstörungen häufig zusammen mit hyperkinetischen Störungen erwartet und dann als Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) umschrieben. Das scheint eine ungerechtfertigt einseitige Betrachtung zu sein, denn Aufmerksamkeitsstörungen treten zwar häufig zusammen *mit* hyperkinetischen Störungen auf, aber – zumindest in den hier untersuchten Stichproben - etwa ebenso häufig *ohne* Hyperaktivität, jedoch in Koinzidenz mit Störungen des Sozialverhaltens, mit emotionalen Störungen, mit Sprachentwicklungs- und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. In der Praxis stehen dann oft die anderen diagnostizierten Störungen im Vordergrund der Therapie, während das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) als ein begleitendes Symptom angesehen wird.

Döpfner et al. (1999, S. 26-28) beschreiben Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität in der deutschen Version des Psychopathologischen Befundsystems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) als gesonderte Störungen. Das ermöglichte es, in diesem Forschungsprojekt Klein- und Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsstörungen hinsichtlich dieser Kernsymptome diagnostisch in Substichproben *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität zu differenzieren. Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort (2000, S. 276-286) unterscheiden ebenfalls Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität.

Entsprechend werden die Forschungsergebnisse zur Wirkung von Theraplay auf Aufmerksamkeitsstörungen differenziert in ADHS bzw. ADS berichtet.

In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10, 1999, S. 293-297) werden Aufmerksamkeitsstörungen nahezu ausschließlich im Kontext von Hyperkinetischen Störungen (F90) beschrieben und diesen subsumiert. Eine „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) soll nur unter der Bedingung diagnostisch codiert werden, dass „die allgemeinen Kriterien für eine hyperkinetische Störung erfüllt“ sind, "die Kriterien für F91 (Störung des Sozialverhaltens) jedoch nicht“. Der Gedanke, dass Aufmerksamkeitsstörungen *ohne* Hyperaktivität im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen eine klinische Bedeutung haben könnten, wurde offenbar bei der Klassifikation in ICD-10 nicht erwogen.

In der deutschen Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-IV, 1998, S. 62-64) werden Aufmerksamkeitsstörungen im Kapitel der „Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz diagnostiziert werden“ codiert:

- 314      Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
  - *vorwiegend unaufmerksamen Typus,*
  - *Mischtypus von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität*
  - *vorwiegend hyperaktiven, impulsiven Typus.*
- 314.00    *vorwiegend unaufmerksamer Typus* soll codiert werden, wenn während der letzten sechs Monate zwar Unaufmerksamkeit diagnostiziert, jedoch *nicht* die Kriterien von Hyperaktivität oder Impulsivität erfüllt wurden.
- 314.01    *Mischtypus von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität* soll codiert werden, wenn während der letzten sechs Monate sowohl Kriterien von Unaufmerksamkeit als auch die von Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt wurden.
- 314.01    *vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus* soll codiert werden, wenn während der letzten sechs Monate die Kriterien von Hyperaktivität und Impulsivität, aber *nicht* die von Unaufmerksamkeit erfüllt wurden.
- 314.09    *Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung* soll codiert werden, wenn entweder deutliche Symptome von *Unaufmerksamkeit* (ADS) *oder* von Hyperaktivität *oder* von Impulsivität diagnostiziert werden, die jedoch *nicht* die Kriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erfüllen.

DSM-IV gibt folgende Beschreibungen der Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität:

### **Unaufmerksamkeit**

ist zu diagnostizieren, wenn ein Kind unter sieben Jahren während der letzten sechs Monate beständig in zwei oder mehr Situationen auf klinisch bedeutsame Weise und in einem für den Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß sechs oder mehr der folgenden Symptome zeigt:

→wenn es oft Schwierigkeiten hatte,

längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,

→wenn es häufig Einzelheiten nicht beachtete oder Flüchtigkeitsfehler machte,

→wenn es häufig nicht zuzuhören schien, wenn andere mit ihm sprachen,

→wenn es Anweisungen anderer nicht vollständig durchführte und Aufgaben nicht zu Ende bringen konnte und dieses Verhalten nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder durch Verständnisschwierigkeiten erklärt werden konnte,

→wenn es häufig Schwierigkeiten hatte, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,

→wenn es häufig Aufgaben vermied bzw. Aufgaben abgeneigt war oder sich nur widerwillig mit Aufgaben beschäftigte, die länger andauernde geistige Anstrengungen erforderten,

→wenn es sich durch äußere Reize leicht ablenken ließ oder häufig vergesslich war.

Döpfner et al. (1999, S. 26-28) umschreiben *Unaufmerksamkeit* anhand des Verhaltens in der diagnostischen Situation als „während der Untersuchung durch irrelevante Reize ständig ablenkbar“, so ablenkbar, dass die mangelnde Aufmerksamkeit zur zeitweiligen Unterbrechung oder zum völligem Abbruch einer Untersuchung führen könne.

### **Hyperaktivität und Impulsivität**

sind zu diagnostizieren, wenn ein Kind unter sieben Jahren während der letzten sechs Monate beständig in zwei oder mehr Situationen auf klinisch bedeutsame Weise und in einem mit seinem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß sechs oder mehr der folgenden Symptome zeigte:

#### *Symptome von Hyperaktivität*

→wenn das Kind häufig mit Händen oder Füßen zappelte oder auf dem Sitz herumsprang,

→wenn es in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wurde, häufig aufstand,

→wenn es in Situationen, in denen das unpassend war, exzessiv herumlief oder kletterte,

→wenn es häufig Schwierigkeiten hatte, ruhig zu spielen

→wenn es häufig Schwierigkeiten hatte, sich ruhig mit Aktivitäten zu beschäftigen,

→ wenn es häufig "auf Achse" war oder oftmals handelte, als wäre es "getrieben",

→ wenn es häufig übermäßig viel redete

#### *Symptome von Impulsivität*

→ wenn es häufig vor Ende der Fragestellung schon mit der Antwort herausplatze,

→ wenn es nur schwer warten konnte, bis es an der Reihe war,

→ wenn es häufig andere unterbrach oder in Gespräche oder Spiele anderer hineinplatze.

Döpfner et al. (1999) umschreiben Hyperaktivität als „gesteigerte körperliche Aktivität“.

DSM-IV (1998, S.12) gibt für die Codierungen 314.00 und 314.01 folgende vergleichbaren ICD-10-Codierungen an:

→ DSM-IV-Codierung 314.00 *vorwiegend unaufmerksamer Typus* =

ICD-10 Codierung F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit (entspricht ADS).

→ DSM-IV-Codierung 314.01 *Mischtypus von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität* =

ICD-10-Codierung F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, im Sinne einer Aufmerksamkeitsstörung *mit* Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

→ DSM-IV-Codierung 314.01 *vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus* =

ICD-10-Codierung F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (HKS).

### **3.3.4.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben**

**Art der Stichproben.** Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort (2000, S. 276) erwarten aufgrund neuerer epidemiologischer Untersuchungen in der Population der Kinder im Schulalter eine Prävalenzrate von 3-10% hyperaktiver Kinder bzw. 3-4% Kinder mit dem Vollbild einer ADHS. Aufmerksamkeitsstörungen treten fast immer in Koinzidenz mit einer oder mehreren anderen psychischen Störungen auf. Alle Kinder der LSS- und MCS-Stichprobe hatten eine Mehrfachdiagnose verschiedener psychischer Störungen einschließlich ADHS oder ADS.

Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf ADHS bzw. ADS wurden mit dem Psychopathologischen Befund-System (CASCAP-D) Klein- und Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS) bzw. Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (ADS) aus den Nettostichproben der Patient/innen der LSS ( $N=60$ ) und aus denen der MCS ( $N=333$ ) ausgewählt und mit den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts (UKG) verglichen.

**Größe der ADHS- bzw. ADS-Stichproben.** In beiden Feldstudien (LSS und MCS) ergaben sich die Substichproben mit ADHS bzw. mit ADS als prozentual fast gleich groß.

**Größe der ADHS-Stichproben.** 24 (40%) der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) und 127 (38%) der 333 Patient/innen der Multi-Center-Studie (MCS) hatten ADHS. Die Anzahl der 127 in neun verschiedenen therapeutischen Institutionen angefallenen ADHS-Patient/innen der MCS war groß genug, um sie nach schwerer, deutlicher oder leichter Symptomausprägung in Substichproben aufzuteilen. 71 (56%) der 127 Patient/innen mit ADHS hatten schwere (MCS-S), 37 (29%) hatten deutliche (MCS-D) und 19 (15%) hatten leichte Symptomausprägungen (MCS-L). Drei der 30 klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe (UKG) hatten auch leichte Symptome von ADHS. Sie waren jedoch nicht behandlungsbedürftig.

**Größe der ADS-Stichproben.** 26 (43%) der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) und 123 (37%) der 333 Patient/innen der Multi-Center-Studie (MCS) hatten ADS. Die Anzahl der 123 in neun verschiedenen therapeutischen Institutionen angefallenen ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe war groß genug, um sie nach schwerer, deutlicher oder leichter Symptomausprägung in Substichproben aufzuteilen. 32 (26%) hatten schwere (MCS-S), 57 (46%) hatten deutliche (MCS-D) und 34 (28%) hatten leichte (MCS-L) Symptome von ADS. Vier der 30 klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) hatten auch leichte Symptome von ADS. Sie waren aber nicht behandlungsbedürftig (vgl. Kap. 3.2, Tabelle 3).

**Geschlechtsstruktur der ADHS- bzw. ADS-Stichproben.** Die Stichprobe der 30 klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) wurde hinsichtlich des Geschlechts entsprechend der nach Zufall angefallenen LSS-Stichprobe ausgewählt (matched sample). Deshalb stimmen diese beiden Stichproben weitgehend überein. Die in neun therapeutischen Institutionen nach Zufall angefallene MCS-Stichprobe weicht hinsichtlich der Geschlechtsstruktur von den UKG- und LSS-Stichproben ab. Der Anteil der Jungen ist relativ kleiner (70% statt 74%) und der Anteil der Mädchen entsprechend größer (30% statt 26%).

Nach Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort (2000, S. 276) ist zu erwarten, dass Jungen deutlich häufiger von Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen mit bzw. ohne Hyperaktivität (ADHS bzw. ADS) betroffen sein können als Mädchen, und zwar nach Angaben der Autoren im Verhältnis von 3:1 bis 9:1.

**Geschlechtsstruktur der ADHS-Stichproben.** Die 24 Patient/innen mit ADHS in der LSS-Stichprobe teilten sich in 19 (79%) Jungen und 5 (21%) Mädchen auf, d.h. in einer

Jungen-Mädchen-Relation von 3,8:1. Die 127 Patient/innen mit ADHS in der MCS-Stichprobe teilten sich sehr ähnlich in 98 (77%) Jungen und 29 (23%) Mädchen auf, also im Jungen-Mädchen-Verhältnis von 3,4:1. Von den 98 Jungen mit ADHS in der MCS-Stichprobe hatten 52 (53%) eine schwere (MCS-S) 30 (31%) eine deutliche (MCS-D) und 16 (16%) eine leichte Symptomatik (MCS-L). Von den 29 Mädchen mit ADHS in der MCS-Stichprobe hatten 19 (66%) eine schwere (MCS-S), 7 (24%) eine deutliche (MCS-D) und 3 (10%) eine leichte Symptomausprägung (MCS-L). Unter den Patient/innen mit ADHS waren in der MCS-Stichprobe also die mit *schwerer* Symptomatik besonders häufig, nämlich 53% der Jungen und 66% der Mädchen. Die 98 Jungen mit ADHS entsprachen 43% aller 227 Jungen, die 29 Mädchen mit ADHS entsprachen 27% aller 106 Mädchen der MCS-Nettostichprobe. Es litten also tatsächlich proportional mehr Jungen als Mädchen unter ADHS (vgl. Kapitel 3.2, Tab. 4).

**Geschlechtsstruktur der ADS-Stichproben.** Die 26 Patient/innen mit ADS in der LSS-Stichprobe teilten sich in 18 (69%) Jungen und 8 (31%) Mädchen auf, d.h. in einer Jungen-Mädchen-Relation von 2,3:1. Die 123 Patient/innen mit ADS in der MCS-Stichprobe teilten sich in 78 (63%) Jungen und 45 (37%) Mädchen auf, d.h. im Jungen-Mädchen-Verhältnis von 1,7:1. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen ist also bei ADS-Patient/innen nicht ganz so jungenlastig wie bei ADHS-Patient/innen. Von den 78 Jungen in der MCS-Stichprobe, die unter ADS litten, hatten 23 (29%) eine schwere (MCS-S), 37 (48%) eine deutliche (MCS-D) und 18 (29%) eine leichte Symptomausprägung (MCS-L). Von den 45 Mädchen der MCS-Stichprobe mit ADS hatten 9 (20%) eine schwere (MCS-S), 20 (44%) eine deutliche (MCS-D) und 16 (36%) eine leichte Symptomausprägung (MCS-L). Unter den ADS-Patient/innen waren also besonders häufig Fälle mit deutlicher, aber nicht schwerer Symptomatik, nämlich 48% der Jungen und 44% der Mädchen. Die 78 Jungen mit ADS entsprachen 34% aller 227 Jungen, die 45 Mädchen mit ADS entsprachen 42% aller 106 Mädchen der MCS-Nettostichprobe. Die von Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort (2000) berichtete Jungenlastigkeit bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen kann eher für ADHS-Patient/innen als für die mit ADS angenommen werden (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 4).

**Altersstruktur der ADHS- bzw. ADS-Stichproben.** Das durchschnittliche Lebensalter der drei verglichenen Stichproben (UKG, LSS, MCS) war nach Jahren und Monaten (J;M) etwas unterschiedlich. Die ADHS- und ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe waren beim Erstkontakt durchschnittlich einige Monate jünger als die der Multi-Center-Studie und die der klinisch unauffälligen Kontrollgruppe (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 5), nämlich



- $M=4;1$  Jahre ( $s=1;0$ ) bei ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe,
- $M=4;5$  Jahre ( $s=1;1$ ) bei ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe,
- $M=4;4$  Jahre ( $s=1;4$ ) bei ADHS-Patient/innen der LSS-Stichprobe,
- $M=4;7$  Jahre ( $s=1;2$ ) bei ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe,
- $M=4;6$  Jahre ( $s=1;3$ ) bei klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG).

In der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) waren Jungen tendenziell etwas älter ( $M=4;7$ ,  $s=1;4$ ) als Mädchen ( $M=4;4$ ,  $s=1;3$ ). Die ADS-Patienten der LSS-Stichprobe waren zwar tendenziell etwas jünger als die der MCS-Stichprobe, aber die Altersunterschiede zwischen Jungen und Mädchen waren eher gering und insoweit nicht aussagekräftig. Bei den ADHS-Patient/innen der LSS-Stichprobe war der Altersabstand zwischen Jungen ( $M=4;6$ ,  $s=1;5$ ) und Mädchen ( $M=3;8$ ,  $s=1.2$ ) besonders groß. Bei den ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe waren beide Geschlechter durchschnittlich etwa gleich alt (Jungen  $M=4;7$ ,  $s=1.3$  und Mädchen  $M=4;6$ ,  $s=1;1$ ). (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 5).

**Soziale Struktur der ADHS- bzw. ADS-Stichproben (Ausgewählte Merkmale).** In Tabelle 47 wird nur über jene soziodemografischen Merkmale berichtet, in denen es bemerkenswerte Abweichungen zwischen den Stichproben (UKG, LSS und MCS) gab. Die ADHS- und ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe wichen in einigen Merkmalen deutlich ab von der LSS-Stichprobe und von den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)

- durch größere Häufigkeit von ledigen oder getrennt lebenden, allein erziehenden Müttern und von nicht ehelichen Kindern in der MCS- Stichprobe,
- durch einen größeren Anteil im Ausland geborener Kinder der MCS-Stichprobe,
- durch größere Häufigkeit von Einzelkindern in der LSS-Stichprobe (vgl. Tabelle 47).

In den Stichproben der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) bzw. der ADHS- und ADS-Patient/innen der LSS waren 97% bzw. 90% der Mütter verheiratet, 97% bzw. 90% der Mütter erzogen ihre Kinder gemeinsam mit ihrem Partner, 97% bzw. 94% der Kinder waren ehelich und 90% bzw. 94% waren in Deutschland geboren (vgl. Tabelle 47).

Dagegen waren durchschnittlich nur 68% der Mütter der ADHS- und ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe verheiratet, sogar nur 60% der Mütter der ADHS-Patient/innen mit schwerer und 61% der mit deutlicher Symptomatik. Rund ein Drittel waren entweder ledige Mütter (21%) oder lebten getrennt von ihrem Partner bzw. waren geschieden (11%). Von den Müttern der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe waren relativ mehr verheiratet, nämlich 75% Mütter der ADS-Patient/innen mit schwerer, 76% mit deutlicher und 71% mit leichter Symptomatik (vgl. Tabelle 47).

Durchschnittlich erzogen nur 78% der Mütter der ADHS- und ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe ihre Kinder gemeinsam mit einem Partner. Unter den Müttern der ADHS-Patient/innen waren es noch weniger, nämlich nur 66% der Mütter der ADHS-Patient/innen mit schwerer und 71% mit deutlicher Symptomausprägung. Im Vergleich damit war der Anteil der Mütter der ADS-Patient/innen, die ihre Kinder gemeinsam mit ihrem Partner erzogen, deutlich höher, nämlich 84% Mütter der ADS-Patient/innen mit schwerer, 89% mit deutlicher und 85% mit leichter Symptomatik (vgl. Tabelle 47).

**Tabelle 47: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder**

Merkmale	▲ UKG N=30	● LSS N=50	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS							
			MCS gesamt	ADHS N=127			ADS N=123			
			■ MCS	▣ MCS- S	▣ MCS- D	□ MCS- L	▣ MCS- S	▣ MCS- D	□ MCS- L	
			N=250	N=71	N=37	N=19	N=32	N=57	N=34	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>Familienstand der Mutter:</b>										
ledig, unverh. zusammenleb.	3	2	21	30	17	26	13	19	23	
verheiratet	97	90	68	60	61	74	75	76	71	
geschieden, getrennt lebend	0	8	11	10	22	0	12	5		
<b>Erziehung des Kindes:</b>										
gemeinsam erziehend	97	90	78	66	71	79	84	89	85	
allein erziehend	3	10	22	34	29	21	16	11	15	
<b>Geschlecht des Kindes:</b>										
Mädchen	26	26	30	27	19	16	28	35	47	
Jungen	74	74	70	73	81	84	72	65	53	
<b>Familienstand des Kindes:</b>										
ehelich	97	94	78	69	81	68	94	79	85	
nicht ehelich, aber leiblich	3	6	17	25	17	26	6	14	9	
nicht leiblich (Adoptiv,Pflege)	0	0	5	6	3	5	0	7	6	
<b>Geschwister des Kindes:</b>										
Kind hat keine Geschwister	14	34	13	16	13	29	12	7	7	
Kind hat Geschwister	86	66	87	84	63	71	88	9	93	
<b>Stand in Geschwisterreihe:</b>										
Ältestes der Geschwister	48	46	45	48	50	65	43	36	37	
Jüngstes der Geschwister	10	38	43	52	41	24	50	48	50	
<b>Geburtsland des Kindes:</b>										
Deutschland	90	94	83	79	89	74	81	86	91	
ein anderes Geburtsland	10	6	17	21	11	26	19	14	9	
<b>Muttersprache des Kindes:</b>										
Deutsch	97	90	92	96	89	89	90	88	94	
eine andere Muttersprache	3	10	8	4	11	11	10	12	6	
<b>Zweisprachigkeit: ja</b>	20	19	13	10	22	11	12	14	12	
<b>Kindergartenbesuch: ja</b>	93	73	82	83	75	84	78	82	91	

Anmerkung: Angaben auf- und abgerundet in Prozent der jeweiligen Stichprobe.

Dagegen erzogen durchschnittlich 90% der Mütter der ADHS- und ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe und 97% der Mütter der klinisch unauffälligen Kontrollkinder ihre Kinder gemeinsam mit ihrem Partner (vgl. Tabelle 47). Anders gesagt: 22% der Mütter der ADHS- und ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe waren allein erziehende Mütter. Von den Müttern der Patient/innen mit schwerer ADHS-Symptomatik erzogen 34%, von denen der ADHS-Patient/innen mit deutlicher Symptomatik erzogen 29% ihr Kind allein. Dagegen erzogen nur 16% der Mütter von ADS-Patient/innen mit schwerer Symptomatik und 11% der Mütter von ADS-Patient/innen mit deutlicher Symptomatik ihr Kind allein. Durchschnittlich waren nur 78% der ADHS- und ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe ehelich geboren, jedoch nur 69% der ADHS-Patient/innen mit schwerer bzw. 68% mit leichter Symptomatik in Relation zu 94% der ADS-Patient/innen mit schwerer und 85% mit leichter Symptomausprägung. Anders gesagt: Durchschnittlich 17% der ADHS- und ADS-Patient/innen, deutlich mehr mit ADHS als mit ADS, waren uneheliche und weitere 5% waren Adoptiv- oder Pflegekinder. In der MCS-Stichprobe waren auch mehr ADHS-Patient/innen als ADS-Patient/innen im Ausland geboren, nämlich 21% mit schwerer, 26% mit leichter ADHS-Symptomatik (vgl. Tabelle 47).

Es gibt also nicht nur einen deutlichen Unterschied in den erwähnten soziodemografischen Merkmalen zwischen der MCS-Stichprobe einerseits und den Stichproben der LSS-Patient/innen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder andererseits, sondern in der MCS-Stichprobe auch einen bedeutsamen Unterschied zwischen einigen der soziodemografischen Merkmale der Mütter von ADHS-Patient/innen und der Mütter von ADS-Patient/innen, der möglicherweise einige der Verhaltensauffälligkeiten der ADHS-Patient/innen bzw. manche der Begleitsymptome von ADHS erklären könnte.

### **3.3.4.3 Entwicklungsstand der Kinder mit ADHS und ADS**

Die Behandlung der Patient/innen mit Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS bzw. ADS) orientierte sich an deren Entwicklungsstand, nicht an deren Lebensalter. Der Entwicklungsstand wurde mit nonverbalen Aufgaben des Wiener Entwicklungstests (WET) erhoben, abgesehen vom Sprachentwicklungsstand. Der Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) wurde als dem Lebensalter angemessen angenommen und diente als Maßstab des Entwicklungsstandes der Patient/inn der LSS (vgl. Tabelle 48).

Die ADHS- und ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe blieben zwar beide hinter dem Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) zurück, interessanterweise war jedoch der Entwicklungsstand der ADS-Patient/innen noch deutlich geringer als der der ADHS-Patient/innen. Das könnte darauf hindeuten, dass hinter den Aufmerksamkeitsstörungen *ohne* Hyperaktivität (ADS) Symptome anderer Störungen stehen als hinter Aufmerksamkeitsstörungen *mit* Hyperaktivität (ADHS).

**Tabelle 48: Entwicklungsstand der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS der LSS-Stichprobe im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren Kontrollkindern (UKG) zum Zeitpunkt  $t_1$**

Altersnormierte C-Werte der Mittelwerte über 8 Erhebungen

Merkmale des Entwicklungsstandes	▲ UKG klinisch unauffällige Kinder		● LSS unaufmerksame Kinder mit und ohne Hyperaktivität			
	gesamt N = 30		ADHS N = 24		ADS N = 26	
	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$
<b>Visumotorik</b> (Nachzeichnen von Figuren)	6.7	1.3	4.5	2.6	2.9	2.7
<b>Visuelle Wahrnehmung</b> (Bilderlotto)	6.6	2.3	5.8	2.8	2.5	2.9
<b>Zahlengedächtnis</b> (unmittelbar nach dem Test)	6.4	2.0	5.0	2.9	3.9	2.8
<b>Allgemeines Gedächtnis</b> (unmittelbar nach d. Lernen)	5.5	1.7	5.0	4.8	4.9	2.7
<b>Allgemeines Gedächtnis</b> (20 Minuten nach d. Lernen)	5.0	2.1	5.5	2.4	4.8	2.9
<b>Kognitive Entwicklung</b> (Test 1: Muster legen)	6.9	1.7	4.5	3.3	3.3	2.5
<b>Kognitive Entwicklung</b> (Test 2: Gegensätze erkennen)	6.1	1.5	5.8	3.6	3.1	3.0
<b>Sozial-emotionaler Entwicklungsstand</b>	6.0	1.6	3.3	2.1	1.6	2.1

Anmerkungen:  $M$  = Mittelwerte mit  $s$  = Standardabweichungen über acht erhobene Merkmale, erhoben mit 6 nonverbalen Tests des Wiener Entwicklungstests (WET)

Die Frage, in welchem Zusammenhang die Symptomatik der ADHS- bzw. der ADS-Patient/innen zu sehen ist, wird später durch Korrelation mit relevanten Begleitsymptomen der jeweiligen Kernsymptomatik untersucht (vgl. Kapitel 3.3.4.5).

Der gravierendste Mangel der ADS-Patient/innen war, verglichen mit der normalen Entwicklung der klinisch unauffälligen Kontrollkinder ( $M=6.0$ ,  $s=1.6$ ), die fast völlig fehlende sozial-emotionale Entwicklung ( $M=1.6$ ,  $s=2.1$ ). Nicht ganz so dramatisch war der Rückstand der ADHS-Patient/innen hinsichtlich der sozial-emotionalen Entwicklung ( $M=3.3$ ,  $s=2.1$ ). ADS-Patient/innen hatten sich offenbar vor dem Erhebungszeitpunkt  $t_1$  sozial-emotional fast nicht entwickelt, ihnen mangelte es an sozial-emotionaler Kompetenz (vgl. Tabelle 48).

Verglichen mit dem normalen Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kinder (visuelle Wahrnehmung  $M=6.6$ , kognitive Entwicklung beim Legen von Mustern  $M=6.9$ , Erkennen von Gegensätzen  $M=6.1$ , Zahlengedächtnis  $M=6.4$ , allgemeines Gedächtnis  $M=5.5$ , bzw. Langzeitgedächtnis 20 Minuten nach dem Lernen  $M=5.0$ ) blieben viele der ADHS-Patient/innen (vgl. Standardabweichungen) zwar zurück, z.B. in ihrer visuellen Wahrnehmung ( $M=5.8$ ), in ihrer kognitiven Entwicklung beim Erkennen von Gegensätzen ( $M=5.8$ ) und beim Muster legen ( $M=4.5$ ), in ihrem allgemeinen Langzeitgedächtnis 20 Minuten nach dem Lernen ( $M=5.5$ ), tendenziell auch im Zahlengedächtnis ( $M=5.0$ ), aber sie hatten sich bis dahin tatsächlich deutlich besser entwickelt als die ADS-Patient/innen. Deren visuelle Wahrnehmung ( $M=2.5$ ,  $s=2.6$ ), kognitive Entwicklung im Erkennen von Gegensätzen ( $M=3.1$ ,  $s=3.0$ ), beim Legen von Mustern ( $M=4.5$ ,  $s=3.3$ ) und im Zahlengedächtnis ( $M=3.9$ ,  $s=2.8$ ) war deutlich zurückgeblieben. Die z.T. großen Standardabweichungen deuten auf eine größere Varianz unter den ADS-Patient/innen hin. Am besten war noch das allgemeine Gedächtnis unmittelbar nach dem Lernen entwickelt ( $M=4.9$ ,  $s=2.7$ ). Die Unterschiede in der verzögerten Entwicklung der ADHS- bzw. ADS-Patient/innen verlangen nach einer Untersuchung der Ursachen, die allerdings durch die vorliegende Therapieevaluation nur ansatzweise geleistet werden kann (vgl. Tabelle 48 und Kapitel 3.3.4.7 zu den Begleitsymptomen von ADHS bzw. ADS).

#### **3.3.4.4 Anamnese der Kinder mit ADHS und ADS**

Tabelle 49 zeigt, aufgrund welcher vermuteten Störung die Patient/innen zur Behandlung mit Theraplay überwiesen wurden und welche therapeutischen Maßnahmen vorher schon angewendet wurden, um die Störung zu behandeln. In beiden Bereichen äußerten die Eltern der ADHS- bzw. ADS-Patient/innen mehrere Nennungen.

Wie schon über die Anamnesen der oppositionell verweigernden bzw. der scheuen Patient/innen der MCS-Stichprobe berichtet, muss wieder darauf hingewiesen werden, dass manche der Bezugspersonen der ADHS- bzw. ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe aufgrund der stationären oder ambulanten Behandlung ihrer Kinder in großen therapeutischen Institutionen möglicherweise nicht gut genug über den Störungsverdacht und die bisherigen therapeutischen Maßnahmen informiert waren und deshalb weniger Angaben dazu machten als die der Patient/innen der LSS-Stichprobe. Insoweit ist ein Vergleich der anamnestischen Struktur der LSS- bzw. der MCS-Stichproben wenig aussagekräftig (vgl. Tabelle 49).

Auffallend ist jedoch der in beiden Stichproben hohe Anteil mit Verdacht auf Sprachentwicklungs- (LSS=76% bzw. MCS=67%) und Sprach- bzw. Sprechstörungen (LSS=46% bzw. MCS=22%) im Vergleich zu einer deutlich geringeren Anzahl von vermuteten Verhaltensstörungen (LSS=34% bzw. MCS=28%). So kann es nicht überraschen, dass 69% bzw. 62% der ADHS- und ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe und 30% bzw. 20% der ADHS- und ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe bereits Logopädie bzw. Ergotherapie verordnet bekommen hatten (vgl. Tabelle 49).

**Tabelle 49: Ausgewählte anamnestische Merkmale der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS (LSS u. MCS-Stichprobe) im Vergleich mit klinisch unauffälligen Kontrollkindern**

Bericht der Bezugspersonen der ADHS-Patient/innen bzw. ADS-Patient/innen	▲ UKG N=30	● LSS N=50	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS						
			MCS gesamt N=250	ADHS N=127			ADS N=123		
			■ MCS	■ MCS-S	■ MCS-D	□ MCS-L	■ MCS-S	■ MCS-D	□ MCS-L
<b>Anamnese der Störung</b>	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>*)Störungsverdacht:</b>									
Sprachentwicklungsstörung	0	76	67	72	47	47	84	67	70
Sprach-/Sprechstörung	0	46	22	18	19	21	22	33	18
Verhaltensstörung	0	34	28	30	44	32	19	16	33
tiefgreif. Entwicklungsstörung	0	32	9	14	8	11	3	7	3
Abklärung einer Störung	0	28	4	3	3	11	6	4	3
<b>Akzeptanz der Diagnose:</b>									
ja	0	69	44	54	42	24	34	49	33
nein, z.T. nicht akzeptiert	0	31	51	44	58	72	66	40	53
<b>*)Bisherige Maßnahme:</b>									
Frühförderung	4	18	24	28	17	12	29	24	22
Sonderkindergarten	0	18	37	57	37	35	39	20	19
Heilpädagogik	0	18	25	28	26	24	26	18	28
Logopädie	15	69	30	29	34	29	26	31	28
Ergotherapie	4	62	20	22	26	6	19	24	13

Anmerkungen: \*) Mehrfachnennung zum Störungsverdacht und zu bisherigen therapeut. Maßnahmen

Auffallend ist auch, dass von den Bezugspersonen der ADHS- und ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe deutlich mehr (32%) einen Verdacht auf eine tiefgreifende Entwicklungsstörungen äußerten als von den Bezugspersonen der MCS-Stichprobe (9%), obwohl im Rahmen dieser Studie 23% der Patient/innen der LSS-Stichprobe und 20% der MCS-Stichprobe unter autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit litten. So besuchten durchschnittlich 37% der Patient/innen der MCS-Stichprobe, 57% mit schwerer ADHS- und 39% mit schwerer ADS-Symptomatik, einen Sonderkindergarten. Fast ein Fünftel der LSS-Patient/innen und mehr als ein Viertel der MCS-Patient/innen hatten bereits Frühförderung und Heilpädagogik verordnet bekommen (vgl. Tabelle 49).

### 3.3.4.5 Häufigkeit und Ausprägung von ADHS bzw. ADS

Die Symptomatik unaufmerksamer Kinder *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität (ADHS bzw. ADS) lässt sich vor Beginn der Behandlung mit Theraplay aus drei Perspektiven betrachten:

1. aus der Perspektive der Häufigkeit von Unaufmerksamkeit als Kernsymptom und der Häufigkeit relevanter Begleitsymptome zum Erhebungszeitpunkt  $t_1$
2. aus der Perspektive des Ausprägungsgrades der Unaufmerksamkeit und der Ausprägung der begleitenden Symptome zum Erhebungszeitpunkt  $t_1$
3. anhand der Korrelation zwischen Unaufmerksamkeit und den Begleitsymptomen.

Die Häufigkeit und Ausprägung von Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität bei den klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe (UKG) ist Maßstab für die klinisch bedeutsame Abweichung der Häufigkeit und Ausprägung der Kernsymptome von ADHS bzw. ADS und deren relevanten Begleitsymptomen bei LSS- und MCS-Patient/innen. Unter den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern gab es sieben (rund 23%) mit leichten Aufmerksamkeitsdefiziten und acht (27%) mit leichter Hyperaktivität sowie drei (10%) mit Impulsivität, allerdings durchweg in sehr geringer Ausprägung der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität (beide:  $M_1=1.3$ ,  $s_1=0.5$ ) bzw. der Impulsivität ( $M_1=1.1$ ,  $s_1=0.3$ ) der 4-stufigen Dimensionalisierung nach CASCAP-D. Diese Kernsymptome wurden in sieben (23%) Fällen von gering ausgeprägter Scheu ( $M_1=1.3$ ,  $s_1=0.5$ ), in sechs (20%) Fällen von leichten Artikulationsstörungen ( $M_1=1.2$ ,  $s_1=0.5$ ) und bei je drei Kontrollkindern von sehr gering ausgeprägtem unkooperativem bzw. oppositionell verweigerndem Verhalten (beide:  $M_1=1.1$ ,  $s_1=0.3$ ) und bei einem Kind von geringer Antriebsarmut ( $M_1=1.0$ ,  $s_1=0.2$ ) begleitet. Alle sonst bei LSS- und MCS-Patient/innen mit ADHS bzw. ADS häufig diagnostizierten Begleitsymptome waren bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) nicht festzustellen (vgl. Tabellen 50 und 51, Spalte 2).

#### Häufigkeit und Ausprägung von ADHS

Alle Patient/innen mit ADHS, nämlich 24 (40%) der LSS-Stichprobe und 127 (38%) der MCS-Stichprobe, hatten starke Symptomausprägungen der typischen Kernsymptome von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (vgl. Tabelle 50):

Aufmerksamkeitsdefizite	LSS: $M_1=3.1$ , $s_1=0.7$	MCS: $M_1=3.4$ , $s_1=0.7$ ,
Hyperaktivität	LSS: $M_1=3.0$ , $s_1=0.8$	MCS: $M_1=3.1$ , $s_1=0.8$

Alle Patient/innen mit schwerer Aufmerksamkeitsstörung wurden nach CASCAP-D mit MCS-S=4.0, alle mit deutlicher mit MCS-D=3.0, alle mit leichter mit MCS-L=2.0 notiert.

59 (83%) der 71 ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe mit schweren Aufmerksamkeitsstörungen hatten auch schwere Symptome von Hyperaktivität (MCS-S:  $M_1=3.5, s_f=0.7$ ). Alle 37 Patient/innen der MCS-Stichprobe mit deutlicher Symptomatik von Aufmerksamkeitsstörung (100%) hatten auch deutliche Symptome von Hyperaktivität (MCS-D:  $M_1=2.8, s_f=0.5$ ). Auch alle 19 ADHS-Patient/innen mit leichter Unaufmerksamkeit hatten deutliche Hyperaktivitätssymptome (MCS-L:  $M_1=2.4, s_f=0.7$ ; vgl. Tabelle 50).

Die 29 Mädchen mit ADHS der MCS-Stichprobe hatten durchschnittlich schwere Symptome von Unaufmerksamkeit (MCS-M:  $M_1=3.6, s_f=0.7$ ) und Hyperaktivität (MCS-M:  $M_1=3.4, s_f=0.8$  auf der 4-stufigen Skala) ebenso wie die 98 Jungen mit ADHS der MCS-Stichprobe schwere Symptome von Unaufmerksamkeit (MCS-J:  $M_1=3.4, s_f=0.8$ ) und Hyperaktivität (MCS-J:  $M_1=3.1, s_f=0.8$ ) hatten (vgl. Tabelle 50).

Die Kernsymptomatik der Patient/innen mit ADHS wurde in beiden Studien von mehreren durchschnittlich deutlich ausgeprägten Symptomen begleitet, nämlich von

unkooperativem Verhalten	LSS: $M_1=2.9, s_f=1.0$	MCS: $M_1=2.9, s_f=1.1$
rezeptiven Sprachstörungen	LSS: $M_1=2.8, s_f=1.1$	MCS: $M_1=2.6, s_f=1.1$
Artikulationsstörungen	LSS: $M_1=2.5, s_f=1.0$	MCS: $M_1=2.7, s_f=1.1$
Impulsivität	LSS: $M_1=2.5, s_f=1.1$	MCS: $M_1=2.9, s_f=1.1$
opposition. Verweigerung	LSS: $M_1=2.3, s_f=1.2$	MCS: $M_1=2.7, s_f=1.2$
Spielstörungen	LSS: $M_1=2.1, s_f=1.3$	MCS: $M_1=2.2, s_f=1.2$

Weitere Symptome der LSS- und MCS-Patient/innen, die in leichter bis deutlicher Ausprägung die Kernsymptome von ADHS begleiteten, waren Neigung zur Dominanz und zu hyperaktivem Kaspeln, zu eher enthemmtem, distanzgemindertem Verhalten, leichte Aggressivität, labile Affektregulation, Misstrauen und leichter Mangel an Empathie. Die meisten der Begleitsymptome von ADHS waren tendenziell bei Jungen etwas mehr ausgeprägt als bei Mädchen (vgl. Tabelle 50).

### Häufigkeit und Ausprägung von ADS

Alle Patient/innen mit ADS, nämlich 26 (43%) der LSS-Stichprobe und 123 (37%) der MCS-Stichprobe, hatten schwere, aber nicht ganz so schwere Aufmerksamkeitsstörungen wie die Patient/innen mit ADHS, nämlich

Aufmerksamkeitsdefizite	LSS: $M_1=2.9, s_f=0.7$	MCS: $M_1=3.0, s_f=0.7$
-------------------------	-------------------------	-------------------------

32 (26%) der 123 ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten schwere Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen (MCS-S). 57 (46%) der MCS-Patient/innen mit ADS hatten



deutliche (MCS-D) und 34 (28%) hatten leichte Aufmerksamkeitsdefizite (MCS-L). Die 123 ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe teilten sich in 45 (37%) Mädchen (MDS-M) und 78 (63%) Jungen (MCS-J). Die Jungen-Mädchen-Relation betrug also nicht ganz 2 : 1. Von den Patient/innen mit ADS hatte keine bzw. keiner Symptome von Hyperaktivität, wohl aber zum Teil andere Begleitsymptome als die ADHS-Patient/innen (vgl. Tabelle 51).

**Tabelle 50: Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome von ADHS in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ )**

Kernsymptom und ausgewählte Begleitsymptome von ADHS	▲ UKG N=30 =100%	● LSS N=24 =100%	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS																	
			■ MCS N=127 =100%	■ MCS-S N=71 56%		■ MCS-D N=37 29%		□ MCS-L N=19 15%		◇ MCS-M N=29 23%		◇ MCS-J N=98 77%								
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
<b>Häufigkeit</b>																				
<b>Kernsymptome</b>																				
→unaufmerksam	7	23	24	100	127	100	71	100	37	100	19	100	29	100	98	100				
→hyperaktiv	8	27	24	100	127	100	59	83	37	100	19	100	29	100	98	100				
→impulsiv	3	10	18	75	107	84	48	68	32	86	17	89	24	83	83	85				
<b>Begleitsymptome</b>																				
→unkooperativ	3	10	20	83	106	83	59	83	34	92	13	68	23	79	83	85				
→opposit. verweigernd	3	10	14	58	99	78	53	75	31	86	14	74	21	72	78	80				
→spielgestört	0	0	11	46	69	54	28	39	26	70	15	79	13	45	56	57				
→dominant	0	0	8	33	79	62	35	49	25	68	19	100	14	48	65	66				
→kaspernd	0	0	9	38	77	61	36	51	27	73	14	74	16	66	61	62				
→enthemmt	0	0	5	21	57	45	19	27	23	62	15	79	18	63	39	40				
→affektlabil	0	0	2	8	53	42	30	42	14	38	9	47	11	38	42	43				
→aggressiv	0	0	5	20	52	41	28	39	17	46	7	37	7	24	45	46				
→misstrauisch	0	0	0	0	42	33	23	32	14	38	5	26	7	24	35	36				
→mangelnde Empathie	0	0	0	0	35	28	29	41	23	62	5	26	7	24	38	39				
→artikulationsgestört	6	20	20	83	106	83	61	86	33	89	12	63	23	79	83	85				
→rezeptiv sprachgestört	0	0	20	83	96	76	58	82	39	97	2	11	21	72	75	77				
<b>Ausprägungsgrad</b>																				
	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$
<b>Kernsymptome</b>																				
→unaufmerksam	1.3	0.5	3.1	0.7	3.4	0.7	4.0*0.0	3.0*0.0	2.0*0.0	3.6	0.7	3.4	0.8							
→hyperaktiv	1.3	0.5	3.0	0.8	3.1	0.8	3.5	0.7	2.8	0.5	2.4	0.7	3.1	0.9	3.1	0.8				
→impulsiv	1.1	0.3	2.5	1.1	2.9	1.1	3.2	1.2	2.5	0.8	2.3	0.8	2.9	1.1	2.8	1.1				
<b>Begleitsymptome</b>																				
→unkooperativ	1.1	0.3	2.9	1.0	2.9	1.1	3.2	1.1	2.7	0.9	2.0	1.1	2.7	1.1	2.9	1.1				
→opposit..verweigernd	1.1	0.3	2.3	1.2	2.7	1.2	2.8	1.3	2.8	0.8	2.2	1.0	2.4	1.1	2.8	1.2				
→spielgestört	1.0	0.0	2.1	1.3	2.2	1.2	2.6	1.3	1.8	1.0	1.4	0.7	2.1	1.3	2.2	1.2				
→dominant	1.0	0.0	1.5	0.7	2.4	1.2	1.8	1.1	2.3	1.0	2.3	1.0	2.0	1.2	2.5	1.2				
→kaspernd	1.0	0.2	1.8	1.2	2.2	1.2	2.4	1.3	2.1	1.0	1.8	1.0	2.1	1.1	2.3	1-2				
→enthemmt	1.0	0.0	1.3	0.6	1.9	1.2	2.3	1.2	1.5	0.9	1.5	1.0	2.4	1.3	1.8	1.1				
→affektlabil	1.0	0.0	1.1	0.3	1.8	1.1	2.2	1.3	1.4	0.6	1.5	0.7	1.8	1.2	1.8	1.1				
→aggressiv	1.0	0.0	1.3	0.6	1.8	1.1	2.0	1.3	1.8	0.9	1.4	0.6	1.5	1.0	1.9	1.2				
→misstrauisch	1.0	0.0	1.0	0.0	1.6	1.0	1.8	1.1	1.5	0.9	1.5	0.9	1.5	1.0	1.7	1.1				
→mangelnde Empathie	1.0	0.0	1.8	1.2	1.6	1.0	1.7	1.2	1.5	0.9	1.1	0.3	1.6	1.1	1.6	1.0				
artikulationsgestört	1.2	0.5	2.5	1.0	2.7	1.1	2.9	1.2	2.6	1.0	2.3	0.9	2.7	1.2	2.7	1.1				
rezeptiv sprachgestört	1.0	0.0	2.8	1.1	2.6	1.2	3.1	1.1	2.2	1.0	1.8	1.0	2.7	1.2	2.6	1.1				

Anmerkungen: N,%=Häufigkeit der Fälle, absolut und relativ;  $M_1, s_1$ =Mittelwert, Standardabweichung der Ausprägung der Symptome beim Erstkontakt (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ); (\*)= keine Varianz, da bei schwerer Symptomausprägung alle Patient/innen mit 4, bei deutlicher mit 3, bei leichter mit 2 markiert



Die Unaufmerksamkeit der ADS-Patient/innen wurde teilweise von den gleichen Verhaltensstörungen begleitet wie die der ADHS-Patient/innen, jedoch nicht so ausgeprägt wie bei Letzteren und offensichtlich aus anderen Gründen. Gleiche Begleitsymptome waren

- unkooperatives Verhalten (LSS:  $M_1=2.2$ ,  $s_f=1.2$ ; MCS:  $M_1=2.2$ ,  $s_f=1.1$ ),
- oppositionell verweigerndes Verhalten (LSS:  $M_1=1.5$ ,  $s_f=0.9$ ; MCS:  $M_1=1.7$ ,  $s_f=1.0$ ),
- leichte Spielstörungen (LSS:  $M_1=1.5$ ,  $s_f=0.9$ ; MCS:  $M_1=1.8$ ,  $s_f=1.0$ ),
- und etwas Misstrauen (LSS:  $M_1=1.1$ ,  $s_f=0.4$ ; MCS:  $M_1=1.6$ ,  $s_f=0.9$ ).

Andere Symptome, die das Aufmerksamkeitsdefizit der ADS-Patient/innen begleiteten, machen erst verständlich, dass hinter dem unkooperativen und oppositionell verweigernden, misstrauischen Verhalten und den Spielstörungen der ADS-Patient/innen andere Auslöser zu suchen sind als bei ADHS-Patient/innen. So waren Aufmerksamkeitsdefizite der ADS-Patient/innen begleitet von

- Antriebsstörungen (Hypoaktivität) (LSS:  $M_1=1.5$ ,  $s_f=0.7$ ; MCS:  $M_1=1.8$ ,  $s_f=1.0$ ),
- Scheu (LSS:  $M_1=1.7$ ,  $s_f=0.9$ ; MCS:  $M_1=2.3$ ,  $s_f=1.1$ ),
- mangelndem Selbstvertrauen (LSS:  $M_1=1.1$ ,  $s_f=0.4$ ; MCS:  $M_1=1.9$ ,  $s_f=1.1$ ),
- sozialem Rückzug (LSS:  $M_1=1.5$ ,  $s_f=0.9$ ; MCS:  $M_1=1.7$ ,  $s_f=1.0$ ),
- Überangepasstheit (LSS:  $M_1=1.1$ ,  $s_f=0.4$ ; MCS:  $M_1=1.6$ ,  $s_f=0.9$ ).

(vgl. Tabelle 51).

Alle Jungen und Mädchen mit ADS hatten Aufmerksamkeitsdefizite, aber bei den Jungen der MCS-Stichprobe waren sie tendenziell mehr ausgeprägt (MCS-J:  $M_1=3.1$ ,  $s_f=0.7$ ) als bei den Mädchen mit ADS (MCS-M:  $M_1=2.8$ ,  $s_f=0.7$ ). Auch die begleitenden Symptome waren bei Jungen tendenziell ausgeprägter als bei Mädchen, abgesehen von Scheu und unkooperativem Verhalten, die bei Jungen und Mädchen gleich hoch ausgeprägt waren:

- Scheu (MCS-J:  $M_1=2.3$ ,  $s_f=1.1$ ; MCS-M:  $M_1=2.3$ ,  $s_f=1.1$ )
- unkooperatives Verhalten (MCS-J:  $M_1=2.2$ ,  $s_f=1.2$ ; MCS-M:  $M_1=2.2$ ,  $s_f=1.1$ )

(vgl. Tabelle 51).

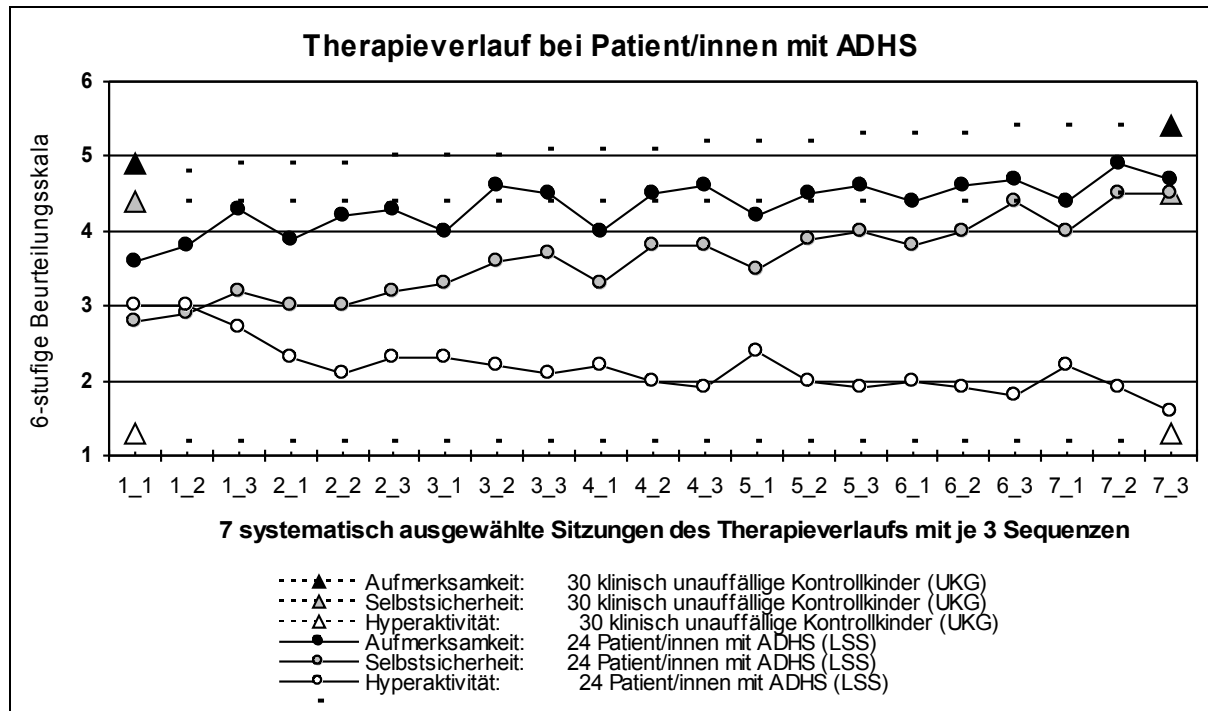
### 3.3.4.6 Veränderung von ADHS bzw. ADS im Therapieverlauf

Alle Therapiesitzungen der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) wurden auf Video protokolliert. Aus den Videoprotokollen der 24 Patient/innen mit ADHS und der 26 Patient/innen mit ADS wurden jeweils sieben Therapiesitzungen systematisch ausgewählt und in drei Sequenzen geteilt. Diese  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen wurden mit 1\_1, 1\_2, 1\_3 bzw. 2\_1, 2\_2, 2\_3 usw. bis 7\_1, 7\_2, 7\_3 gekennzeichnet. Dieses Vorgehen erlaubte eine Auswertung sowohl der *Therapieverläufe* als auch der *Sitzungsverläufe*. Jede

Sequenz wurde nach 18 Prozessvariablen ausgewertet, von denen die für die Veränderung der scheuen Patient/innen der LSS relevanten dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) gegenübergestellt wurden (vgl. Abbildungen 23-28).

### Veränderung von ADHS im Therapieverlauf

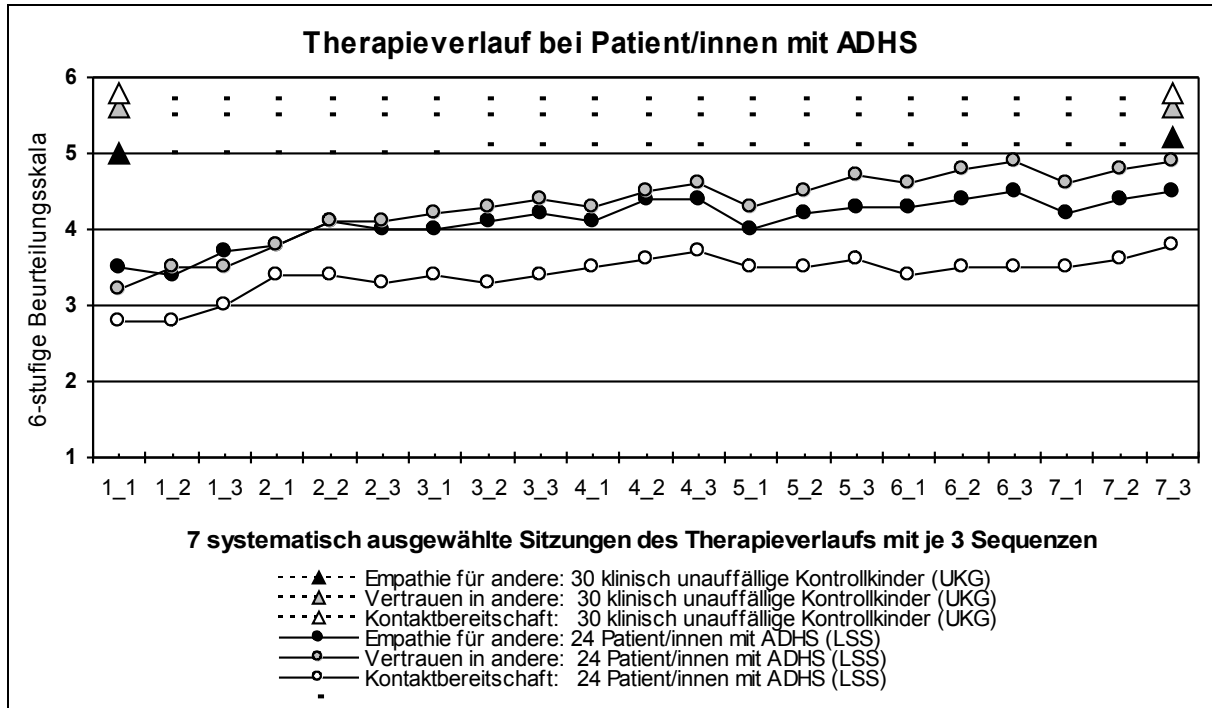
Abbildung 23 zeigt, dass sich im Verlauf der Behandlung mit Theraplay die Auswirkungen von motorischer Unruhe und Hyperaktivität der ADHS-Patient/innen der LSS-Stichprobe deutlich verringerten und sich zugleich die Aufmerksamkeit und das Selbstwertgefühl dieser Kinder deutlich besserte. Die Hyperaktivität der ADHS-Patient/innen verringerte sich im Verlauf der Therapie zwar nicht bis auf das geringe Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) und die Aufmerksamkeit erreichte bis zum Abschluss der Therapie auch nicht das Aufmerksamkeitsniveau der klinisch unauffälligen Kinder, aber im Selbstwertgefühl näherten sich die Patient/innen ihnen doch deutlich an.



**Abbildung 23:** Verbesserung der Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit sowie Verringerung der Hyperaktivität der LSS-Patient/innen mit ADHS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

Die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) waren auf einem sehr hohen Niveau kontaktbereit, voller Vertrauen in andere und hatten viel Empathie für andere. Verglichen damit war anfangs die Empathie der Patient/innen mit ADHS, ihr Vertrauen in andere und ihre Kontaktbereitschaft eher mäßig bis negativ, entwickelte sich jedoch im Verlauf der Behandlung mit Theraplay fast kontinuierlich positiv, so dass sich ihr Vertrauen in andere

( $M_{7,3}=4.9$ ) und ihre Empathie für andere ( $M_{7,3}=4.5$ ) am Ende dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder ( $M_{7,3}=5.6$  bzw. 5.1) deutlich annäherte. In ihrer Kontaktbereitschaft entwickelten die ADHS-Patient/innen sich zwar auch, blieben aber doch ziemlich zurückhaltend ( $M_{7,3}=3.8$ ; vgl. Abbildung 24).

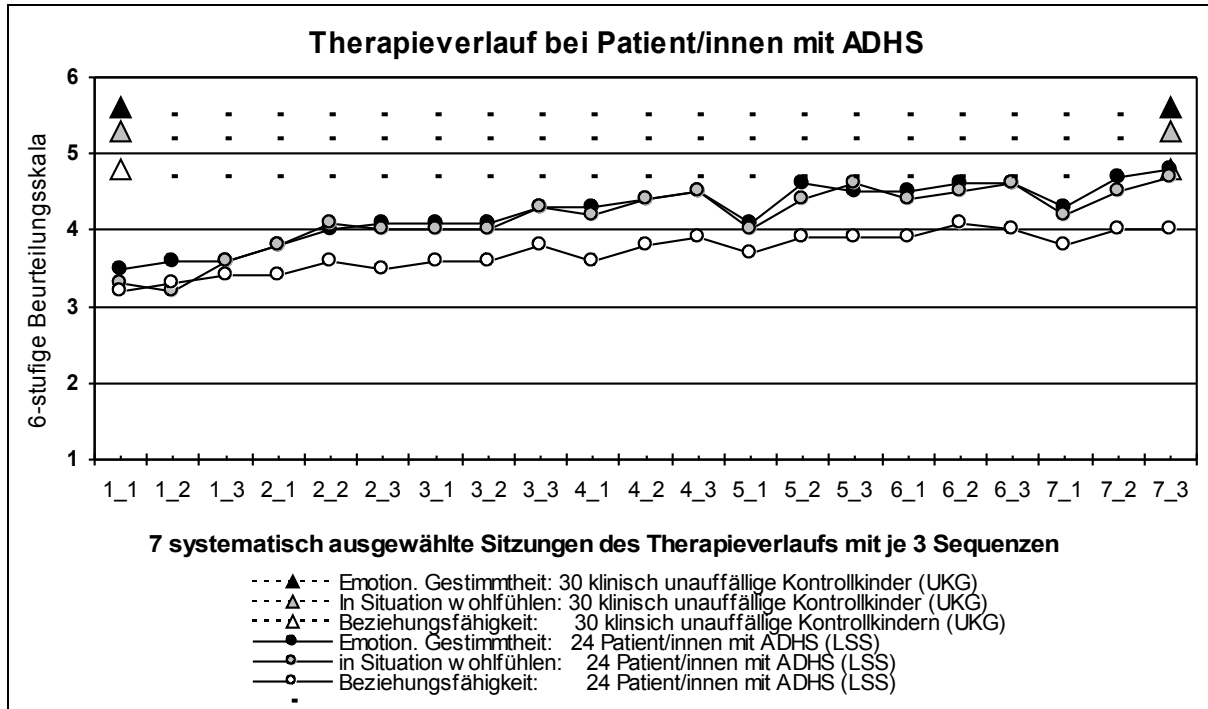


**Abbildung 24:** Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen mit ADHS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

Hinsichtlich der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit in der therapeutischen Situation waren die ADHS-Patient/innen am Anfang der Therapie weder positiv noch negativ eingestellt. Sie fühlten sich jedoch im Verlauf der Behandlung emotional immer wohler und ihre Beziehung zur Therapeutin entwickelte sich im Therapieverlauf gut, so dass sie sich am Ende in der Therapiesituation emotional beinahe so gut gestimmt und wohl fühlten wie es bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der Interaktion mit ihren Eltern zu beobachten war (vgl. Abbildung 25).

Neben den Veränderungen der ADHS-Patient/innen im Therapieverlauf waren auch die Verläufe in den Therapiesitzungen oft sehr typisch: Die Patient/innen mit ADHS verbesserten oft ihr Verhalten vom Beginn bis zum Ende einer Sitzung, um dann bis zur nächsten Sitzung wieder zurückzufallen, so dass in der folgenden Sitzung erneut auf einem niedrigeren Niveau begonnen werden musste, um sich bis zum Ende der Sitzung wieder positiv zu entwickeln, usw. Typische Beispiele sind die Aufmerksamkeit in den Sitzungen

1\_1 bis 1\_3, 2\_1 bis 2\_3, 4\_1 bis 4\_3, 5\_1 bis 5\_3, 6\_1 bis 6\_3 und die entsprechenden Parallelen der Selbstsicherheit oder die Empathie für andere und das Vertrauen in andere in den Sitzungen 3\_1 bis 3\_3, 4\_1 bis 4\_3, 5\_1 bis 5\_3, 6\_1 bis 6\_3. Allerdings bildete sich das nicht in allen untersuchten Prozessvariablen so deutlich ab (vgl. Abbildung 23-25).



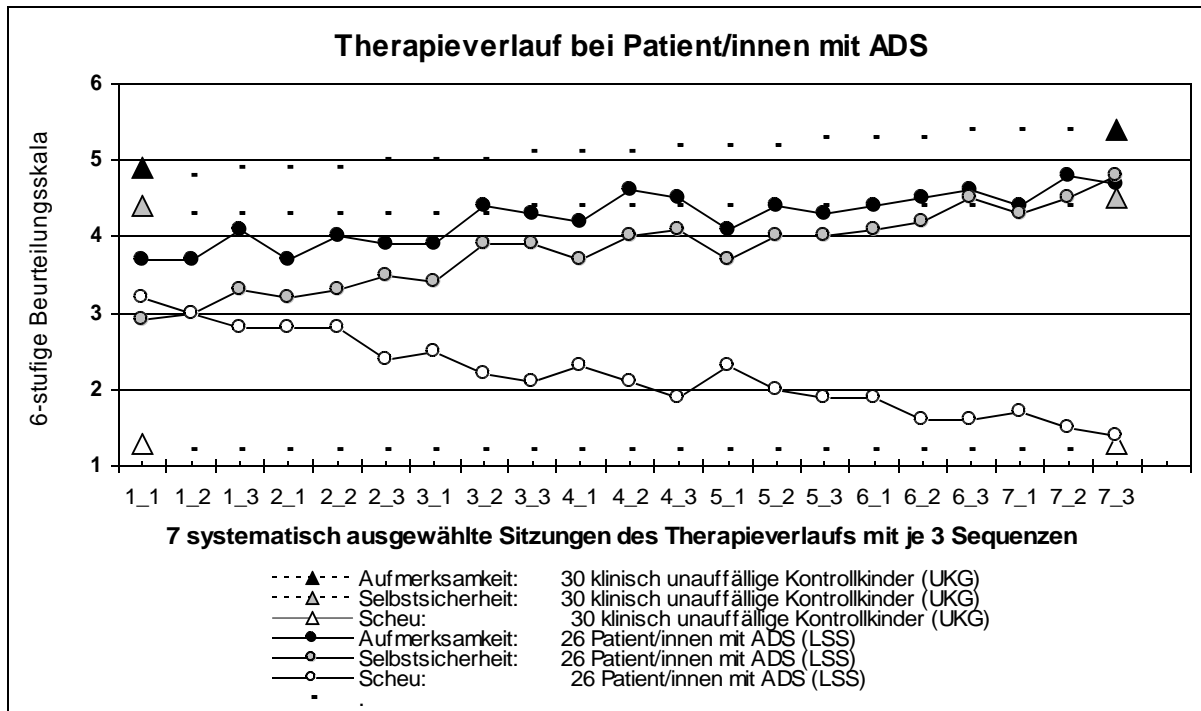
**Abbildung 25:** Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der LSS-Patient/innen mit ADHS in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation

Jernberg (1979, S. 34-37) hatte aufgrund ihrer Praxiserfahrungen bereits darauf hingewiesen, dass im Verlauf der Behandlung mit Theraplay eine Phase zu erwarten sei, in der das therapierte Kind negativ auf die von der Therapeutin angebotenen Interaktionen reagiere. In den Abbildungen 23-25 wird das an mehreren Prozessvariablen zu Beginn der fünften der sieben ausgewählten Therapien (Sequenz 5\_1) deutlich: Die Scheu nahm in dieser Phase wieder deutlich zu und Aufmerksamkeit, Selbstsicherheit, Empathie, Vertrauen in andere, emotionale Gestimmtheit und Sichwohlfühlen in der Therapiesituation nahmen zugleich ab (vgl. Abbildungen 23-25).

### Veränderung von ADS im Therapieverlauf

Der Unterschied zwischen Patient/innen mit bzw. ohne Hyperaktivität (ADHS bzw. ADS) wird u.a. an der Verschiedenartigkeit ihrer therapiebedingten Veränderungen in maßgeblichen Prozessvariablen deutlich (vgl. Abbildungen 26-28): ADHS-Patient/innen

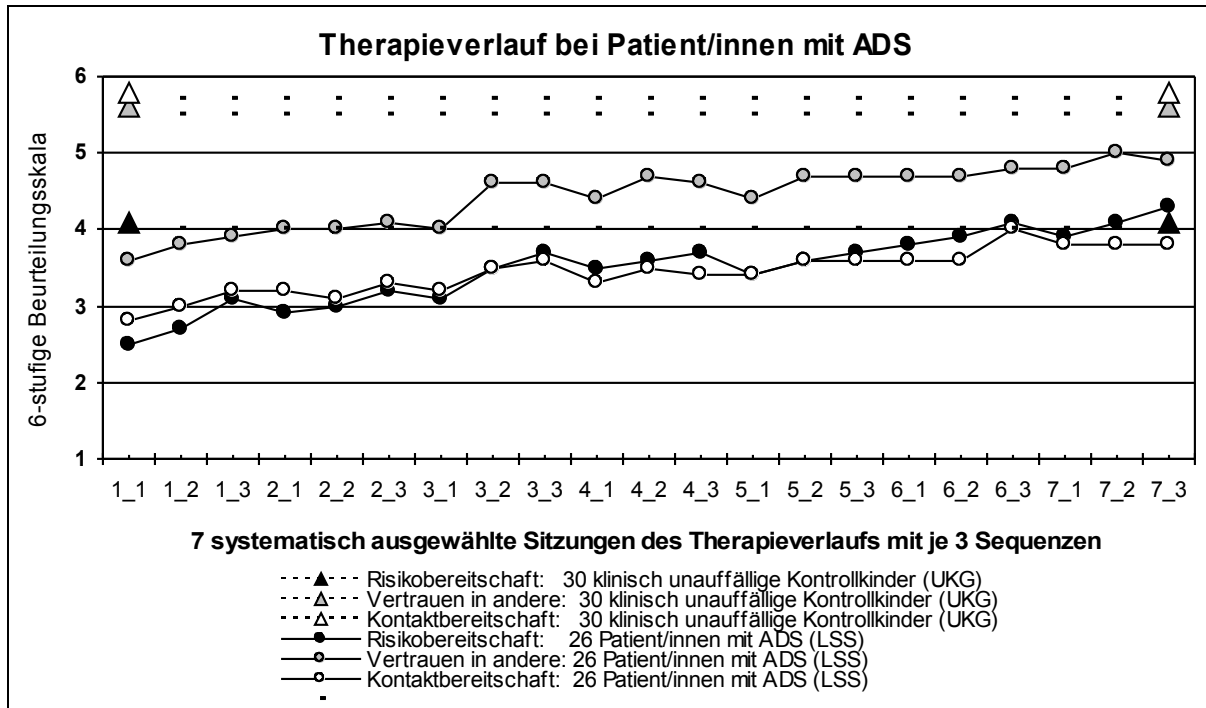
kannten beispielsweise keine Scheu, wohl aber die ADS-Patient/innen ( $M_{1,1}=3.2$ ). Während deren Scheu sich im Therapieverlauf auf  $M_{7,3}=1.4$  verringerte, nahm ihre Aufmerksamkeit und ihre Selbstsicherheit zu, wenn auch nicht in gleichem Ausmaß. Die Aufmerksamkeit näherte sich deutlich der Aufmerksamkeit der klinisch unauffälligen Kontrollkinder an und in der Selbstsicherheit entsprachen sich die ADS-Patient/innen am Ende der Therapie bzw. die klinisch unauffälligen Kontrollkinder am Ende der 16-wöchigen Kontrollzeit (vgl. Abb. 26).



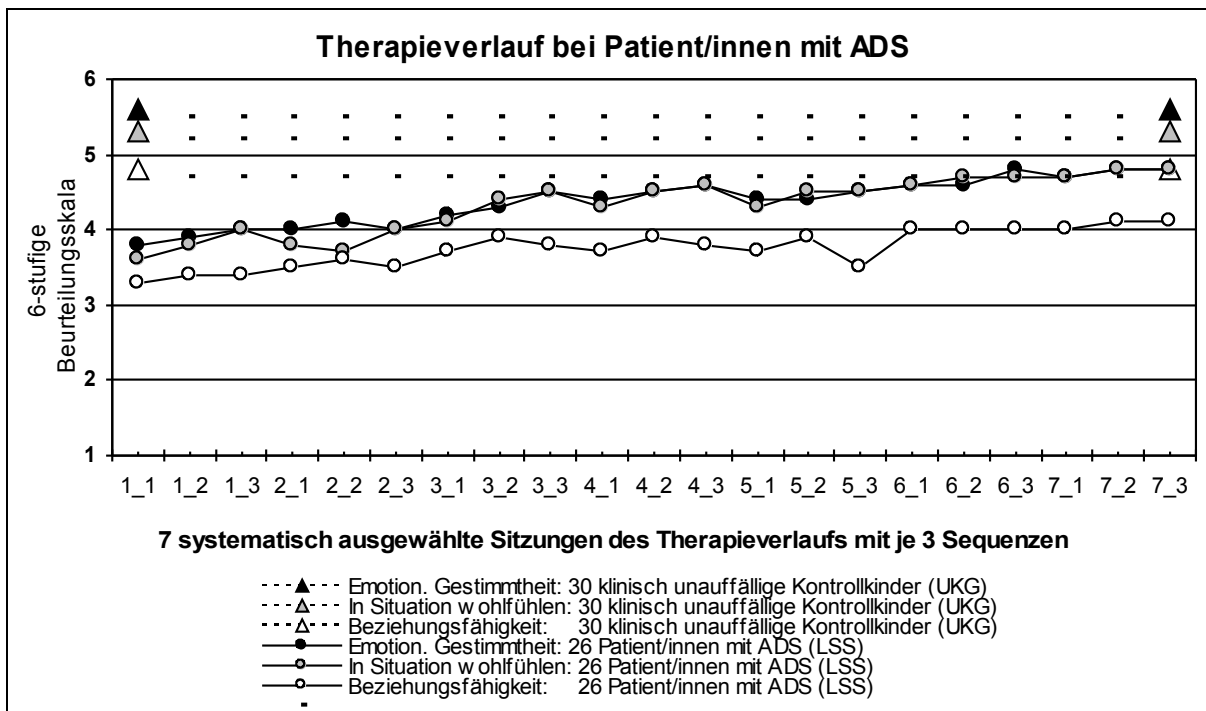
**Abbildung 26:** Verbesserung der Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit sowie Verringerung der Scheu der LSS-Patient/innen mit ADS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern

Ähnlich wie die ADHS-Patient/innen näherten sich die ADS-Patient/innen gegen Ende der Behandlung mit Theraplay in ihrem Vertrauen in andere ( $M_{7,3}=5.0$ ) der hohen Vertrauensbereitschaft der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG:  $M_{7,2}=5.6$ ) deutlich an. Ihre anfangs ziemlich geringe Risikobereitschaft ( $M_{7,3}=2.5$ ) und ihre anfänglich ähnlich geringe Kontaktbereitschaft ( $M_{7,3}=2.8$ ) entwickelte sich jedoch, trotz im Verlauf der Therapie deutlich reduzierter Scheu bis zu deren Ende nur bis zu einer positiveren, aber nicht wirklich überzeugten Bereitschaft ( $M_{7,3}=4.3$  bzw.  $M_{7,3}=3.8$ , vgl. Abbildungen 26-27). Die von ADS-Patient/innen am Beginn der Behandlung mit Theraplay gezeigte, nur leicht positive emotionale Gestimmtheit ( $M_{7,3}=3.8$ ) und das nur mäßige Wohlfühlen in der therapeutischen Situation ( $M_{7,3}=3.6$ ) besserten sich im Therapieverlauf beide deutlich bis auf  $M_{7,3}=4.8$ ,

während sich die anfänglich eher negativ tendierende Beziehung zur Therapeutin ( $M_{7,3}=3.3$ ) nur langsam bis auf  $M_{7,3}=4.1$  besserte (vgl. Abbildung 28).



**Abbildung 27:** Verbesserung der Risikobereitschaft, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen mit ADS im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern



**Abbildung 28:** Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der LSS-Patient/innen mit ADS in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der interaktiven Situation



### 3.3.4.7 Effektivität und Nachhaltigkeit

#### **der Wirkung von Theraplay auf ADHS bzw. ADS:**

#### **Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen**

In den Tabellen 52-59 und den Abbildungen 29-38 wird die Wirkung von Theraplay auf ADHS bzw. ADS in einer Vielzahl von Vergleichen untersucht, die zunächst erläutert werden sollen: Einerseits werden die Werte der Patient/innen der beiden Feldstudien (LSS bzw. MCS) miteinander und mit denen der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe (UKG) verglichen; die Werte der Patient/innen der MCS-Stichprobe werden auch noch nach dem Geschlecht der Patient/innen und dem Schweregrad ihrer Symptomatik differenziert. Andererseits werden zugleich Patient/innen *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität (ADHS bzw. ADS) miteinander und mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern verglichen. Deren Werte zu Beginn ihrer 16-wöchigen Kontrollzeit (Zeitpunkt  $t_1$ ) können als Index angesehen werden, mit dem sich die Werte der aufmerksamkeitsgestörten ADHS- bzw. ADS-Patient/innen hinsichtlich der klinischen Bedeutsamkeit vor Beginn der Therapie ( $t_1$ ) und der statistischen Signifikanz und Effektstärke der Symptomveränderung ( $t_1 - t_6$  bzw.  $t_6 - t_7$ ) vergleichen lassen.

**Therapeutischer Effekt von Theraplay.** Das Ziel der Behandlung der aufmerksamkeitsgestörten Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe mit Theraplay war die klinisch und statistisch bedeutsame, nachhaltige Verringerung der eingangs diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizite, also die Steigerung ihrer Aufmerksamkeit. Gemäß der zentralen Hypothese dieser Therapieforschung war zu erwarten, dass die Kernsymptome der Aufmerksamkeitsstörungen und deren Begleitsymptome durch die Behandlung mit Theraplay mit hinreichender Effektgröße, statistisch signifikant, nachhaltig und hinsichtlich der Therapiedauer effizient verringert würden. Der Nachweis der therapiebedingten Veränderung von Unaufmerksamkeit und ihrer Begleitsymptome erfolgte durch den Vergleich der zu den Zeitpunkten  $t_1$ ,  $t_6$  und in der LSS-Stichprobe auch  $t_7$  wiederholt diagnostizierten Symptomausprägungen. Diese wurden in beiden Feldstudien von Klinikern anhand des Psychopathologischen Befund-Systems CASCAP-D auf vier Stufen von schwerer Symptomausprägung bis zu klinischer Unauffälligkeit eingeschätzt.

Für die Berechnung der Effektgröße der Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Symptomausprägung ergab sich jedoch das Problem, dass in der Eingangsdiagnostik

(Zeitpunkt  $t_1$ ) von den Klinikern entsprechend der Dimensionalisierung von CASCAP-D alle schweren Symptomausprägungen mit  $M_1=4$ , alle deutlichen mit  $M_1=3$  und alle leichten mit  $M_1=2$  notiert werden mussten, ohne dass die Diagnosen innerhalb des jeweiligen Schweregrads differenziert werden konnten. Deshalb war es nicht möglich, für die nach dem *Schweregrad* ihrer Symptomatik differenzierten Substichproben die Effektgröße  $d$  zu errechnen, weil die Formel eine entsprechende Varianz der Daten für beide miteinander verglichenen Erhebungszeitpunkte, z.B.  $t_1$  und  $t_6$ , verlangt. Die Wirkung von Theraplay auf unterschiedlich schwere Symptomausprägungen konnte jedoch anhand der praktischen Bedeutsamkeit der Symptomverringering zwischen je zwei Erhebungszeitpunkten und deren statistischer Signifikanz ausreichend eingeschätzt werden (vgl. Tabellen 52-53 für ADHS- sowie Tabellen 55-57 für ADS-Patient/innen).

### 3.3.4.7.1 Therapeutischer Effekt von Theraplay auf ADHS.

Nach DSM-IV und ICD-10 gelten Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität als die Kernsymptome einer Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS). Die Untersuchungsergebnisse zeigen, um wie viel sich diese Kernsymptome bei Mädchen und Jungen der LSS- und MCS-Stichprobe mit ADHS vom Beginn bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkte  $t_1-t_6$ ) und bei Patient/innen der LSS-Stichprobe auch noch bis zwei Jahre nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) verringerten. Die Abbildungen 31-32 zeigen, um wie viel sich innerhalb der MCS-Stichprobe die schweren, deutlichen und leichten Symptomausprägungen verringerten. Veränderungsmaße sind die Differenz  $D_{1-6}$  bzw.  $D_{6-7}$  der Mittelwerte, die statistische Signifikanz  $p_{1-6}$  und die Effektgröße  $d_{1-6}$  dieser Symptomveränderungen.

Daraus ergeben sich vier Erkenntnisse (vgl. Tabelle 52 und die Abbildungen 29-30):

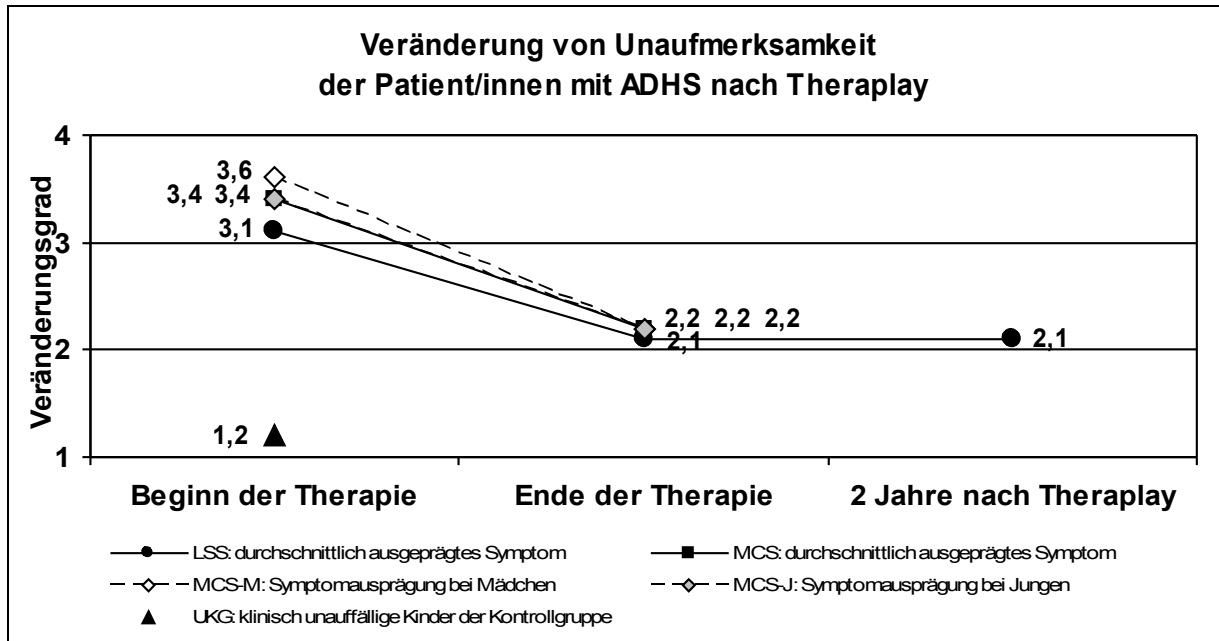
1. Anders als bei Patient/innen mit Verhaltensstörungen wie oppositioneller Verweigerung bzw. Scheu, deren Symptome sich im Verlauf der Behandlung mit Theraplay so weit reduzierten, dass sie sich dem Niveau klinisch unauffälliger Kinder der Kontrollgruppe weitgehend annäherten, verringerten sich die Symptome von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität zwar deutlich, aber letztlich doch nur auf das Niveau einer weiter bestehenden leichten bis deutlichen Symptomatik. So verringerte sich die Unaufmerksamkeit verglichen mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG:  $M_1=1.2$ ) →LSS-Stichprobe: von  $M_1=3.1$  auf  $M_6=2.1$ , MCS-Stichprobe: von  $M_1=3.4$  auf  $M_6=2.2$ , und Hyperaktivität verglichen mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG:  $M_1=1.3$ ) →LSS-Stichprobe: von  $M_1=3.0$  auf  $M_6=1.6$ , MCS-Stichprobe: von  $M_1=3.1$  auf  $M_6=1.9$ .

**Tabelle 52: Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von ADHS sowie Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

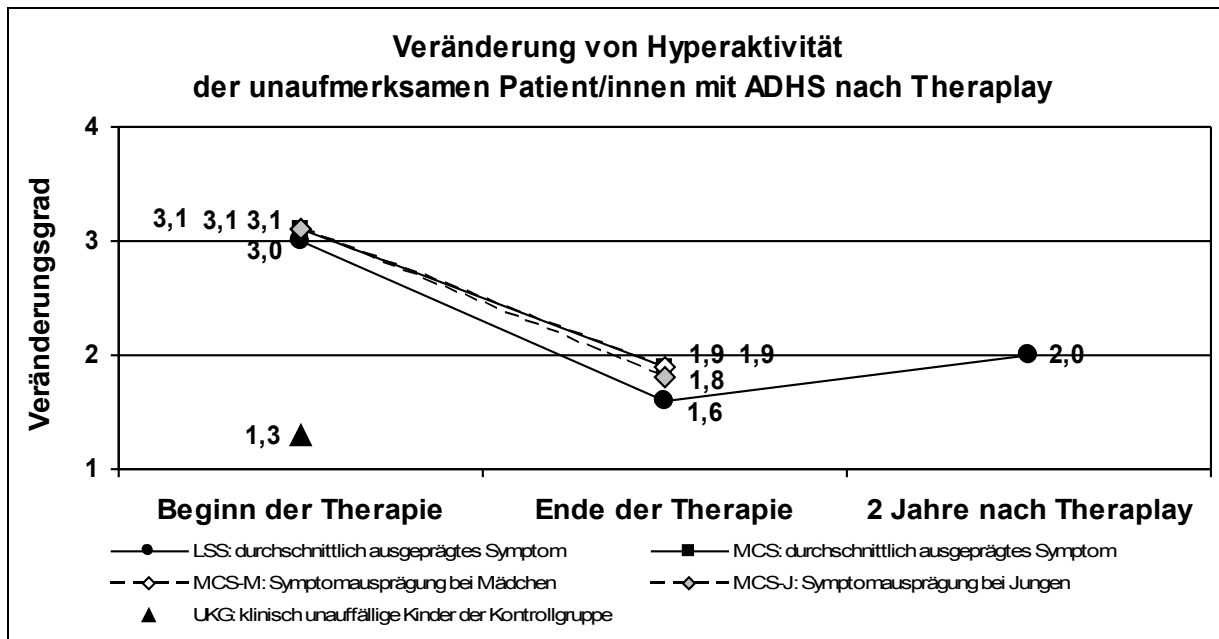
Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der ADHS-Kernsymptome										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Art d. Stichprobe	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
▲UKG $N = 30$	<u>Kontrollkinder</u>											
	unaufmerksam	1.2	-	-	.	0.4	-	-	-	-	-	-
	hyperaktiv	1.3	-	-	.	0.5	-	-	-	-	-	-
	impulsiv	1.1	-	-	.	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS gesamt $N = 24$	<u>ADHS-Patient/inn.</u>											
	unaufmerksam	3.1	2.1	2.1	- 1.0	0.7	1.1	1.2	<.0001	n. s.	1.10	0.00
	hyperaktiv	3.0	1.6	2.0	- 1.4	0.8	0.8	1.0	<.0001	n. s.	1.70	0.40
	impulsiv	2.5	1.6	1.7	- 0.9	1.1	0.9	0.9	=.0004	n. s.	0.90	0.10
■MCS gesamt $N = 127$	<u>ADHS-Patient/inn.</u>											
	unaufmerksam	3.4	2.2	-	- 1.2	0.7	0.8	-	<.0001	-	1.60	-
	hyperaktiv	3.1	1.9	-	- 1.2	0.8	0.7	-	<.0001	-	1.60	-
	impulsiv	2.9	1.8	-	- 1.1	1.1	0.8	-	<.0001	-	1.20	-
▣MCS-S schwer $N = 71$	unaufmerksam *)	4.0	2.4	-	- 1.6	0.0	0.7	-	<.0001	-	4.60	-
	hyperaktiv	3.5	2.0	-	- 1.5	0.7	0.7	-	<.0001	-	2.10	-
	impulsiv	3.2	2.0	-	- 1.2	1.2	0.8	-	<.0001	-	1.20	-
▣MCS-D deutlich $N = 37$	unaufmerksam *)	3.0	1.8	-	- 1.2	0.0	0.6	-	<.0001	-	4.00	-
	hyperaktiv	2.8	1.7	-	- 1.1	0.5	0.7	-	<.0001	-	1.80	-
	impulsiv	2.5	1.7	-	- 0.8	0.8	0.7	-	<.0001	-	1.10	-
□MCS-L leicht $N = 19$	unaufmerksam *)	2.0	1.8	-	- 0.2	0.0	0.9	-	n.s.	-	0.40	-
	hyperaktiv	2.4	1.6	-	- 0.8	0.7	0.8	-	0.0118	-	1.10	-
	impulsiv	2.3	1.6	-	- 0.7	0.8	0.8	-	0.0296	-	0.90	-
◇MCS-M gesamt $N = 29$	unaufmerksam *)	3.6	2.2	-	- 1.4	0.7	0.7	-	<.0001	-	2.00	-
	hyperaktiv	3.1	1.9	-	- 1.2	0.9	0.7	-	<.0001	-	1.50	-
	impulsiv	2.9	1.8	-	- 1.1	1.1	0.8	-	<.0001	-	1.10	-
◆MCS-J gesamt $N = 98$	unaufmerksam *)	3.4	2.2	-	- 1.2	0.8	0.8	-	<.0001	-	1.50	-
	hyperaktiv	3.1	1.8	-	- 1.3	0.8	0.7	-	<.0001	-	1.70	-
	impulsiv	2.8	1.8	-	- 1.0	1.1	0.8	-	<.0001	-	1.00	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{1-6}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1$  bis  $M_6$ ;  $d_{6-7}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6$  bis  $M_7$ ; \*)=für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist.

2. Die Abbildungen 29 und 30 zeigen am Beispiel der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe durch weitgehende Übereinstimmung von Richtung und Grad der Symptomveränderungen deutlich: Die Kernsymptome der ADHS, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, hatten sich nach der Behandlung mit Theraplay in beiden voneinander unabhängigen Feldstudien sehr ähnlich verringert. Das bedeutet, dass sich die Ergebnisse der beiden Feldstudien durch weitgehende Übereinstimmung bestätigen und annehmen lassen, dass Theraplay wahrscheinlich für die Behandlung von ADHS valide und reliabel ist.



**Abbildung 29:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Unaufmerksamkeit der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 52)



**Abbildung 30:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Hyperaktivität der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 52)

3. Die Verringerung der Unaufmerksamkeit erwies sich als nachhaltig. Es gab keine statistisch signifikanten Rückfälle.

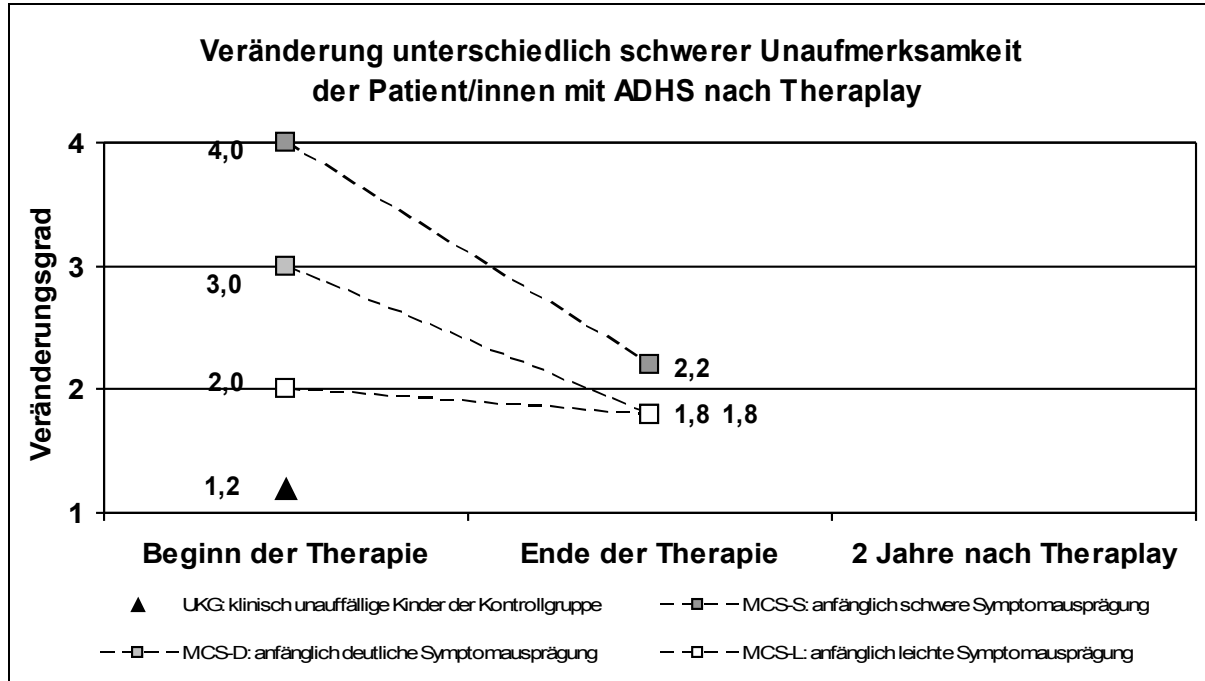
4. Bei den vermutlich anlage- *und* umweltbedingten Symptomen Hyperaktivität und Impulsivität gab es jedoch in der Katamnese bis zwei Jahre nach Abschluss der Therapie leichte Rückfälle, klinisch bedeutsam, wenn auch statistisch nicht signifikant.

**Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad von ADHS.** Am Beispiel von drei verschiedenen Symptomen kann an den Patient/innen der MCS-Stichprobe verdeutlicht werden, dass die Wirkung von Theraplay - vermutlich in Abhängigkeit von der Art der Störung - mehr oder weniger effektiv sein kann, nämlich der therapiebedingten Veränderung von unterschiedlich schwerer Unaufmerksamkeit, unterschiedlich schwerer Hyperaktivität und unterschiedlich schwer ausgeprägtem unkooperativem Verhalten in der sozialen Interaktion. Zugleich wird an diesen Beispielen auch deutlich, dass die Wirkung der Therapie offensichtlich umso effektiver war, je ausgeprägter die anfängliche Symptomatik sich darstellte. So veränderten sich bei den Patient/innen der MCS-Stichprobe im Verlauf der Behandlung mit Theraplay (vgl. Tabellen 52 und 53 sowie Abbildungen 31-33):

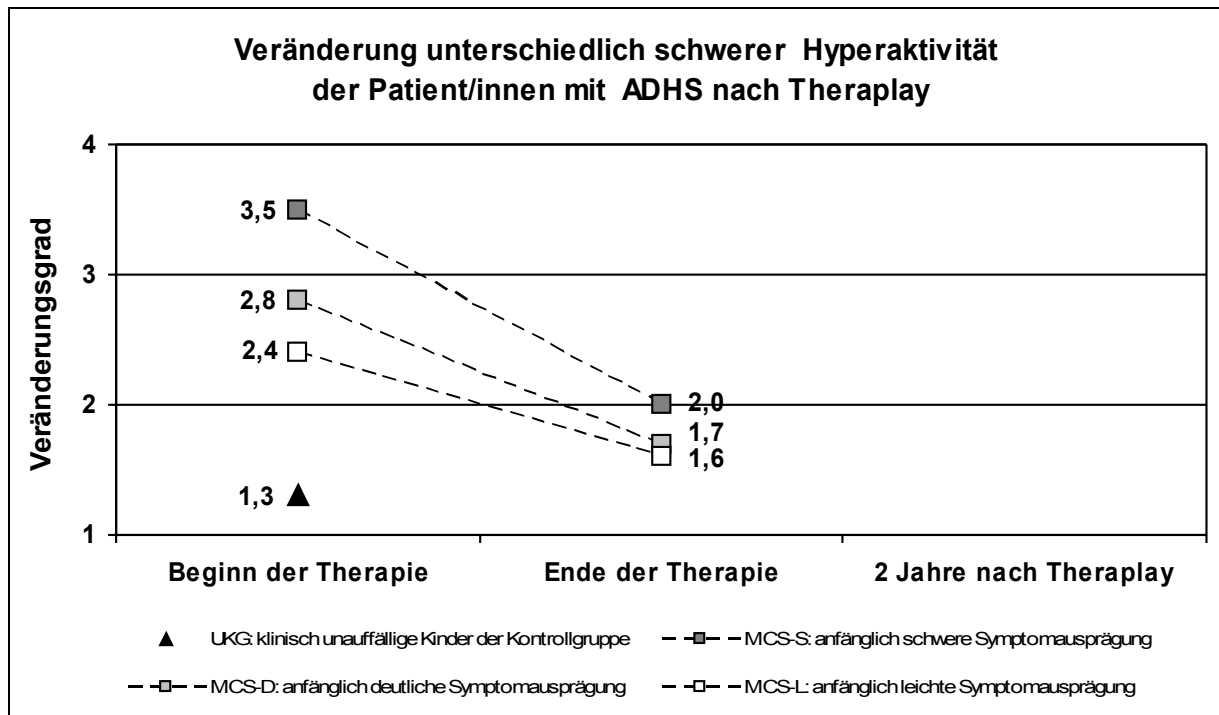
- schwere Unaufmerksamkeit von  $M_I=4.0$  um  $D_{1-6}=1.6$  auf  $M_6=\underline{2.4}$ ,
- schwere Hyperaktivität von  $M_I=3.5$  um  $D_{1-6}=1.5$  auf  $M_6=\underline{2.0}$ ,
- schwer unkooperatives Verhalten von  $M_I=3.2$  um  $D_{1-6}=1.5$  auf  $M_6=\underline{1.7}$ ,
- deutliche Unaufmerksamkeit von  $M_I=3.0$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=\underline{1.8}$ ,
- deutliche Hyperaktivität von  $M_I=2.8$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=\underline{1.7}$ ,
- deutlich unkooperatives Verhalten von  $M_I=2.7$  um  $D_{1-6}=1.3$  auf  $M_6=\underline{1.4}$ ,
- leichte Unaufmerksamkeit von  $M_I=2.0$  um  $D_{1-6}=0.2$  auf  $M_6=\underline{1.8}$ ,
- leichte Hyperaktivität von  $M_I=2.4$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=\underline{1.6}$ ,
- leicht unkooperatives Verhalten von  $M_I=2.0$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=\underline{1.2}$ .

Patient/innen mit ADHS haben gemäß ICD-10 und DSM-IV grundsätzlich beide Kernsymptome, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, und oft beide ähnlich schwer ausgeprägt. So hatten 90% der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe schwer ausgeprägte Hyperaktivität und zugleich schwer ausgeprägte Aufmerksamkeitsdefizite (Korrelation:  $r=.54$ ,  $p<.0001$ ). Ebenfalls 90% der MCS-Patient/innen hatten sowohl schwere Impulsivität als auch schwere Unaufmerksamkeit (Korrelation:  $r=.35$ ,  $p=.0057$ ).

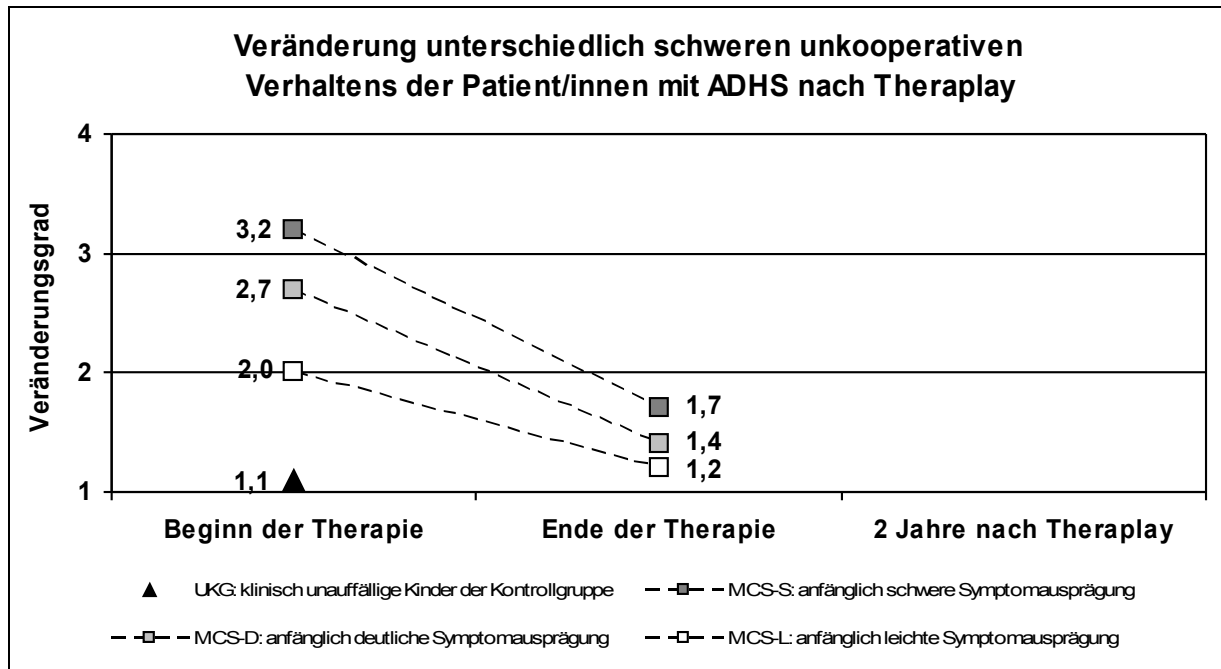
71.4% der ADHS-Patient/innen der LSS-Stichprobe hatten sowohl schwer ausgeprägte Hyperaktivität als auch schwere Aufmerksamkeitsdefizite (Korrelation:  $r=.44$ ,  $p=.0004$ ). 80% der LSS-Patient/innen zeigten schwer ausgeprägte Impulsivität und schwere Unaufmerksamkeit (Korrelation:  $r=.35$ ,  $p=.0057$ ). Der Zusammenhang zwischen diesen Kernsymptomen der ADHS ist auch bei den LSS-Patient/innen statistisch hoch signifikant.



**Abbildung 31:** Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Unaufmerksamkeit der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 52)



**Abbildung 32:** Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Hyperaktivität der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 52)



**Abbildung 33:** Positive Veränderung schwer, deutlich bzw. leicht unkooperativen Verhaltens der ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 53)

**Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay auf ADHS.** Hinsichtlich der drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gab es in der MCS-Stichprobe vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ) keine auffälligen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen mit ADHS. Auch hinsichtlich der Reduzierung dieser Symptome unterschied sich die Wirkung von Theraplay auf Mädchen und Jungen nicht bedeutsam:

Unaufmerksamkeit verringerte sich im Therapieverlauf

→ bei Mädchen (MCS-M) von  $M_1=3.6$  um  $D_{1-6}=1.4$  auf  $M_6=2.2$ ,

→ bei Jungen (MCS-J) von  $M_1=3.4$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=2.2$ ,

Hyperaktivität verringerte sich im Therapieverlauf

→ bei Mädchen (MCS-M) von  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=1.9$ ,

→ bei Jungen (MCS-J) von  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=1.3$  auf  $M_6=1.8$ ,

Impulsivität verringerte sich im Therapieverlauf

→ bei Mädchen (MCS-M) von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=1.8$ ,

→ bei Jungen (MCS-J) von  $M_1=2.8$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.8$  (vgl. Tabelle 52).

**Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf ADHS.** Zur Einschätzung der Nachhaltigkeit des Therapieeffektes wurde bei ADHS-Patient/innen der LSS-Stichprobe zwei

Jahre nach Abschluss der Behandlung die Symptomatik erneut diagnostiziert. Wie schon in anderem Zusammenhang erwähnt, blieb das am Ende der Therapie erreichte Niveau einer leichten Unaufmerksamkeit über die zwei Jahre der Katamnese erhalten, weder verbesserte, noch verschlechterte es sich weiter. Dagegen rezidierte Hyperaktivität teilweise mit mittlerer Effektgröße von  $d=|0.4|$  von durchschnittlich  $M_6=1.6$  um  $D_{6-7}=0.4$  auf  $M_7=2.0$ . Dieser Rückfall ist zwar wegen der geringen Stichprobe statistisch nicht signifikant, er kann also zufällig sein, er könnte aber durch eine in die gleiche Richtung deutende, ebenfalls statistisch nicht signifikante Tendenz des Rückfalls der im Therapieverlauf reduzierten Impulsivität von  $M_6=1.6$  um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=1.7$  u.U. eine Bestätigung finden, wenn die Untersuchung mit größerer Stichprobe repliziert würde (vgl. Tabelle 52 und Abbildungen 29 und 30).

### **Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf Begleitsymptome von ADHS.**

Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe wurden von einer Vielzahl von Symptomen begleitet (vgl. Tabelle 51 zur Häufigkeit und Ausprägung der begleitenden Symptome vor Beginn der Therapie). Aus diesen werden hier beispielhaft die im Therapieverlauf beobachteten Veränderungen an vier unterschiedlichen Begleitsymptomen gezeigt, nämlich an unkooperativem Verhalten, oppositioneller Verweigerung, Spielstörungen und rezeptiven Sprachstörungen der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 53).

Die Begleitsymptome der ADHS waren bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern sehr gering ausgeprägt oder gar nicht zu beobachten gewesen: Unkooperatives Verhalten ( $M_1=1.1$ ,  $s_1=0.3$ ), oppositionell verweigerndes Verhalten ( $M_1=1.1$ ,  $s_1=0.3$ ), spielgestörtes Verhalten ( $M_1=1.0$ ) und rezeptive Sprachstörungen ( $M_1=1.0$ ).

Verglichen damit waren diese Begleitsymptome von ADHS bei Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe anfangs leicht bis deutlich ausgeprägt und veränderten sich mit der Behandlung von ADHS durchweg statistisch hoch signifikant mit  $p<.01$ , überwiegend mit  $p<.0001$ , abgesehen von Begleitsymptomen der Patient/innen mit leichter ADHS. Die Effektgröße der Veränderung des unkooperativen und oppositionell verweigernden Verhaltens der ADHS-Patient/innen, also vermutlich eher umweltbedingter Verhaltensstörungen war durchweg  $d>|1.0|$ , also sehr hoch. Die Effektgröße der Spielstörungen und der rezeptiven Sprachstörungen, also vermutlich eher anlage- und umweltbedingter Entwicklungsstörungen schwankte je nach Substichprobe zwischen gering  $d=|0.4|$  und hoch  $d=|1.0|$  (vgl. Tabelle 53).



**Tabelle 53: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens und rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome von ADHS sowie praktische Bedeutsamkeit *D*, statistische Signifikanz *p* und Effektgröße *d* der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz <i>t</i> -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Unkooperatives Verhalten als Begleitsymptom von ADHS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADHS-Patienten	2.9	1.7	1.7	-1.2	1.0	0.8	0.8	<.0001	n.s.	1.30	0.00
■MCS	ADHS-Patienten	2.9	1.5	-	-1.4	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.70	-
▣MCS-S	schwere ADHS	3.2	1.7	-	-1.5	1.1	0.7	-	<.0001	-	1.90	-
▣MCS-D	deutliche ADHS	2.7	1.4	-	-1.3	0.9	0.6	-	<.0001	-	1.70	-
□MCS-L	leichte ADHS	2.0	1.2	-	-0.8	1.1	0.4	-	0.0020	-	1.10	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADHS	2.7	1.5	-	-1.2	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.40	-
◆MCS-J	Jungen mit ADHS	2.9	1.5	-	-1.4	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.60	-
<b>Oppositionell verweigerndes Verhalten als Begleitsymptom von ADHS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADHS-Patienten	2.3	1.4	1.3	-0.9	1.2	0.5	0.6	0.0007	n.s.	1.10	0.70
■MCS	ADHS-Patienten	2.7	1.4	-	-1.3	1.2	0.5	-	<.0001	-	1.50	-
▣MCS-S	schwere ADHS	2.8	1.4	-	-1.2	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.60	-
▣MCS-D	deutliche ADHS	2.8	1.4	-	-1.2	0.8	0.5	-	<.0001	-	2.20	-
□MCS-L	leichte ADHS	2.2	1.4	-	-0.8	1.0	0.6	-	0.0114	-	1.00	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADHS	2.4	1.3	-	-1.1	1.1	0.5	-	<.0001	-	1.30	-
◆MCS-J	Jungen mit ADHS	2.8	1.4	-	-1.4	1.2	0.5	-	<.0001	-	1.60	-
<b>Spielgestörtes Verhalten als Begleitsymptom von ADHS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADHS-Patienten	2.1	1.5	1.8	-0.6	1.3	0.8	1.9	0.0044	n.s.	0.60	0.20
■MCS	ADHS-Patienten	2.2	1.4	-	-0.8	1.2	0.7	-	<.0001	-	0.80	-
▣MCS-S	schwere ADHS	2.6	1.6	-	-1.0	1.3	0.8	-	<.0001	-	1.00	-
▣MCS-D	deutliche ADHS	1.8	1.2	-	-0.6	1.0	0.5	-	0.0008	-	0.80	-
□MCS-L	leichte ADHS	1.4	1.2	-	-0.2	0.7	0.5	-	0.0102	-	0.30	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADHS	2.1	1.5	-	-0.6	1.3	0.8	-	0.0012	-	0.60	-
◆MCS-J	Jungen mit ADHS	2.2	1.4	-	-0.8	1.2	0.7	-	<.0001	-	0.80	-
<b>Rezeptive Sprachstörung als Begleitsymptom von ADHS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADHS-Patienten	2.8	2.2	2.0	-0.6	1.1	0.9	0.9	0.0048	n.s.	0.60	0.20
■MCS	ADHS-Patienten	2.6	1.9	-	-0.7	1.2	0.8	-	<.0001	-	0.70	-
▣MCS-S	schwere ADHS	3.1	2.1	-	-1.0	1.1	0.9	-	<.0001	-	1.00	-
▣MCS-D	deutliche ADHS	2.2	1.8	-	-0.4	1.0	0.8	-	0.0054	-	0.40	-
□MCS-L	leichte ADHS	1.8	1.5	-	-0.3	1.0	0.6	-	n.s.	-	0.40	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADHS	2.7	2.1	-	-0.6	1.2	1.0	-	0.0024	-	0.60	-
◆MCS-J	Jungen mit ADHS	2.6	1.9	-	-0.7	1.1	0.8	-	<.0001	-	0.70	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

**Möglicher Zusammenhang zwischen ADHS und begleitenden Symptomen.** Auf der Suche nach den Begleitsymptomen, die aufgrund der vorliegenden Ergebnisse *kennzeichnend* für die Symptomatik der ADHS-Patient/innen waren, wurden Korrelationskoeffizienten nach Pearson zwischen dem Aufmerksamkeitsdefizit und begleitenden Symptomen auf Basis der Nettostichproben der LSS ( $N=60$ ) und MCS ( $N=333$ ) gerechnet. Um festzustellen, welcher *Zusammenhang* möglicherweise zwischen ADHS und typischen Symptomen anderer psychischer Störungen bestehen könnte, soweit die Symptome durch CASCAP-D erfasst wurden, wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten auf der Basis der Substichproben der ADHS-Patient/innen gerechnet, und zwar mit  $N=24$  der 60 Patient/innen der LSS-Stichprobe und mit  $N=127$  der  $N=333$  Fälle der MCS-Stichprobe (vgl. Tabelle 54).

**Tabelle 54: Korrelation von ADHS mit begleitenden Symptomen**

Begleitsymptome von Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS) Erhebungszeitpunkt $t_1$ vor Beginn der Behandlung mit Theraplay								
Kernsymptom und relevante Begleitsymptome	Kennzeichnende Begleitsymptome des Kernsymptoms				Zusammenhang zwischen Kern- und Begleitsymptomen			
	●LSS $N=60$		■MCS $N=333$		●LSS $N=24$ von 60		■MCS $N=127$ von 333	
	$r$	$p r $	$r$	$p r $	$r$	$p r $	$r$	$p r $
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Kernsymptom:</b> unaufmerksam	$r = 1.00$		$r = 1.00$		$r = 1.00$		$r = 1.00$	
<b>Begleitsymptome:</b> hyperaktiv	$r = 1.00$	<.0001	$r = .96$	<.0001	$r = .48$	0.0161	$r = .60$	<.0001
impulsiv	$r = .76$	<.0001	$r = .76$	<.0001	$r = .14$	n.s.	$r = .34$	<.0001
demonstrativ	$r = .40$	0.0012	$r = .40$	<.0001	$r = -.10$	n.s.	$r = .11$	n.s.
kaspernd	$r = .31$	0.0146	$r = .43$	<.0001	$r = -.12$	n.s.	$r = .17$	0.0494
enthemmt	$r = .23$	n.s.	$r = .39$	<.0001	$r = -.01$	n.s.	$r = .29$	0.0011
spielgestört	$r = .22$	n.s.	$r = .19$	0.0004	$r = .65$	n.s.	$r = .41$	<.0001
unkooperativ	$r = .16$	n.s.	$r = .23$	<.0001	$r = .58$	n.s.	$r = .39$	<.0001
oppositionell verweigernd	$r = .34$	0.0087	$r = .35$	<.0001	$r = .00$	0.0005	$r = .00$	n.s.
aggressiv	$r = .23$	n.s.	$r = .30$	<.0001	$r = -.29$	0.0030	$r = .18$	0.0415
Unempathisch	$r = .36$	0.0041	$r = .23$	<.0001	$r = .66$	0.0004	$r = .20$	0.0247
autistoider Mangel an soz. Gegenseitigkeit	$r = .27$	0.0345	$r = .05$	n.s.	$r = .43$	0.0386	$r = .22$	0.0115
intelligenzgemindert	$r = .13$	n.s.	$r = .27$	<.0001	$r = .64$	0.0008	$r = .35$	<.0001
rezeptiv sprachgestört	$r = .08$	n.s.	$r = .14$	0.0100	$r = .48$	0.0167	$r = .45$	<.0001

Anmerkungen: SAS 9.1-Prozedur „Corr“;  $r$ =Korrelationskoeffizienten nach Pearson;  $p(r)$ =statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten; n.s.= statistisch nicht signifikant

**Kennzeichnende Begleitsymptome von ADHS.** Kennzeichnende Begleitsymptome von Unaufmerksamkeitdefiziten als Kernsymptom von ADHS sind

- Symptome hyperkinetisch gestörten Verhaltens wie
  - hyperaktives, impulsives, demonstratives, kasperndes und enthemmtes Verhalten,
- Symptome sozial störenden Verhaltens wie
  - spielgestörtes, unkooperatives, oppositionell verweigerndes, aggressives Verhalten,
- Symptome autistoiden Verhaltens
  - wie Mangel an Empathie und Mangel an sozialer Gegenseitigkeit,
- teilweise auch noch Symptome von Intelligenzminderung.

Dagegen gehören rezeptive Sprachstörungen, die in der vorliegenden Untersuchung oft bei Patient/innen mit ADHS diagnostiziert wurden, offenbar nicht unbedingt zu den kennzeichnenden Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (vgl. Tabelle 54).

**Möglicher Zusammenhang zwischen ADHS und anderen Störungen.** Die Korrelationskoeffizienten zwischen Unaufmerksamkeit und Symptomen anderer psychischer Störungen lassen aufgrund der Analyse der ADHS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe die Vermutung zu, dass es einen Zusammenhang geben könnte zwischen Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und

- hyperkinetischen Störungen (verständlicherweise, da HKS auch Kernsymptom ist)
  - Spielstörungen,
  - Verhaltensauffälligkeiten wie Unkooperativität und Aggressivität,
  - autistoidem Verhalten
    - aufgrund mangelnder Empathie und Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und
  - rezeptiven Sprachstörungen oder anderen Sprachentwicklungsverzögerungen
- (vgl. Tabelle 54).

#### **3.3.4.7.2 Therapeutischer Effekt von Theraplay auf ADS**

Aufmerksamkeitsdefizitstörungen *ohne* Hyperaktivität (ADS) sind weder nach ICD-10 noch nach DSM-IV klassifizierbar. Man könnte vermuten, dass nach ICD-10 die einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (F90.0) damit gemeint sein könnten, doch soll F90.0 nur „verwendet werden, wenn die allgemeinen Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F90) erfüllt sind, die Kriterien für F91 (Störung des Sozialverhaltens) jedoch nicht“. Auch DSM-IV bietet keine geeignete Codierung für ADS an. Die DSM-IV-Codierung mit 314.00 als „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typ“ orientiert sich ebenfalls an einer hyperkinetischen Störung.

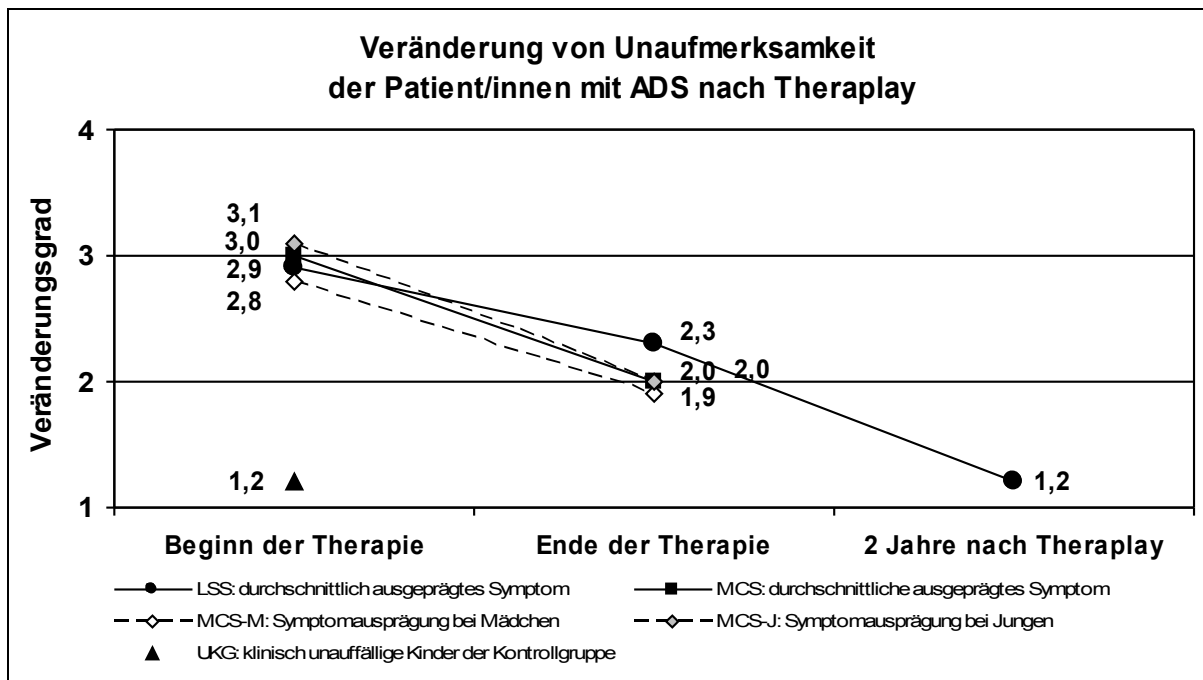
Tatsächlich litten jedoch 26 (43%) der 60 Patient/innen der LSS-Stichprobe und 123 (37%) der 333 Patient/innen der MCS-Stichprobe unter Aufmerksamkeitsdefizitstörungen *ohne* Hyperaktivität (ADS). Sie zeigten zwar keine Symptome von Hyperaktivität, aber durchaus unterschiedlich schwer ausgeprägte Symptome anderer psychischer Störungen wie beispielsweise Scheu und die Neigung zu sozialem Rückzug, hypoaktive Antriebsarmut, Symptome autistoider Störungen bzw. Störungen des autistischen Spektrums, unkooperatives Sozialverhalten sowie rezepive und expressive Sprachstörungen (vgl. Tab. 3 und Tab. 55-57).

**Tabelle 55: Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von ADS sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der ADS-Kernsymptome										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Art d. Stichprobe	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
▲UKG $N = 30$	<b>Kontrollkinder</b>											
	unaufmerksam	1.2	-	-	.	0.4	-	-	-	-	-	-
	scheu	1.2	-	-	.	0.5	-	-	-	-	-	-
	antriebsgemindert	1.0	-	-	.	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS gesamt $N = 26$	<b>ADS-Patient/innen</b>											
	unaufmerksam	2.9	2.3	1.2	- 0.6	0.7	0.7	0.5	0.0013	n.s.	0.90	1.80
	scheu	1.7	1.1	1.2	- 0.6	0.9	0.3	0.5	0.0011	n.s.	1.00	0.30
	antriebsgemindert	1.5	1.1	1.1	- 0.4	0.7	0.3	0.2	n.s.	n.s.	0.80	0.00
■MCS gesamt $N = 123$	<b>unaufmerksam</b>	3.0	2.0	-	- 1.0	0.7	0.8	-	<.0001	-	1.30	-
	scheu	2.3	1.2	-	- 1.1	1.1	0.5	-	<.0001	-	1.40	-
	antriebsgemindert	1.8	1.3	-	- 0.5	1.0	0.6	-	<.0001	-	0.60	-
▣MCS-S schwer $N = 32$	<b>unaufmerksam *)</b>	4.0	2.3	-	- 1.7	0.0	0.7	-	<.0001	-	4.90	-
	scheu	2.5	1.3	-	- 1.2	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.30	-
	antriebsgemindert	2.3	1.3	-	- 1.0	1.2	0.6	-	.0001	-	1.10	-
▣MCS-D deutlich $N = 57$	<b>unaufmerksam *)</b>	3.0	1.9	-	- 1.1	0.0	0.7	-	<.0001	-	3.10	-
	scheu	2.3	1.2	-	- 1.1	1.1	0.4	-	<.0001	-	1.50	-
	antriebsgemindert	1.7	1.3	-	- 0.4	1.0	0.6	-	n.s.	-	0.50	-
□MCS-L leicht $N = 34$	<b>unaufmerksam *)</b>	2.0	1.7	-	- 0.3	0.0	0.7	-	<.0001	-	0.90	-
	scheu	2.2	1.2	-	- 1.0	1.0	0.5	-	<.0001	-	1.30	-
	antriebsgemindert	1.4	1.2	-	- 0.2	0.8	0.6	-	n.s.	-	0.30	-
◇MCS-M gesamt $N = 29$	<b>unaufmerksam *)</b>	2.8	1.9	-	- 0.9	0.7	0.7	-	<.0001	-	1.30	-
	scheu	2.3	1.2	-	- 1.1	1.1	0.4	-	<.0001	-	1.30	-
	antriebsgemindert	1.6	1.2	-	- 0.4	0.9	0.4	-	0.0008	-	0.60	-
◆MCS-J gesamt $N = 98$	<b>unaufmerksam *)</b>	3.1	2.0	-	- 1.1	0.7	0.8	-	<.0001	-	1.50	-
	scheu	2.3	1.3	-	- 1.0	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.10	-
	antriebsgemindert	1.9	1.3	-	- 0.6	1.1	0.7	-	<.0001	-	0.70	-

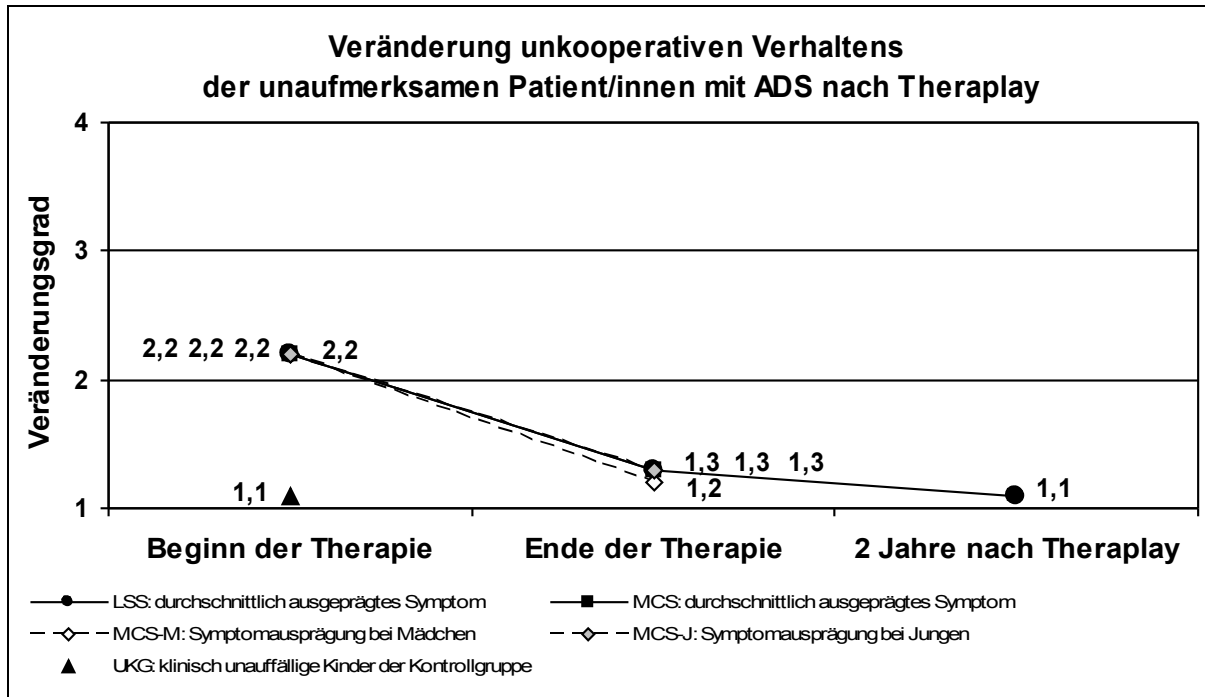
Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{1-6}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1$  bis  $M_6$ ;  $d_{6-7}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6$  bis  $M_7$ ; \*)=für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist.

Die Tabelle 55 und die Abbildungen 34-39 zeigen, um wie viel sich in der LSS- bzw. MCS-Stichprobe die Aufmerksamkeitsstörungen der ADS-Patient/innen und deren wichtigste Begleitsymptome im Therapieverlauf (Zeitpunkte  $t_1-t_6$ ) und bei Patient/innen der LSS-Stichprobe auch noch bis zwei Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_7$ ) verringerten und um wie viel sich innerhalb der MCS-Stichprobe die schweren, deutlichen und leichten Symptomausprägungen reduzierten. Maßstab sind die Symptomveränderungen  $D_{1-6}$  bzw.  $D_{6-7}$ , deren statistische Signifikanz  $p_{1-6}$  bzw.  $p_{6-7}$  und Effektgröße  $d_{1-6}$  bzw.  $D_{6-7}$ .

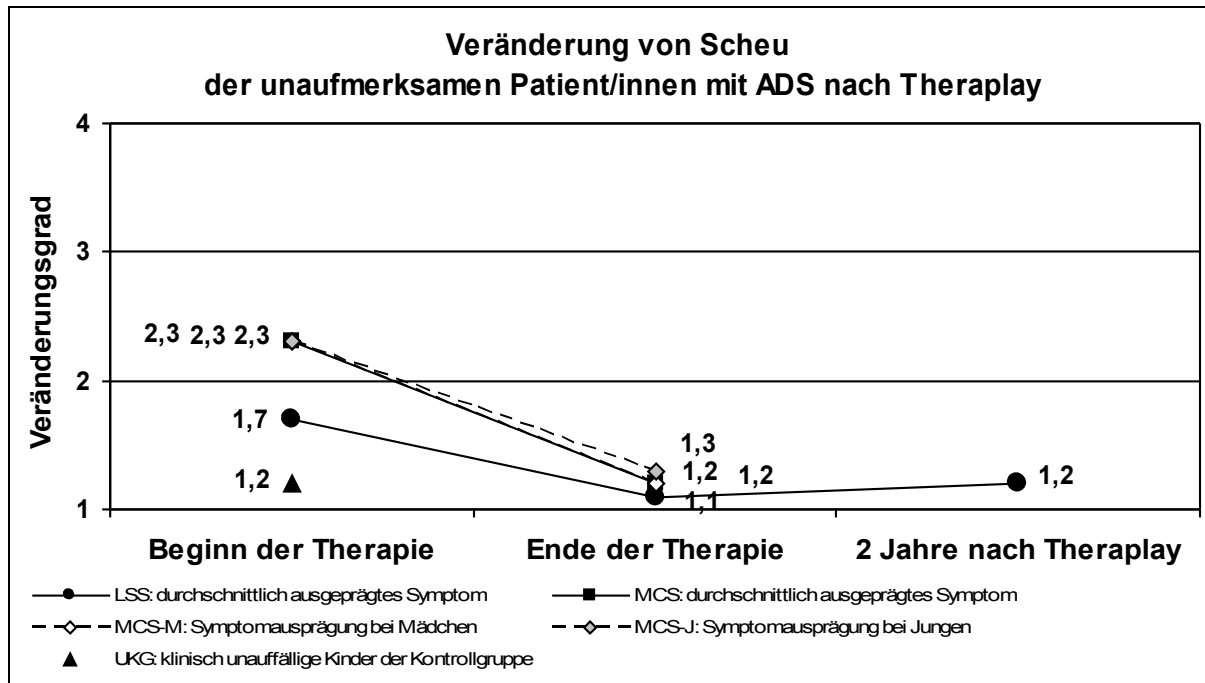


**Abbildung 34:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Unaufmerksamkeit der ADS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 55)

Die Ergebnisse der Verringerung der Aufmerksamkeitsdefizite der ADS-Patient/innen stimmen in beiden Feldstudien weitgehend überein und bestätigen sich damit gegenseitig. Die Veränderung des Kernsymptoms erfolgte mit hoher Effektgröße (LSS:  $d=|0.9|$ ; MCS:  $d=|1.3|$ ) und statistisch hoch signifikant (LSS-Stichprobe bei  $N=26$  mit  $p=.0011$ ; MCS-Stichprobe bei  $N=123$  mit  $p<.0001$ ). Bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay reduzierten sich die Aufmerksamkeitsdefizite allerdings zunächst nur teilweise, nämlich von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=2.3$ . Anders als bei ADHS-Patient/innen verringerten sich jedoch Aufmerksamkeitsdefizite der ADS-Patient/innen nach der Therapie weiter von  $M_6=2.3$  um  $D_{6-7}=1.1$  auf  $M_7=1.2$ , d.h. bist auf das Niveau ( $M=1.2$ ) der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (vgl. Abb. 34).



**Abbildung 35:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung unkooperativen Verhaltens der ADS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 56)

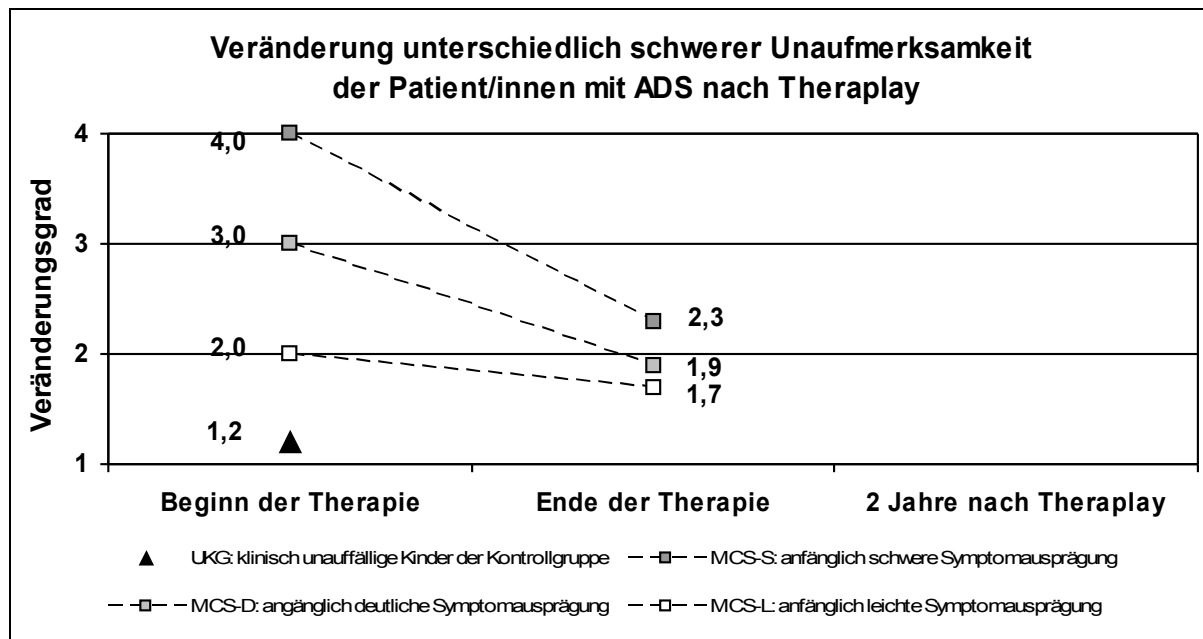


**Abbildung 36:** Klinisch signifikante Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Scheu der ADS-Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 55)

Unkooperatives Verhalten und soziale Scheu sind neben Antriebsminderung zwei häufige Begleitsymptome der ADS-Patient/innen. Sie reduzierten sich bereits bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_6$ ) auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder und blieben in den beiden Jahren nach der Therapie nachhaltig auf diesem Niveau. Spätestens ab diesem Zeitpunkt ( $t_7$ ) waren ADS-Patient/innen ähnlich aufmerksam wie die klinisch unauffälligen Kinder (vgl. Abbildung 35 und 36).

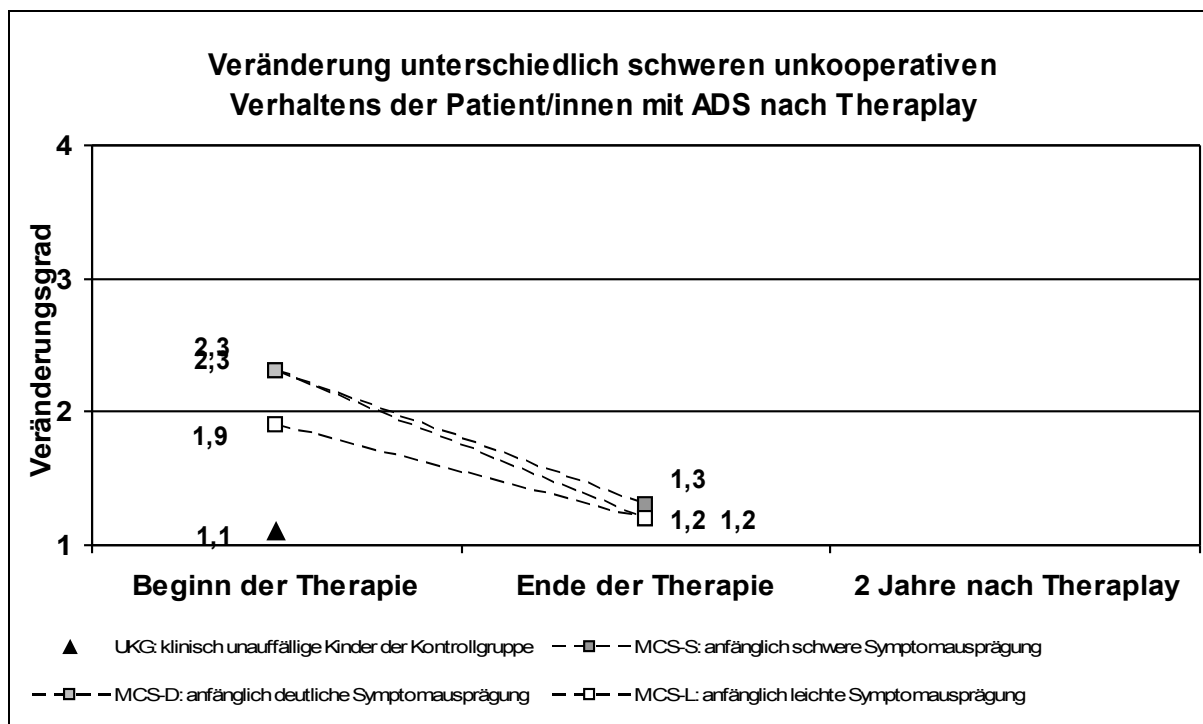
Für ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe liegen keine vergleichbaren Ergebnisse über Veränderungen der Aufmerksamkeitsdefizite nach Ende der Behandlung mit Theraplay vor, weil sie aufgrund des Prä-Post-Untersuchungsansatzes in den Jahren nach der Therapie nicht weiter beobachtet wurden.

**Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad von ADS.** Die Untersuchung der therapiebedingten Veränderung von schwer, deutlich bzw. leicht ausgeprägten Aufmerksamkeitsstörungen und unterschiedlich ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten wie unkooperatives Verhalten und Scheu machte deutlich, dass Theraplay auf eher *anlage- und umweltbedingte* Aufmerksamkeitsdefizite anders wirkt als auf eher vorwiegend *umweltbedingte* Verhaltensstörungen wie unkooperatives Verhalten oder soziale Scheu.



**Abbildung 37:** Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Unaufmerksamkeit der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 55)

Schwere, deutliche und leichte Aufmerksamkeitsstörungen wurden, obwohl anfangs sehr unterschiedlich schwer ausgeprägt, im Therapieverlauf gleichermaßen bis auf das Niveau leichter Symptomausprägungen verringert, aber eben nur bis auf dieses Niveau bleibender leichter Unaufmerksamkeit. Anfangs eher leichte Aufmerksamkeitsdefizite der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe besserten sich bis zum Ende der Therapie durch die Behandlung mit Theraplay nur noch wenig. Das gilt zumindest für die vorliegenden Daten der Prä-Post-Erhebung der MCS-Stichprobe. Aufgrund der Ergebnisse der LSS-Stichprobe kann jedoch angenommen werden, dass sich die Unaufmerksamkeit der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe auch noch weiter verringert hätte, wenn die Studie nach dem Ende der Therapie in der Katamnese noch weitergeführt worden wäre (vgl. Abbildung 37).

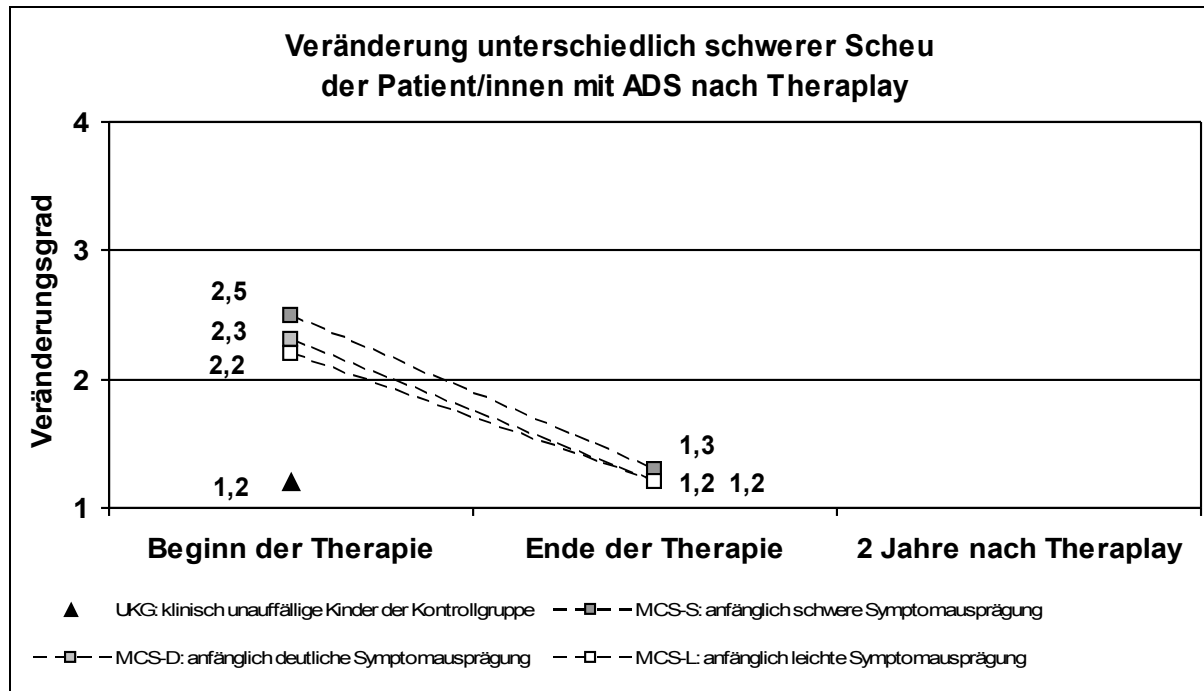


**Abbildung 38:** Positive Veränderung schwer, deutlich bzw. leicht unkooperativen Verhaltens der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 56)

Im Vergleich damit wurden Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise unkooperatives Verhalten und soziale Scheu, von denen die mehr oder weniger schwer ausgeprägten Aufmerksamkeitsstörungen der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe neben Symptomen anderer psychischer Störungen wie Antriebsminderung, autistoider Mangel an Empathie und sozialer Gegenseitigkeit sowie rezepptive und expressive Sprachstörungen



begleitet wurden, durch die Behandlung mit Theraplay bereits im Therapieverlauf bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kinder ( $M_1=1.1$  bzw.  $M_1=1.2$ ) verringert. Dabei gab es bereits vor Beginn der Therapie keine wirklich bedeutenden Unterschiede in der Symptomausprägung von Verhaltensauffälligkeiten, die ADS begleiteten (vgl. Abb. 38-39).



**Abbildung 39:** Positive Veränderung schwerer, deutlicher bzw. leichter Scheu der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (vgl. Tabelle 55)

**Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay auf ADS.** Tabelle 55 und Abbildung 34 zeigen, dass es zwischen Jungen (MCS-J:  $M_1=3.1$ ) und Mädchen (MCS-M:  $M_1=2.8$ ) vor Therapiebeginn (Zeitpunkt  $t_1$ ) keine wirklich gravierenden Unterschiede in der durchschnittlichen Ausprägung von Unaufmerksamkeitsdefiziten gab und dass diese durch die Behandlung mit Theraplay fast gleichartig verringert wurden, bei Jungen (um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=2.0$ ) und bei Mädchen (um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=1.9$ ).

**Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay auf ADS.** Die Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay wurde nur in der Längsschnittstudie (LSS) untersucht. Es wurde schon darauf eingegangen, dass der therapeutische Effekt bei ADS-Patient/innen nicht nur nachhaltig war, sondern dass sich deren Aufmerksamkeitsstörung in den zwei Jahren nach der Therapie bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kinder reduzierte. Sie besserte sich also, einmal angeregt, fortdauernd weiter (vgl. Tabelle 5 und Abbildung 34).

**Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf Begleitsymptome von ADS.** Als Beispiele für den Nebeneffekt der Wirkung von Theraplay auf Aufmerksamkeitsstörungen der ADS-Patient/innen wurden unkooperatives Verhalten, sozial zurückgezogenes Verhalten, Spielstörungen, Mangel an Selbstvertrauen und rezeptive Sprachstörungen untersucht. Abgesehen von den rezeptiven Sprachstörungen wurden diese Begleitsymptome zugleich mit der therapiebedingten Reduzierung der Aufmerksamkeitsstörungen im Therapieverlauf von ihrer vorher mehr oder weniger großen Ausprägung bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder verringert (vgl. Tabelle 56):

→Verringerung unkooperativen Verhaltens als Begleitsymptom von Unaufmerksamkeit:

UKG:  $M_1=1.1$

MCS: von  $M_1=2.2$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=1.3$

LSS: von  $M_1=2.2$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=1.3$  und um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=1.1$

→Verringerung

sozial zurückgezogenen Verhaltens als Begleitsymptom von Unaufmerksamkeit:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=1.7$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.2$

LSS: von  $M_1=1.6$  um  $D_{1-6}=0.4$  auf  $M_6=1.1$  und nachhaltig auf  $M_7=1.2$

→Verringerung von Spielstörungen als Begleitsymptom von Unaufmerksamkeit:

UKG:  $M_1=1.0$

MCS: von  $M_1=1.8$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.3$

LSS: von  $M_1=1.5$  um  $D_{1-6}=0.3$  auf  $M_6=1.2$  und nachhaltig bleibend auf  $M_7=1.2$

→Verringerung mangelnden Selbstvertrauens als Begleitsymptom von Unaufmerksamkeit:

UKG:  $M_1=1.0$ ;

MCS: von  $M_1=1.9$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=1.2$

LSS: von  $M_1=1.1$  um  $D_{1-6}=0.1$  auf  $M_6=1.0$  und nachhaltig auf  $M_7=1.0$  bleibend.

Die überraschende Tatsache, dass ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe von Anfang an kein mangelndes Selbstvertrauen zeigten, also Selbstvertrauen hatten, erklärt sich durch die Art dieser Stichprobe: Diese Patient/innen wurden im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum wegen ihrer *Sprachentwicklungsstörungen* vorgestellt, nicht wegen ihrer ADS. Ihre Aufmerksamkeitsdefizite haben offenbar ihr Selbstvertrauen nicht beeinträchtigt (vgl. Kapitel 3.2 mit Erläuterungen zur Art, Größe und Struktur der Stichproben).

**Tabelle 56: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens und mangelnden Selbstvertrauens als Begleitsymptome von ADS sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Therapy**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Unkooperatives Verhalten als Begleitsymptom von ADS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADS-Patienten	2.2	1.3	1.1	-0.9	1.2	0.7	0.3	<.0001	n.s.	1.00	0.40
■MCS	ADS-Patienten	2.2	1.3	-	-0.9	1.1	0.5	-	<.0001	-	1.10	-
▣MCS-S	schwere ADS	2.3	1.3	-	-1.0	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.20	-
▣MCS-D	deutliche ADS	2.3	1.2	-	-1.1	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.30	-
□MCS-L	leichte ADS	1.9	1.2	-	-0.7	1.0	0.5	-	0.0002	-	0.90	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADS	2.2	1.2	-	-1.0	1.2	0.4	-	<.0001	-	1.10	-
◆MCS-J	Jungen mit ADS	2.2	1.3	-	-0.9	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.00	-
<b>Spielgestörtes Verhalten als Begleitsymptom von ADS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADS-Patienten	1.5	1.2	1.2	-0.3	0.9	0.5	0.7	0.0169	n.s.	0.40	0.00
■MCS	ADS-Patienten	1.8	1.3	-	-0.5	1.0	0.5	-	<.0001	-	0.70	-
▣MCS-S	schwere ADS	2.5	1.4	-	-1.1	1.2	0.6	-	<.0001	-	1.20	-
▣MCS-D	deutliche ADS	1.7	1.3	-	-0.4	0.9	0.6	-	0.0008	-	1.30	-
□MCS-L	leichte ADS	1.4	1.1	-	-0.3	0.6	0.3	-	0.0102	-	0.70	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADS	1.7	1.3	-	-0.4	0.9	0.6	-	0.0008	-	0.50	-
◆MCS-J	Jungen mit ADS	1.9	1.3	-	0.6	1.1	0.5	-	<.0001	-	0.70	-
<b>Sozial zurückgezogenes Verhalten als Begleitsymptom von ADS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADS-Patienten	1.5	1.1	1.2	-0.4	0.9	0.3	0.5	0.0186	n.s.	0.70	0.30
■MCS	ADS-Patienten	1.7	1.2	-	-0.5	1.0	0.4	-	<.0001	-	0.70	-
▣MCS-S	schwere ADS	2.2	1.3	-	-0.9	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.00	-
▣MCS-D	deutliche ADS	1.6	1.2	-	-0.4	0.9	0.4	-	0.0003	-	0.60	-
□MCS-L	leichte ADS	1.5	1.1	-	-0.4	0.9	0.3	-	0.0037	-	0.70	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADS	1.7	1.1	-	-0.6	1.1	0.3	-	0.0005	-	0.70	-
◆MCS-J	Jungen mit ADS	1.7	1.2	-	-0.5	1.0	0.4	-	<.0001	-	0.70	-
<b>Mangelndes Selbstvertrauen als Begleitsymptom von ADS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADS-Patienten	1.1	1.0	1.0	-0.1	0.4	0.0	0.0	n.s.	n.s.	0.20	0.00
■MCS	ADS-Patienten	1.9	1.2	-	-0.7	1.1	0.5	-	<.0001	-	0.90	-
▣MCS-S	schwere ADS	2.2	1.3	-	-0.9	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.00	-
▣MCS-D	deutliche ADS	1.8	1.1	-	-0.7	1.1	0.4	-	<.0001	-	0.90	-
□MCS-L	leichte ADS	1.9	1.2	-	-0.7	1.1	0.6	-	<.0001	-	0.80	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADS	1.8	1.1	-	-0.7	1.0	0.4	-	<.0001	-	0.90	-
◆MCS-J	Jungen mit ADS	2.1	1.2	-	-0.9	1.2	0.5	-	<.0001	-	1.00	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

Rezeptive Sprachstörungen nehmen unter den Begleitsymptomen der ADS-Patient/innen eine Sonderstellung ein, nicht nur, weil sie wahrscheinlich Folge einer übersprungenen Entwicklungsstufe sein könnten, sondern weil, wie Knölker et al. (1999, S. 188) schreiben, ihre Ätiopathogenese auch von genetischen und/oder hirnrorganischen Faktoren bestimmt sein könnte und Theraplay, wie schon angedeutet wurde, auf eher anlage- und umweltbedingte Störungen weniger effektiv wirkt als auf erst nach der Geburt umweltbedingt erworbene Symptome wie beispielsweise Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Tabelle 57 und Kapitel 3.4.2 zum hypothetischen Modell der Wirkung von Theraplay). Rezeptive Sprachstörungen der ADS-Patient/innen wurden durch die Behandlung mit Theraplay nur begrenzt verringert, nämlich

MCS: von  $M_1=2.6$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=2.0$

LSS: von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=2.4$  und nachhaltig auf  $M_7=2.3$  bleibend.

Anders gesagt: Das Sprachverständnis der ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe wurde bis zum Ende der Therapie zwar angebahnt, es hat sich aber in den zwei Jahren nach Abschluss der Therapie nicht mehr gebessert (vgl. Tabelle 57):

**Tabelle 57: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung rezeptiver Sprachstörungen als Begleitsymptome von ADS sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standard- abweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Rezeptive Sprachstörung als Begleitsymptom der ADS</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	ADS-Patienten	3.0	2.4	2.3	-0.6	1.0	1.1	1.0	0.0132	n.s.	0.60	0.10
■MCS	ADS-Patienten	2.6	2.0	-	-0.6	1.1	1.0	-	<.0001	-	0.60	-
▣MCS-S	schwere ADS	3.1	2.2	-	-0.9	1.1	1.0	-	<.0001	-	0.90	-
▣MCS-D	deutliche ADS	2.7	2.0	-	-0.7	1.1	1.1	-	<.0001	-	0.60	-
□MCS-L	leichte ADS	2.1	1.7	-	-0.4	1.0	0.7	-	0.0207	-	0.50	-
◇MCS-M	Mädchen m. ADS	2.5	1.8	-	-0.7	1.1	0.9	-	0.0005	-	0.70	-
◆MCS-J	Jungen mit ADS	2.7	2.0	-	-0.7	1.2	1.0	-	<.0001	-	0.50	-

Anmerkungen: Erläuterung der Abkürzungen vgl. Tabellen 57.

Über die Weiterentwicklung der Begleitsymptome der ADS Patient/innen der MCS-Stichprobe liegen für die Zeit nach Ende der Therapie wegen des methodischen Ansatzes als Prä-Post-Untersuchung keine Werte vor.

**Möglicher Zusammenhang zwischen ADS und begleitenden Symptomen.** Anhand von Pearson Korrelationskoeffizienten wurde untersucht, welche der von Klinikern mit CASCAP-D diagnostizierten Symptome kennzeichnend für ADS sein könnten und mit welchen Symptomen anderer psychischer Störungen die Aufmerksamkeitsdefizite möglicherweise im Zusammenhang stehen (vgl. Tabelle 58).

**Kennzeichnende Begleitsymptome der ADS,** also der Aufmerksamkeitsdefizite ohne Hyperaktivität sind vorwiegend Antriebsarmut (Hypoaktivität), unkooperatives, sozial zurückgezogenes, scheues Verhalten, autistoider Mangel an Empathie und möglicherweise auch Artikulationsstörungen (vgl. Tabelle 58).

**Möglicher Zusammenhang zwischen ADS und anderen psychischen Störungen.** Rezeptive Sprachstörungen sind zwar vermutlich nicht kennzeichnend für ADS, aber es scheint, wie Tabelle 58 zeigt, einen klinisch bedeutsamen, statistisch hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Sprachverständnisstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen zu geben (LSS-Stichprobe:  $r=.57, p|r|= .0025$ ; MCS-Stichprobe:  $r=.32, p|r|= .0004$ ).

**Tabelle 58: Korrelation von ADS mit begleitenden Symptomen**

Begleitsymptome von Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADS) Erhebungszeitpunkt $t_1$ vor Beginn der Behandlung mit Theraplay								
Kernsymptom und relevante Begleitsymptome	Kennzeichnende Begleitsymptome des Kernsymptoms				Zusammenhang zwischen Kern- und Begleitsymptomen			
	●LSS N=60		■MCS N=333		●LSS N=26 von 60		■MCS N=123 von 333	
	<i>r</i>	<i>p r </i>	<i>r</i>	<i>p r </i>	<i>r</i>	<i>p r </i>	<i>r</i>	<i>p r </i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Kernsymptom:</b> unaufmerksam	<b><i>r</i>=1.00</b>		<b><i>r</i>= 1.00</b>		<b><i>r</i>=1.00</b>		<b><i>r</i>=1.00</b>	
antriebsarm	<i>r</i> = .32	0.0128	<i>r</i> = .36	<.0001	<i>r</i> = .12	n.s.	<i>r</i> = .32	0.0003
unkooperativ	<i>r</i> = -.27	0.0356	<i>r</i> = .12	0.0271	<i>r</i> = .44	0.0245	<i>r</i> = .13	n.s.
sozial zurückgezogen	<i>r</i> = -.02	n.s.	<i>r</i> = .05	n.s.	<i>r</i> = .30	n.s.	<i>r</i> = .22	0.0131
scheu	<i>r</i> = .24	n.s.	<i>r</i> = .25	<.0001	<i>r</i> = -.06	n.s.	<i>r</i> = .09	n.s.
autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit	<i>r</i> = -.16	n.s.	<i>r</i> = -.01	n.s.	<i>r</i> = .58	0.0021	<i>r</i> = .30	0.0007
unempathisch	<i>r</i> = -.30	0.0195	<i>r</i> = -.12	0.0241	<i>r</i> = .35	n.s.	<i>r</i> = .27	0.0027
rezeptiv sprachgestört	<i>r</i> = .05	n.s.	<i>r</i> = .15	0.0058	<i>r</i> = .57	0.0025	<i>r</i> = .32	0.0004
expressiv sprachgestört	<i>r</i> = -.11	n.s.	<i>r</i> = .12	0.0271	<i>r</i> = .45	0.0210	<i>r</i> = .36	<.0001
artikulationsgestört	<i>r</i> = .18	n.s.	<i>r</i> = .14	0.0136	<i>r</i> = .36	n.s.	<i>r</i> = .31	0.0005

Anmerkungen: SAS 9.1-Prozedur „Corr“; *r*=Korrelationskoeffizienten nach Pearson;  
*p*(*r*)=statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten; n.s.= statistisch nicht signifikant

Da nach Meinung maßgeblicher Autor/innen (u.a. Grimm, 1994, 1995, 2003) expressive Sprachstörungen eine Folge von rezeptiven Sprachstörungen sein können und beide zusammen eine ernsthafte Sprachentwicklungsstörung darstellen, erklären sich dadurch auch die signifikant erhöhten Koeffizienten der Korrelation zwischen expressiven Sprachstörungen und Aufmerksamkeitsdefiziten (LSS-Stichprobe:  $r=.45$ ,  $p|r|=.0210$ ; MCS-Stichprobe:  $r=.36$ ,  $p|r|<.0001$ ) (vgl. Tabelle 58).

Auch zwischen Antriebsarmut und ADS (LSS-Stichprobe:  $r=.12$ ,  $p|r|$  wegen kleiner Stichprobe von  $N=26$  noch nicht signifikant; MCS-Stichprobe:  $r=.32$ ,  $p=.0003$  hoch signifikant) sowie zwischen autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und ADS (LSS-Stichprobe:  $r=.58$ ,  $p=.0021$ ; MCS-Stichprobe:  $r=.30$ ,  $p=.0007$ ) bzw. zwischen autistoidem Mangel an Empathie und ADS (LSS-Stichprobe:  $r=.35$ ,  $p$  nicht signifikant; MCS-Stichprobe:  $r=.27$ ,  $p=.0027$ ) scheint ein bedeutsamer und in der größeren Stichprobe der MCS statistisch signifikanter Zusammenhang zu bestehen. Dagegen bleibt der Zusammenhang zwischen unkooperativem Verhalten und ADS (LSS-Stichprobe:  $r=.44$ ,  $p=.0245$ ; MCS-Stichprobe:  $r=.13$ ,  $p$  nicht signifikant) sowie zwischen sozial zurückgezogenem Verhalten und ADS (LSS-Stichprobe:  $r=.30$ ,  $p|$ nicht signifikant; MCS-Stichprobe:  $r=.22$ ,  $p=.0131$ ) unklar, da jeweils in einer der beiden Studien die gefundene Korrelation nicht durch die jeweils andere bestätigt wurde (vgl. Tabelle 58).

#### **3.3.4.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay auf ADHS und ADS (Therapiedauer)**

Zum Erreichen des Therapieziels waren bei Aufmerksamkeitsstörungen *mit* Hyperaktivität (ADHS) durchschnittlich mehr Therapiesitzungen notwendig als zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen *ohne* Hyperaktivität (ADS), nämlich

- ADHS-Patient/innen der LSS-Stichprobe durchschnittlich  $M=21.0$  ( $s=9.9$ ) Sitzungen,
- ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe durchschnittlich  $M=20.5$  ( $s=12.1$ ) Sitzungen,
- ADS-Patient/innen der LSS-Stichprobe durchschnittlich  $M=17.2$  ( $s=4.9$ ) Sitzungen,
- ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe durchschnittlich  $M=17.7$  ( $s=8.5$ ) Sitzungen.

Das deutet darauf hin, dass die Störungen der ADHS-Patient/innen komplexer und schwieriger zu therapieren waren als die der ADS-Patient/innen. Die Standardabweichungen weisen auch darauf hin, dass die Varianz der notwendigen Anzahl an Therapiesitzungen für ADHS-Patient/innen tendenziell größer war als für ADS-Patient/innen (vgl. Tabelle 59).

Dieser Unterschied wird noch deutlicher, wenn in der MCS-Stichprobe die ADHS- und ADS-Patient/innen mit *schweren* Aufmerksamkeitsdefiziten miteinander verglichen werden: Für die Behandlung von ADHS-Patient/innen mit schwerer Symptomausprägung (MCS-S) waren durchschnittlich 23.3 ( $s=13.0$ ), maximal 54 Therapiesitzungen zum Erreichen des Therapieziels notwendig im Vergleich mit durchschnittlich 21.1 ( $s=12.3$ ), maximal 45 Therapiesitzungen der ADS-Patient/innen. Bei ADS-Patient/innen mit deutlichen (MCS-D) und leichten Symptomausprägungen (MCS-L) zeigte sich die gleiche Tendenz, wenn auch die Differenz nicht ganz so ausgeprägt war wie bei den Patient/innen mit schweren Symptomen. Die gleiche Tendenz, dass ADHS-Patient/innen mehr Therapiesitzungen benötigten als ADS-Patient/innen, zeigte sich auch bei den Mädchen (MCS-M) und Jungen (MCS-J). Größer als der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen war jedoch die Differenz zwischen den notwendigen Therapiesitzungen bei Jungen mit ADHS ( $M=20.9$ ,  $s=12.5$ ) und bei Jungen mit ADS ( $M=17.4$ ,  $s=9.2$ ), was als Hinweis auf die größere Schwere von ADHS gegenüber ADS interpretiert werden kann (vgl. Tabelle 59).

**Tabelle 59: Therapiedauer der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS**

Stichproben		Durchschnittliche Therapiedauer Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen			
		minimal	maximal	durchschnittlich	Standard- Abweichung
<b>ADHS-Patient/innen</b>	<b>N</b>				
●LSS Längsschnittstudie	24	9	43	<b>21.0</b>	9.9
■MCS Multi-Center-Studie	127	6	60	<b>20.5</b>	12.1
▣MCS-S schwere Symptome	71	6	54	<b>23.3</b>	13.0
▣MCS-D deutliche Symptome	37	10	60	<b>17.3</b>	9.3
□MCS-L leichte Symptome	19	6	52	<b>16.5</b>	11.1
◇MCS-M Mädchen m. ADHS	29	6	41	<b>19.1</b>	10.6
◆MCS-J Jungen mit ADHS	98	6	60	<b>20.9</b>	12.5
<b>ADS-Patient/innen</b>	<b>N</b>				
●LSS Längsschnittstudie	26	10	31	<b>17.2</b>	4.9
■MCS Multi-Center-Studie	123	6	45	<b>17.7</b>	8.5
▣MCS-S schwere Symptome	32	7	45	<b>21.1</b>	12.3
▣MCS-D deutliche Symptome	57	6	38	<b>16.9</b>	6.3
□MCS-L leichte Symptome	34	6	30	<b>16.0</b>	6.5
◇MCS-M Mädchen mit ADS	45	7	41	<b>18.3</b>	7.3
◆MCS-J Jungen mit ADS	78	6	45	<b>17.4</b>	9.2

### **3.3.4.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit ADHS bzw. ADS auf Kind und Eltern aus der Sicht der Kliniker und der Eltern**

Die Tabellen 60 und 61 zeigen, wie geschulte Kliniker die Veränderung des Interaktionsverhaltens zwischen LSS-Patient/innen mit ADHS bzw. ADS und ihren Müttern im Vergleich mit dem Interaktionsverhalten der klinisch unauffälligen Kontrollkinder mit ihren Müttern (UKG) beurteilten.

Maßstab für das bei Kindern dieses Alters zu erwartende Interaktionsverhalten waren die klinisch unauffälligen Kontrollkinder mit ihren Müttern (UKG). Beide zeigten bei der gemeinsamen Lösung der gestellten Spielaufgaben ziemlich hohe positive Emotionalität (Mütter:  $M_1=5.0$ , Kinder:  $M_1=4.8$ ) und eine sehr gute Passung ( $M_1=5.5$  auf der 6-stufigen Intervallskala). Fast alle Mütter führten in den gemeinsamen Spielen die Interaktion ( $M_1=5.6$ ,  $s_1=0.6$ ) und das wurde von ihren Kindern fast durchweg akzeptiert ( $M_1=5.5$ ,  $s_1=0.7$ ). Es gab kaum Versuche der klinisch unauffälligen Kinder ( $M_1=1.4$  auf der 6-stufigen Skala,  $s_1=0.8$ ), die Führung zu übernehmen (vgl. Tabellen 60 und 61).

Das Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten, wenn die Mütter der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) das (videokontrollierte Therapie-)Spielzimmer verließen, ohne ihren Kindern eine Erklärung dafür zu geben, und nach einigen Minuten zurückkehrten (Methodik der H-MIM vgl. Kapitel 3.2), soll Maßstab sein, wie normale Kinder sich in einer solchen Situation verhalten würden.

Fast alle Mütter konnten ihre Kinder bereitwillig loslassen ( $M_1=5.8$  auf der 6-stufigen Skala,  $s_1=0.4$ ). Die meisten trennten sich einfühlsam von ihren Kindern ( $M_1=5.0$ ,  $s_1=0.9$ ). Auch die meisten klinisch unauffälligen Kinder konnten sich unbefangen von ihren Müttern lösen ( $M_1=5.3$ ,  $s_1=1.1$ ) und sich bereitwillig trennen ( $M_1=5.2$ ,  $s_1=1.2$ ), möglicherweise, weil viele von ihnen großes Vertrauen in die Rückkehr ihrer Mütter hatten ( $M_1=5.3$ ,  $s_1=1.1$ ).

Bei der Rückkehr ins Zimmer reagierten alle Mütter ( $M_1=6.0$ ,  $s_1=0.0$ ) sofort und die meisten von ihnen einfühlsam ( $M_1=5.1$ ,  $s_1=0.7$ ) auf die Reaktionen ( $M_1=5.2$ ,  $s_1=0.5$ ) ihrer sofort auf ihre Mütter zustrebenden Kinder (vgl. Tabelle 60).

Über das Vater-Kind-Interaktionsverhalten kann nicht berichtet werden, weil zu wenige Vater-Kind-Interaktionen mit der H-MIM systematisch beobachtet werden konnten.



**Tabelle 60:** Auswirkungen der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADHS auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker  
 Beobachtungsmethode: H-MIM, Notation: 6-stufige Skalierung der Items

Auswirkung der therapiebedingten Veränderung auf die Kind-Eltern-Interaktion	▲UKG Kontrollgr.		●LSS ADHS-Patient/innen der Längsschnittstudie							
	Beginn der Kontrollzeit $t_1$		Beginn der Therapie $t_1$	Ende der Therapie $t_6$	Veränderung $t_{1-6}$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Veränderung $t_{6-7}$			
Interaktion mit ADHS-Patient/in	N=30		N=24		N=24	N=24	N=17	N=17		
<b>Emotionalität beim Spielen</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Hohe Emotionalität des Kindes	4.8	0.9	3.1	1.1	4.1	0.9	+ 1.0	3.4	1.3	- 0.7
- Hohe Emotionalität der Mutter	5.0	0.9	3.8	1.2	4.4	0.9	+ 0.6	3.7	0.9	- 0.7
- Passung der Emotionalität in der Kind-Mutter-Interaktion	5.5	0.4	3.8	1.5	5.0	0.8	+ 1.2	4.8	0.8	- 0.2
<b>Führung im Spielen</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Kind führt die Spielinteraktion	1.4	0.8	2.1	1.4	2.1	1.0	± 0.0	1.5	0.9	- 0.6
- Mutter führt d. Spielinteraktion	5.6	0.6	5.2	1.0	5.4	0.8	+ 0.2	5.6	0.7	+ 0.2
- Kind akzeptiert Führung durch die Mutter in d. Spielinteraktion	5.5	0.7	3.4	1.7	4.0	1.7	+ 0.6	5.1	0.9	+ 1.1
<b>Trennungsstress für Kinder</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter nur schwer trennen	2.0	1.3	3.3	1.6	2.7	1.5	- 0.6	2.5	1.1	- 0.2
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter bereitwillig trennen	5.2	1.2	3.8	1.7	4.5	1.6	+ 0.7	5.0	0.9	+ 0.5
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter unbefangen lösen	5.3	1.1	3.7	1.4	4.5	1.3	+ 0.8	4.9	1.0	+ 0.4
- Kind hat offensichtlich großes Vertrauen in die Mutter	5.3	1.1	3.9	1.8	4.6	1.3	+ 0.7	4.5	1.1	- 0.1
<b>Trennungsstress für Mütter</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Mutter kann sich offensichtlich vom Kind nur schwer trennen	1.1	0.4	2.1	1.5	1.5	0.8	- 0.6	1.2	0.4	- 0.3
- Mutter kann das Kind bei der Trennung bereitwillig loslassen	5.8	0.4	5.1	1.5	5.2	1.1	+ 0.1	5.1	1.5	- 0.1
- Mutter kann sich von ihrem Kind einfühlsam trennen	5.0	0.9	4.5	1.1	4.7	1.1	+ 0.2	4.8	0.8	+ 0.1
<b>Wiedervereinigungsverhalten</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Mutter reagiert bei Rückkehr ins Zimmer sofort auf die Reaktionen ihres Kindes	6.0	0.0	6.0	0.0	5.8	1.1	- 0.2	5.9	0.3	+ 0.1
- Mutter ist bei ihrer Rückkehr ins Zimmer sehr einfühlsam	5.1	0.7	4.7	0.8	4.7	1.2	± 0.0	4.9	0.6	+ 0.2
- Kind strebt bei Rückkehr der Mutter sofort auf diese zu	5.2	0.5	4.5	1.6	5.1	0.8	+ 0.6	5.2	0.9	+ 0.1
- Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter vollkommen	1.0	0.0	1.5	1.0	1.5	1.2	± 0.0	1.2	0.6	- 0.3

Anmerkung: Erhebungsmethode: Heidelberg Marschak Interaktions-Methode (H-MIM)  
 Es werden nur Ergebnisse für Mütter dargestellt, weil viele Väter nicht zur Untersuchung erschienen.

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit ADHS auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern aus der Sicht der Kliniker.** Die ADHS-Patient/innen und ihre Mütter verhielten sich in der

gleichen Situation deutlich anders: Ihr gemeinsames Spielen zur Lösung der gestellten Aufgaben war zu Beginn der Therapie (Zeitpunkt  $t_1$ ) kaum von positiver Emotionalität begleitet (Mütter:  $M_1=3.8$ ,  $s_1=1.2$ ; Kinder  $M_1=3.1$ ,  $s_1=1.1$ ), wie überhaupt die emotionale Passung in der Mutter-Kind-Interaktion von den Klinikern mit größerer Varianz, aber durchschnittlich als eher mäßig beurteilt wurde ( $M_1=3.8$ ,  $s_1=1.5$ ). Die meisten der Mütter versuchten im Spiel zu führen ( $M_1=5.2$ ,  $s_1=1.0$ ), aber viele der ADHS-Patient/innen akzeptierten das nicht ( $M_1=3.4$ ,  $s_1=1.7$ ). Ein Teil von ihnen versuchte, selbst die Führung zu übernehmen ( $M_1=2.1$ ,  $s_1=1.4$ ).

In der Trennungs- und Wiedervereinigungssituation zeigte ein Teil der Mütter bei der Trennung keine besondere Einfühlung ( $M_1=4.5$ ,  $s_1=1.1$ ). Einigen fiel die Trennung offenbar etwas schwer ( $M_1=2.1$ ,  $s_1=1.5$ ), aber die meisten Mütter konnten ihre Kinder bereitwillig loslassen ( $M_1=5.1$ ,  $s_1=1.5$ ). Dagegen fiel es nicht wenigen der ADHS-Kinder schwer, sich von ihren Müttern zu trennen ( $M_1=3.3$ ,  $s_1=1.6$ ), möglicherweise, weil ein Teil von ihnen nicht genügend Vertrauen in die Rückkehr ihrer Mütter hatte ( $M_1=3.9$ ,  $s_1=1.8$ ). Allerdings deutet die Varianz auf nennenswerte Unterschiede hin. Die Mütter der ADHS-Kinder konnten bereitwilliger loslassen ( $M_1=5.3$ ,  $s_1=1.1$ ), jedoch manche nicht besonders einfühlsam ( $M_1=4.5$ ,  $s_1=1.1$ ). Die Trennungswilligkeit und die Trennungsunbefangenheit der ADHS-Patient/innen besserte sich jedoch bis zum Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_6$ ) und in den beiden Jahren danach (Zeitpunkt  $t_7$ ) von  $M_1=3.8$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=4.5$  und weiter um  $D_{6-7}=0.7$  auf  $M_7=5.0$ . Auch bei den Müttern nahm die Einfühlsamkeit in der Trennungssituation bis zum Ende der Therapie und in den zwei folgenden Jahren etwas zu von  $M_1=4.5$  um  $D_{1-6}=0.2$  auf  $M_6=4.7$  und weiter um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=4.8$ , wobei diese geringen Verbesserung der Einfühlung auch Zufallsdifferenzen der einschätzenden Kliniker sein können, denn die Bereitwilligkeit der Mütter, sich von ihren Kindern zu trennen, blieb auf hohem Niveau ( $M_1=5.1$ ,  $M_6=5.2$  und  $M_7=5.1$ ) nahezu unverändert (vgl. Tabelle 60).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit ADS auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern aus der Sicht der Kliniker.** Die Kinder mit ADS, von denen viele eher antriebsarm waren und sich scheu, sozial zurückgezogen und vielleicht deshalb unkooperativ verhielten, entwickelten sich in ihrem Interaktions-, Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten im Verlauf der Behandlung mit Theraplay und vor allen Dingen in den beiden Jahren nach der Therapie tendenziell besser als die ADHS-Patient/innen (vgl. Tabelle 61).

**Tabelle 61: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADS auf die Mutter-Kind-Interaktionen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker**

Auswirkung der therapiebedingten Veränderung auf die Kind-Eltern-Interaktionen	▲UKG Kontrollgr.		●LSS ADS-Patient/innen der Längsschnittstudie							
	Beginn der Kontrollzeit $t_1$		Beginn der Therapie $t_1$		Ende der Therapie $t_6$		Veränderung $t_{1-6}$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$		Veränderung $t_{6-7}$
	N=30		N=26		N=26		N=26	N=17		N=17
<b>Emotionalität beim Spielen</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Hohe Emotionalität des Kindes	4.8	0.9	3.1	1.1	3.3	1.1	+ 0.2	3.9	1.3	+ 0.6
- Hohe Emotionalität der Mutter	5.0	0.9	3.6	1.1	3.6	1.1	± 0.0	4.0	1.0	+ 0.4
- Passung der Emotionalität in der Kind-Mutter-Interaktion	5.5	0.4	4.1	1.3	4.6	1.1	+ 0.5	5.3	0.7	+ 0.7
<b>Führung im Spielen</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Kind führt die Spielinteraktion	1.4	0.8	2.6	1.3	2.2	1.1	- 0.4	1.4	0.8	- 0.8
- Mutter führt d. Spielinteraktion	5.6	0.6	4.7	0.9	5.3	0.6	+ 0.6	5.4	1.0	+ 0.1
- Kind akzeptiert Führung durch die Mutter in d. Spielinteraktion	5.5	0.7	3.9	1.0	4.8	1.0	+ 0.9	5.1	1.4	+ 0.3
<b>Trennungsstress für Kinder</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter nur schwer trennen	2.0	1.3	3.4	1.6	2.5	1.2	- 0.9	2.6	1.3	+ 0.1
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter bereitwillig trennen	5.2	1.2	3.6	1.6	4.8	1.2	+ 1.2	4.4	1.4	- 0.4
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter unbefangen lösen	5.3	1.1	3.7	1.6	4.8	1.1	+ 1.1	4.5	1.4	- 0.3
- Kind hat offensichtlich großes Vertrauen in die Mutter	5.3	1.1	3.5	1.7	4.4	1.7	+ 0.9	4.8	1.5	+ 0.4
<b>Trennungsstress für Mütter</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Mutter kann sich offensichtlich vom Kind nur schwer trennen	1.1	0.4	2.1	1.2	2.0	1.1	- 0.1	1.2	0.4	- 0.8
- Mutter kann das Kind bei der Trennung bereitwillig loslassen	5.8	0.4	5.1	1.1	5.2	1.0	+ 0.1	5.9	0.3	+ 0.7
- Mutter kann sich von ihrem Kind einfühlsam trennen	5.0	0.9	4.4	1.1	4.5	1.3	+ 0.1	4.6	0.8	+ 0.1
<b>Wiedervereinigungsverhalten</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$D_{1-6}$	$M_7$	$s_7$	$D_{6-7}$
- Mutter reagiert bei Rückkehr ins Zimmer sofort auf die Reaktionen ihres Kindes	6.0	0.0	5.9	0.3	5.9	0.4	± 0.0	5.9	0.5	± 0.0
- Mutter ist bei ihrer Rückkehr ins Zimmer sehr einfühlsam	5.1	0.7	4.7	1.0	4.8	0.8	+ 0.1	5.0	0.9	+ 0.2
- Kind strebt bei Rückkehr der Mutter sofort auf diese zu	5.2	0.5	4.9	1.0	5.1	0.9	+ 0.2	4.9	1.2	- 0.2
- Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter vollkommen	1.0	0.0	1.3	0.6	1.3	0.9	± 0.0	1.0	0.0	- 0.3

Anmerkung: Erhebungsmethode: Heidelberg Marschak Interaktions-Methode (H-MIM).  
 Beobachtungsmethode: H-MIM, Notation: 6-stufige Skalierung der Items  
 Es werden nur Ergebnisse für Mütter dargestellt, weil viele Väter nicht zur Untersuchung erschienen.

So nahm die in der spielerischen Interaktion zwischen den ADS-Patient/innen und ihren Müttern von den Kindern gezeigte positive Emotionalität und die emotionale Passung

zwischen den Müttern und ihren Kindern, das Führungsverhalten der Mütter und besonders die Akzeptanz der mütterlichen Führung durch die Kinder im Verlauf der Therapie und in den beiden Jahren nach der Behandlung mit Theraplay zu und zugleich die anfängliche Neigung eines Teils der ADS-Kinder, im Spiel die Führung übernehmen zu wollen, deutlich ab:

- Emotionalität der Kinder ( $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=0.2$  auf  $M_6=3.3$  um  $D_{6-7}=0.6$  auf  $M_7=3.9$ )
- Emotionale Passung beider ( $M_1=4.1$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=4.6$  um  $D_{6-7}=0.7$  auf  $M_7=5.3$ )
- Führung durch die Mütter ( $M_1=4.7$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=5.3$  um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=5.43$ )
- Akzeptanz mütterlicher Führung ( $M_1=3.9$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=4.8$  um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=5.1$ )
- Führungsanspruch des Kindes ( $M_1=2.6$  um  $D_{1-6}=-0.4$  auf  $M_6=2.2$  um  $D_{6-7}=-0.8$  auf  $M_7=1.4$ ).

**Tabelle 62: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADHS bzw. ADS auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern**

Aus der Sicht der Elternteile	aus der Sicht der Mütter			aus der Sicht der Väter		
	Ende der Therapie $t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Veränderung $t_6-t_7$	Ende der Therapie $t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Veränderung $t_6-t_7$
<b>Eltern der Patient/innen mit ADHS</b>						
<b>Das Kind hat sich verbessert</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6-7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6-7}$
in seiner Aufmerksamkeit	5,1 0.7	5.3 0.8	+ 0.2	4.5 0.7	5.0 0.5	+ 0.5
in seiner Selbstsicherheit	4.7 1.1	4.9 1.0	+ 0.2	4.2 1.4	5.1 0.8	+ 0.9
in seinem Selbstbewusstsein	4.4 1.3	5.1 0.7	+ 0.7	4.6 0.8	5.0 0.8	+ 0.4
im Umgang mit seinen Gefühlen	4.5 1.1	4.7 1.1	+ 0.2	4.7 0.8	4.5 0.8	- 0.2
im Umgang mit Missgeschicken	4.3 1.1	4.5 1.0	+ 0.2	4.6 0.9	4.7 0.7	+ 0.1
im Mut, es ist mutiger geworden	4.5 1.1	4.5 1.2	± 0.0	4.6 1.0	5.1 0.7	+ 0.5
im Kontakt mit anderen.	4.7 0.8	4.9 1.0	+ 0.2	4.3 0.7	5.3 0.7	+ 1.0
im Aufnehmen von Kontakten	4.3 1.3	5.1 0.8	+ 0.8	4.1 1.2	5.2 0.8	+ 1.1
<b>Eltern der Patient/innen mit ADS</b>						
<b>Das Kind hat sich verbessert</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6-7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6-7}$
in seiner Aufmerksamkeit	4.7 1.0	4.7 0.6	± 0.0	4.7 0.7	4.5 0.5	- 0.2
in seiner Selbstsicherheit	4.8 0.7	4.8 0.5	± 0.0	4.5 1.2	4.9 0.8	+ 0.4
in seinem Selbstbewusstsein	4.6 1.0	4.9 0.6	+ 0.3	4.7 0.8	4.9 0.3	+ 0.2
im Umgang mit seinen Gefühlen	4.7 0.9	4.7 1.0	± 0.0	4.4 0.8	4.8 0.9	+ 0.4
im Umgang mit Missgeschicken	4.3 0.9	4.4 1.2	+ 0.1	4.5 0.9	4.9 0.7	+ 0.4
im Mut, es ist mutiger geworden	4.7 0.9	5.2 0.7	+ 0.5	4.8 1.0	4.8 0.8	± 0.0
im Kontakt mit anderen	4.7 0.9	4.8 0.8	+ 0.1	4.5 0.7	4.8 0.8	+ 0.3
im Aufnehmen von Kontakten	4.5 1.0	4.8 0.6	+ 0.3	4.0 1.2	4.8 0.9	+ 0.8
Anmerkungen: $M_6, s_6; M_7 s_7$ = Mittelwerte auf einer 6-stufigen Skala und deren Standardabweichungen nach der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkte $t_6$ und $t_7$ ).						

**Auswirkung der Behandlung mit Theraplay auf die Kinder mit ADHS bzw. ADS aus der Sicht der Eltern.** Die Aufmerksamkeit der ADHS-Patient/innen besserte sich nach Meinung ihrer Mütter bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay auf einen offenbar die meisten Mütter mit geringer Varianz zufriedenstellenden Aufmerksamkeitsgrad ( $M_6=5.1$  auf

der 6-stufigen Skala,  $s_6=0.7$ ), der sich nach Ende der Therapie aus Sicht der Mütter allerdings nur noch wenig (von  $M_6=5.1$  um  $D_{6.7}=0.2$  auf  $M_7=5.3$ ) weiter besserte. Die Väter sahen bei ihren Kindern nach der Therapie zwar auch eine gebesserte Aufmerksamkeit, aber nicht so positiv wie ihre Frauen. Nach der Väter Meinung besserte sich die Aufmerksamkeit ihrer Kinder (von  $M_6=4.7$  um  $D_{6.7}=0.5$  auf  $M_7=5.0$ ) erst wirklich in den zwei Jahren nach der Behandlung mit Theraplay (vgl. Tabelle 62). Außerdem wurde von Müttern und Vätern besonders die Besserung der Selbstsicherheit (Mütter von  $M_6=4.7$  um  $D_{6.7}=0.2$  auf  $M_7=4.9$ ; Väter von  $M_6=4.2$  um  $D_{6.7}=0.9$  auf  $M_7=5.1$ ) und der gewachsene Kontakt zu anderen (Mütter von  $M_6=4.7$  um  $D_{6.7}=0.2$  auf  $M_7=4.9$ ; Väter von  $M_6=4.3$  um  $D_{6.7}=1.0$  auf  $M_7=5.3$ ) der anfangs oft antriebsarmen, scheuen ADS-Kinder betont. Offenbar nahm die Bereitschaft der ADS-Kinder, Kontakt zu anderen aufzunehmen, aus Sicht der Mütter und der Väter erst nach der Therapie deutlich zu (Mütter von  $M_6=4.3$  um  $D_{6.7}=0.8$  auf  $M_7=5.1$ ; Väter von  $M_6=4.1$  um  $D_{6.7}=1.1$  auf  $M_7=5.2$ ). Aus Sicht der Väter nahm nach der Therapie auch der Mut ihrer Kinder von  $M_6=4.6$  um  $D_{6.7}=0.5$  auf  $M_7=5.1$  zu (vgl. Tabelle 62).

Die bei den ADS-Patient/innen im Verlauf der Behandlung mit Theraplay erreichte Verbesserung ihrer Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit, ihres Umgangs mit den eigenen Gefühlen und mit Missgeschicken wie auch ihre Offenheit für den Kontakt mit anderen wurde von ihren Müttern und Vätern moderater eingeschätzt als manche dieser Kriterien aus Sicht der Mütter und Väter der ADHS-Kinder. Mütter fanden, dass nach der Therapie der Mut ihrer Kinder noch weiter zugenommen hatte von  $M_6=4.7$  um  $D_{6.7}=0.5$  auf  $M_7=5.2$ , während Väter das offenbar nicht so sahen. Aus Sicht der Väter der ADS-Patient/innen nahm dagegen die Bereitschaft ihrer Kinder zu, Kontakt zu anderen aufzunehmen (von  $M_6=4.0$  um  $D_{6.7}=0.8$  auf  $M_7=4.8$ ), was letztlich auch als ein Ausdruck für die Zunahme ihres Mutes gesehen werden kann. Generell zeigten jedoch ADS-Patient/innen aus Sicht ihrer Eltern nach der Behandlung mit Theraplay weniger Weiterentwicklung als die ADHS-Patient/innen aus Sicht ihrer Eltern (vgl. Tabelle 62).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit ADHS bzw. ADS auf die Eltern aus der Sicht der Eltern.** Ein nennenswerter Anteil der Mütter und Väter von ADHS-Patient/innen waren der Ansicht, dass die Behandlung ihres Kindes sowohl ihrem Kind als auch ihnen selbst geholfen habe:

- Die Meinung der Mütter:  $M_6=4.8$  ohne weitere Änderung in den nachfolgenden Jahren,
- die Meinung der Väter: Nach zwei Jahren von  $M_6=4.5$  um  $D_{6.7}=0.4$  auf  $M_7=4.9$  zunehmend .

Für die Mütter der ADHS-Patient/innen waren zwei Aspekte besonders wichtige Veränderungen im Zusammenhang mit der Behandlung ihrer Kinder mit Theraplay,

1. dass sie als Mütter sich von der Therapeutin akzeptiert fühlten,  
ein Gefühl, das zwei Jahre nach Ende der Therapie ihrer Kinder noch zugenommen hatte  
(Mütter: von  $M_6=5.5$  um  $D_{6,7}=0.3$  auf  $M_7=5.1$ ; Väter: von  $M_6=4.2$  um  $D_{6,7}=1.2$  auf  $M_7=5.4$ ,
2. dass sie als Mütter mit ihrem Kind nach dessen Therapie besser umgehen konnten.  
Auf einem etwas niedrigeren Niveau galt das auch für die Väter,

Dieses gute Gefühl, dass sie nach der Behandlung ihres Kindes besser mit ihm umgehen konnten, verlor sich jedoch bei Müttern und Vätern in den beiden Jahren nach der Therapie wieder: Mütter: von  $M_6=5.1$  um  $D_{6,7}=-1.0$  auf  $M_7=4.1$ ; Väter: von  $M_6=4.7$  um  $D_{6,7}=0.5$  auf  $M_7=4.2$ ) (vgl. Tabelle 63).

**Tabelle 63: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit ADHS bzw. ADS auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern**

Auswirkungen aus der Sicht der Elternteile: Für mich hat sich verbessert....	... aus der Sicht der Mutter			... aus der Sicht des Vaters		
	Ende der Therapie $t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Verän- derung $t_6-t_7$	Ende der Therapie $t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Verän- derung $t_6-t_7$
<b>Eltern der Patienten mit ADHS</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6,7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6,7}$
Die Therapie hat dem Kind und mir geholfen	4.8 1.6	4.8 1.4	± 0.0	4.5 1.4	4.9 1.6	+ 0.4
Ich habe das Gefühl, ich wurde von der Therapeutin akzeptiert	5.5 0.8	5.8 0.4	+ 0.3	4.2 1.7	5.4 0.7	+ 1.2
Durch die Therapie wurde meine elterlich Sicherheit gestärkt	4.0 1.9	3.6 1.9	- 0.4	3.8 1.6	3.7 1.6	- 0.1
Ich fühle mich merklich entlastet	4.3 1.3	4.2 1.0	- 0.1	4.3 1.0	4.4 1.5	+ 0.1
kann in schwierigen Situationen mit Kind entspannter umgehen	4.6 1.6	3.9 1.3	- 0.7	4.9 0.9	4.2 1.5	- 1.7
kann mit Kind besser umgehen	5.1 1.3	4.1 1.8	- 1.0	4.7 1.0	4.2 1.5	- 0.5
Bindung mit Kind ist verbessert	4.1 1.8	3.4 2.0	- 0.7	4.3 1.1	3.6 1.5	- 0.7
<b>Eltern der Patienten mit ADS</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6,7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$D_{6,7}$
Die Therapie hat dem Kind und mir geholfen	5.0 1.3	5.5 0.5	+ 0.5	4.0 1.5	4.0 1.5	- 0.5
Ich habe das Gefühl, ich wurde von der Therapeutin akzeptiert	5.2 1.1	5.6 0.6	+ 0.4	4.7 1.6	5.5 0.5	+ 0.8
Durch die Therapie ist meine elterliche Sicherheit gestärkt	3.9 1.6	4.4 1.6	+ 0.5	4.0 1.9	3.8 1.4	- 0.2
Ich fühle mich merklich entlastet	4.0 1.5	4.7 1.5	+ 0.7	3.4 1.7	3.7 1.6	+ 0.3
kann in schwierigen Situationen mit Kind entspannter umgehen	4.7 1.6	4.5 1.5	- 0.2	4.4 1.5	3.4 1.9	- 1.0
kann mit Kind besser umgehen	4.7 1.5	4.4 1.6	- 0.3	4.2 1.6	3.8 1.5	- 0.4
Bindung mit Kind ist verbessert	3.8 1.8	3.9 2.1	+ 0.1	4.0 1.9	3.7 1.8	- 0.3

Anmerkungen:  $M_6, s_6; M_7, s_7$  = Mittelwerte auf einer 6-stufigen Skala und deren Standardabweichungen nach der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkte  $t_6$  und  $t_7$ ).

Auch einige andere Aspekte, die den Eltern unmittelbar nach Abschluss der Behandlung ihres Kindes angemessen positiv erschienen, verloren in den zwei Jahren nach der Therapie an Glanz, möglicherweise infolge von Gewöhnung oder des Erlebens, dass zwar

die Aufmerksamkeit und die Verhaltensweisen ihres durch ADHS belasteten Kindes sich besserten, aber die eher anlage- und umweltabhängigen Symptome der hyperkinetischen Störung persistierten oder rezidierten (vgl. Tabelle 63).

Nach Abschluss der Behandlung ihrer Kinder mit Theraplay waren deutlich mehr Mütter der Kinder mit ADS als mit ADHS der Meinung, dass die Therapie sowohl ihren Kindern als auch ihnen selbst geholfen habe. Dieses gute Gefühl nahm in den beiden Jahren nach der Therapie sogar noch deutlich zu, und zwar von  $M_6=5.0$  um  $D_{6,7}=0.5$  auf  $M_7=5.5$  mit einer vergleichsweise kleinen Varianz von  $s_7=0.5$ ). Väter drückten direkt nach Abschluss der Therapie dieses Gefühl deutlich seltener ( $M_6=4.0$ ) aus (vgl. Tabelle 63).

Mütter hatten nach der Behandlung ihrer aufmerksamkeitsgestörten Kinder auch mehr als Väter den Eindruck, dass sie nun besser ( $M_6=4.7$ ) und in schwierigen Situationen entspannter ( $M_6=4.7$ ) mit ihrem Kind und dessen ADS umgehen konnten. Dieses gute Gefühl war zwei Jahre nach Ende der Therapie bei den Müttern, mehr noch bei den Vätern, nicht mehr so deutlich ausgeprägt (vgl. Tabelle 63).

#### **3.3.4.10 Zusammenfassung**

**Beschreibung der Symptomatik.** Aufmerksamkeitsstörungen sind zu unterscheiden in Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) und Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen ohne Hyperaktivität (ADS). Nach ICD-10 werden Aufmerksamkeitsstörungen den Hyperkinetischen Störungen subsumiert. Nach DSM-IV sollen sie codiert werden als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen eines vorwiegend unaufmerksamen Typus, eines Mischtypus von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität und eines vorwiegend hyperaktiven, impulsiven Typus. Beide Klassifikationssysteme psychischer Störungen geben also nur Kodierungen für Aufmerksamkeitsstörungen *mit* Hyperaktivität an, aber keine für Aufmerksamkeitsstörungen *ohne* Hyperaktivität. Der Unterschied zwischen den beiden Formen von Aufmerksamkeitsstörungen ist jedoch bedeutsam: ADHS wird von *drei* Kernsymptomen geprägt, nämlich von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die von einer großen Zahl anderer Symptome begleitet werden. ADS wird dagegen nur von *einem* Kernsymptom geprägt, nämlich von Unaufmerksamkeit, die bei ADS überwiegend von ganz anderen Symptomen als bei ADHS begleitet wird.

**Art und Größe der Stichproben.** In den zufällig angefallenen Stichproben der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) und der Multi-Center-Studie (MCS) wurden etwa zur Hälfte Patient/innen mit ADHS und zur anderen Hälfte Patient/innen mit ADS diagnostiziert.

Das deutet darauf hin, dass auch ADS eine große Bedeutung haben könnte, obwohl in den beiden Klassifikationssystemen nicht einmal eine Kodierung dafür vorgesehen ist. 24 (40%) der 60 Patient/innen der LSS- und 127 (38%) der 333 Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten ADHS und 26 (43%) der 60 Patient/innen der LSS- und 123 (37%) der 333 Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten ADS. Von den 127 Patient/innen mit ADHS in der MCS-Stichprobe hatten 71 (56%) eine schwere, 37 (29%) eine deutliche und 19 (15%) eine leichte Symptomatik. Von den 123 Patient/innen mit ADS in der MCS-Stichprobe hatten 32 (26%) schwere, 57 (46%) deutliche und 34 (28%) leichte Aufmerksamkeitsdefizite. Von den 30 klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe zeigten drei ebenfalls leichte Symptome von ADHS und vier leichte Symptome von ADS, die jedoch als nicht behandlungsbedürftig eingeschätzt wurden.

**Geschlechtsspezifische Unterschiede.** Aufmerksamkeitsdefizite werden wie viele andere psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit bei Jungen deutlich häufiger als bei Mädchen diagnostiziert, in den beiden vorliegenden Feldstudien etwa in der Relation 70% Jungen zu 30% Mädchen. Es gab aber tendenzielle Unterschiede zwischen ADHS- und ADS-Patient/innen. ADHS-Patient/innen waren noch mehr jungenlastig als ADS-Patient/innen. 19 (79%) der 24 ADHS-Patient/innen in der LSS-Stichprobe und 98 (77%) der 127 ADHS-Patient/innen in der MCS-Stichprobe waren Jungen. Entsprechend gab es in der LSS-Stichprobe nur 5 (21%) und in der MCS-Stichprobe 29 (23%) Mädchen mit ADHS. 18 (69%) der 26 Patient/innen mit ADS in der LSS-Stichprobe und 78 (63%) der 123 ADS-Patient/innen in der MCS-Stichprobe waren Jungen. Entsprechend gab es in der LSS-Stichprobe nur 8 (31%) und in der MCS-Stichprobe 45 (37%) Mädchen mit ADS.

**Entwicklungsstand der Kinder.** Auch bei der Einschätzung des allgemeinen Entwicklungsstandes gab es Unterschiede zwischen ADHS- und ADS-Patient/innen. Grundsätzlich waren zum Zeitpunkt des Erstkontaktes beide, die Patient/innen mit ADHS und mit ADS, weniger entwickelt als die klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe. Die Kinder mit ADS waren jedoch visu-motorisch, kognitiv und insbesondere sozial-emotional deutlich noch weniger entwickelt als die Kinder mit ADHS. Der größere Entwicklungsrückstand der ADS-Patient/innen im Vergleich mit den ADHS-Patient/innen ist ein weiterer Hinweis darauf, dass zwischen diesen beiden Formen der Aufmerksamkeitsdefizitstörungen bedeutsame Unterschiede bestehen. Diese wurden u.a. an den unterschiedlichen Begleitsymptomen untersucht.

**Begleitsymptome bei ADHS.** Das Störungsbild der 24 ADHS-Patient/innen der LSS- bzw. der 127 ADHS-Patient/innen der MCS-Stichprobe wurde vor allem dadurch geprägt,



dass sie alle nicht nur unter Aufmerksamkeitsdefiziten, sondern alle auch unter Hyperaktivität und 75% bzw. 84% auch unter Impulsivität litten. Diese ADHS-Kernsymptome wurden vornehmlich von Symptomen störenden Sozialverhaltens, von Sprachentwicklungsstörungen und von den typischen Verhaltensmustern hyperaktiver Kinder begleitet. Bezogen auf die ADHS-Patient/innen der LSS- bzw. der MCS-Stichprobe wurde bei jeweils 83% unkooperatives, bei 58% bzw. 78% oppositionell verweigerndes, bei 38% bzw. 61% kasperndes und bei 20% bzw. 41% zeitweilig auch aggressives Verhalten beobachtet. In beiden Stichproben hatten 83% der ADHS-Patient/innen Artikulationsstörungen und 83% bzw. 76% Sprachverständnisstörungen. 46% bzw. 54% der ADHS-Patient/innen waren spielgestört. 33% der MCS-Stichprobe waren misstrauisch und 28% hatten einen Mangel an Empathie. Besonders hoch ausgeprägt waren anfangs die Kernsymptome der ADHS, nämlich Aufmerksamkeitsdefizite mit durchschnittlich  $M_1=3.1$  bzw.  $M_1=3.4$ , in schweren Fällen mit  $M_1=4.0$  auf der 4-stufigen Dimensionalisierung von CASCAP-D und Hyperaktivität mit  $M_1=3.1$  bzw.  $M_1=3.4$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.5$ . Aber auch einige der Begleitsymptome zeigten hohe Ausprägungen, z.B. unkooperatives Verhalten mit durchschnittlich  $M_1=2.9$  in beiden Stichproben, in schweren Fällen mit  $M_1=3.2$ , rezeptive Sprachstörungen mit durchschnittlich  $M_1=2.8$  bzw.  $M_1=2.6$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.1$  und Artikulationsstörungen mit  $M_1=2.5$  bzw.  $M_1=2.7$ , in schweren Fällen mit  $M_1=2.9$ .

**Begleitsymptome bei ADS.** ADS-Patient/innen der LSS- bzw. der MCS-Stichprobe hatten zwar alle Aufmerksamkeitsdefizite unterschiedlicher Ausprägung, aber keine Symptome von Hyperaktivität. Die begleitenden Symptome von ADS lassen sich in vier Merkmalsgruppen bündeln: In Sprach- und Sprechstörungen, in Symptome scheuen, sozial zurückhaltenden, überangepassten Verhaltens, in Antriebsarmut und in Symptomen sozial störenden Verhaltens. So hatten ADS-Patient/innen der LSS- bzw. MCS-Stichprobe in 96% bzw. 90% der Fälle Artikulationsstörungen, und zwar in beiden Studien in hoher Symptomausprägung mit durchschnittlich  $M_1=3.0$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.4$ . In 88% bzw. 76% der Fälle hatten ADS-Patient/innen deutliche bis schwere rezeptive Sprachstörungen, durchschnittlich mit  $M_1=3.0$  bzw.  $M_1=2.6$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.1$ . 50% bzw. 67% der ADS-Patient/innen waren scheu, 31% bzw. 39% verhielten sich sozial zurückgezogen, 38% bzw. 25% waren überangepasst. 35% bzw. 42% der ADS-Patient/innen waren antriebsarm. 35% bzw. 44% hatten Spielstörungen. 46% der ADS-Patient/innen der MCS-Stichprobe litten unter mangelndem Selbstvertrauen und 30% unter Misstrauen. Trotz Scheu und Überangepasstheit waren 62% bzw. 60% der ADS-Patient/innen in der therapeutischen Situation unkooperativ ( $M_1=2.2$ , in schweren Fällen mit  $M_1=2.3$ ).

**Effektivität und Nachhaltigkeit von Theraplay.** Im Verlauf der Behandlung mit Theraplay besserten sich die meisten dieser Symptome klinisch bedeutsam und statistisch signifikant, jedoch bei ADHS- bzw. ADS-Patient/innen mit langfristig unterschiedlicher Wirksamkeit und Nachhaltigkeit.

**Effektivität und Nachhaltigkeit von Theraplay bei ADS.** Die Aufmerksamkeitsdefizite der ADS-Patient/innen besserten sich bis zum Ende der Therapie zunächst nur von anfänglich schwerer zu durchschnittlich immer noch leichter Ausprägung, nämlich in der LSS-Stichprobe mit großer Effektstärke ( $d_{1,6}=|0.9|$ ) statistisch signifikant ( $p_{1,6}=.0013$ ) auf  $M_6=2.3$ , in der MCS-Stichprobe mit noch größerer Effektstärke ( $d_{1,6}=|1.3|$ ) statistisch hoch signifikant ( $p_{1,6}<.0001$ ) auf  $M_6=2.0$ . Überraschend besserten sich die verbliebenen Aufmerksamkeitsdefizite der ADS-Patient/innen in den zwei Jahren nach Ende der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) noch weiter, und zwar mit sehr großer Effektstärke ( $d_{6,7}=|1.8|$ ) von  $M_6=2.3$  um  $D_{6,7}=1.1$  auf  $M_7=1.2$ , d.h. fast bis zu klinischer Unauffälligkeit, wie die Ergebnisse der Längsschnittstudie zeigten. Möglicherweise war das die Folge der Tatsache, dass sich die vermutlich eher umweltbedingten Symptome der begleitenden Verhaltensauffälligkeiten bis zum Ende der Therapie bereits fast völlig gebessert hatten, beispielsweise die Scheu in der LSS-Stichprobe auf  $M_6=1.1$  ( $p_{1,6}=.0011$ ) und in der MCS-Stichprobe auf  $M_6=1.2$  ( $p_{1,6}<.0001$ ) sowie die Antriebsarmut auf  $M_6=1.1$  bzw.  $M_6=1.3$  (beide hoch signifikant mit  $p_{1,6}<.0001$ ). Dadurch verhielten sich die ADS-Patient/innen unmittelbar nach der Therapie in sozialen Interaktionen bereits klinisch unauffällig. Das zeigt sich auch daran, dass sie ihr anfangs unkooperatives Verhalten bis zum Ende der Therapie völlig aufgegeben hatten (LSS-Stichprobe:  $M_6=1.1$ , Effektgröße  $d_{1,6}=|1.0|$ , Signifikanz der Veränderung  $p_{1,6}=.0011$ ; MCS-Stichprobe:  $M_6=1.2$ , Effektgröße  $d_{1,6}=|1.1|$ , Signifikanz  $p_{1,6}<.0001$ ). Mit der Verringerung der Scheu und Antriebsarmut besserten sich zugleich die Selbstsicherheit der ADS-Patient/innen, ihr Vertrauen in andere und ihre emotionale Gestimmtheit in der Therapiesituation.

**Effektivität und Nachhaltigkeit von Theraplay bei ADHS.** Auf ADHS-Patient/innen wirkte die Therapie weniger effektiv: Die Nachuntersuchungen zwei Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay zeigten, dass sich die nach der Therapie verbliebenen Aufmerksamkeitsdefizite bei ADHS-Patient/innen nicht weiter besserten. Sie verringerten sich zwar in der Längsschnittstudie von anfangs  $M_1=3.1$  bis zum Ende der Therapie auf eine durchschnittlich nur noch leichte Symptomatik ( $M_6=2.1$ ), aber sie besserten sich in den beiden Jahren nach der Therapie nicht mehr weiter ( $M_7=2.1$ ). Die Symptome vermutlich eher anlage- und umweltbedingter Begleitsymptome der Aufmerksamkeitsdefizite zeigten sogar leichte Rückfälle. So nahm beispielsweise die Hyperaktivität in den beiden Jahren nach der Therapie

sogar von  $M_6=1.6$  auf  $M_7=2.0$  wieder leicht zu. Auch die begleitenden Verhaltensauffälligkeiten der Aufmerksamkeitsdefizite besserten sich bei ADHS-Patient/innen nach der Therapie nicht mehr. Unkooperatives Verhalten in der LSS-Stichprobe hatte sich beispielsweise in der Therapie von  $M_1=2.9$  auf  $M_6=1.7$  gebessert, blieb dann aber in den beiden Jahren nach der Therapie bei  $M_7=1.7$ . Oppositionell verweigerndes Verhalten hatte sich ebenfalls in der Therapie von  $M_1=2.3$  auf  $M_6=1.4$ , aber in den zwei Jahren danach nur noch statistisch nicht signifikant auf  $M_7=1.3$  gebessert. Spielstörungen verschlechterten sich nach der Therapie sogar wieder etwas von  $M_6=1.5$  auf  $M_7=1.8$ . Geschlechtsspezifisch gab es bei ADHS-Patient/innen keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

**Effizienz von Theraplay.** Die Unterschiede in der Reaktion der ADHS- bzw. ADS-Patient/innen auf die Behandlung mit Theraplay drückten sich auch in der Therapiedauer aus. ADHS-Patient/innen brauchten mehr Therapiesitzungen als ADS-Patient/innen, obwohl auch die längere Therapiedauer der ADHS-Patient/innen gemessen an der üblichen Anzahl der von Pädiatern verordneter Therapiesitzungen durchaus noch kosteneffizient war. Durchschnittlich brauchten ADHS-Patient/innen 20-21 Therapiesitzungen bis zum Erreichen des beschriebenen Therapieziels, bei schwerer Symptomatik durchschnittlich mehr als 23 Sitzungen. Jungen mit ADHS brauchten durchschnittlich 1-2 Therapiesitzungen mehr als Mädchen. Bei den ADS-Patient/innen waren weniger Therapiesitzungen notwendig, um das Therapieziel zu erreichen, nämlich durchschnittlich 17-18 Therapiesitzungen, in Fällen schwerer Symptomatik durchschnittlich 21-22. Mädchen mit ADS brauchten durchschnittlich eine Therapiesitzung mehr als Jungen.

**Auswirkungen der Besserung der ADHS-Patient/innen aus Sicht der Kliniker.** Die Auswirkungen der therapiebedingten Veränderungen der ADHS- bzw. ADS-Patient/innen auf das Kind und seine Eltern und auf die Eltern-Kind-Interaktionen waren nach Beobachtungen der Kliniker unterschiedlich. In den Mutter-Kind-Interaktionen der ADHS-Patient/innen mit ihren Müttern beobachteten die Kliniker, dass sich zwar die Emotionalität der ADHS-Patient/innen und deren Mütter und die emotionale Passung zwischen den beiden im Therapieverlauf zunächst deutlich besserte, jedoch die gebesserte Emotionalität in den beiden Jahren nach der Therapie wieder fast ganz verloren ging. Zugenommen hatte dagegen die Bereitschaft der meisten ADHS-Patient/innen, von Anfang an die Führung der Mütter bei gemeinsamen Spielaktivitäten zunehmend bereitwilliger zu akzeptieren. Der Trennungsstress der Patient/innen mit ADHS, wenn ihre Mütter ohne weitere Erklärungen das Spielzimmer verliessen, nahm im Therapieverlauf und danach stetig ab. Bis zum Ende der Therapie und in den beiden Jahren danach akzeptierten die ADHS-Patient/innen immer mehr, sich unbefangen

und bereitwillig von ihren Müttern zu trennen. Ihr Vertrauen in die Rückkehr der Mütter nahm zu. Die meisten Mütter zeigten von Anfang an wenig Probleme, sich von ihren Kindern für einige Minuten zu trennen, obwohl sie sich nicht so leicht und bereitwillig trennen konnten wie die Mütter der klinisch unauffälligen Kontrollkinder. Ein Teil der Kinder mit ADHS strebte am Ende der Therapie bei Rückkehr der Mütter ins Spielzimmer freudiger auf sie zu als am Therapiebeginn.

**Auswirkungen der Besserung der ADS-Patient/innen aus Sicht der Kliniker.**

Zwischen den Patient/innen mit ADS und ihren Müttern nahm die Emotionalität bis zum Ende der Therapie und darüber hinaus in den beiden Jahren danach auf niedrigem Niveau stetig zu. Das geringe emotionale Niveau in der Interaktion zwischen den ADS-Patient/innen und ihren Müttern ist verständlich, handelte es sich doch oft um scheue, zurückgezogene, antriebsarme, überangepasste Kinder. Die Mütter der Kinder mit ADS gewannen bis zwei Jahre nach der Therapie immer mehr Zutrauen, die Führung in den spielerischen Interaktionen zu übernehmen, was die meisten Kinder zuletzt bereitwillig akzeptierten. Hinsichtlich des 'Trennungsstress' reagierten die Mütter der ADS-Patient/innen und deren Kinder tendenziell verschieden: Während die Mütter zunehmend bereitwilliger loslassen konnten, nahm die Bereitschaft zur Trennung bei den ADS-Patient/innen zwar bis Therapieende zunächst auf niedrigem Niveau zu, aber danach auch wieder ab.

**Auswirkungen der Besserung der ADHS- bzw. ADS-Patient/innen auf die Kinder und ihre Eltern aus Sicht der Eltern.** Die Mütter und Väter der Patient/innen mit ADHS bzw. ADS beantworteten die Frage danach, was sich bei ihren Kindern durch die Behandlung mit Theraplay gebessert habe, am Ende der Therapie und auch zwei Jahre später eher zurückhaltend. Es gibt jedoch ein paar kleine Unterschiede: Die Eltern der ADHS-Patient/innen äußerten häufiger als die der ADS-Patient/innen, dass sich die Aufmerksamkeit, das Selbstbewusstsein und die Bereitschaft ihrer Kinder, Kontakt zu anderen aufzunehmen, gebessert habe. Die Eltern der ADS-Patient/innen sagten dagegen, dass ihre früher scheuen, antriebsarmen, überangepassten Kinder mutiger geworden seien.

Die Mütter der ADS-Patient/innen äußerten im Gegensatz zu denen der ADHS-Patient/innen häufiger, dass die Behandlung ihrer Kinder beiden, sowohl ihren Kindern als auch ihnen selbst geholfen habe. Die Väter der ADS-Patient/innen äußerten sich dazu zurückhaltender, möglicherweise deshalb, weil sie es nicht gut genug beurteilen konnten, weil sie nicht so oft und unmittelbar mit ihren Kindern konfrontiert waren wie die Mütter. Die Mütter hatten auch mehr als die Väter den Eindruck, dass sie von der Therapeutin akzeptiert wurden. Allerdings hatten auch nur wenige Väter an den Therapiesitzungen teilgenommen.

Interessant ist, dass die Mütter der ADHS-Patient/innen mehr als die der ADS-Patient/innen unmittelbar nach der Therapie ausdrückten, dass sie nun besser mit ihren Kindern umgehen könnten. Dieses gute Gefühl verlor sich jedoch bei einem Teil der Mütter der ADHS-Patient/innen in den zwei Jahren nach der Therapie wieder.

**Schlußfolgerungen.** Eine wesentliche Erkenntnis der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf aufmerksamkeitsgestörte Patient/innen mit ADHS bzw. ADS ist, dass über die Differenzierung nach Aufmerksamkeitsdefiziten *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität hinaus es sich offenbar um zwei Formen von Aufmerksamkeitsstörungen handelt, die von unterschiedlichen Symptomen begleitet werden. Während Patient/innen mit ADHS eine multiple *Kernsymptomatik* von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität mit *Begleitsymptomen* hatten, die im wesentlichen durch Merkmale der Hyperaktivität bestimmt wurden wie demonstratives, kasperndes, enthemmtes Verhalten, drängte sich bei Patient/innen mit ADS der Eindruck auf, dass ihre Unaufmerksamkeit eher ein *Begleitsymptom anderer* psychischer Störungen war wie z.B. tiefgreifender Entwicklungsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen und anderer psychische Störungen ohne Hyperaktivität.

Man könnte das auch als den Effekt einer Moderatorvariablen sehen, mit der die *Begleitsymptome* der Aufmerksamkeitsdefizite danach unterschieden werden können, ob sie von den Patient/innen vermutlich eher *umweltbedingt* ausgebildet wurden, beispielsweise *Verhaltensstörungen*, und danach, ob die Aufmerksamkeitsdefizite eher *anlagebedingt* disponiert waren und sich je nach Einfluss der Umwelt zu Störungen ausbildeten. Zu diesen könnte man Hyperaktivität und Impulsivität, aber auch Störungen des autistischen Spektrums und Sprachentwicklungsstörungen als *Kern-* bzw. *Begleitsymptome* rechnen.

### **3.3.5 Die Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen von Klein- und Vorschulkindern**

Grimm (1994) beschreibt den frühkindlichen Spracherwerb als einen sehr komplexen Entwicklungsprozess. Das Kind muss lernen, ganz unterschiedliche Sprachkomponenten und Regeln parallel zu erkennen. Nach ihrer Auffassung ist es eine empirisch gesicherte entwicklungspsychologische Erkenntnis, dass das *Verständnis* sprachlicher Strukturen der *Sprachproduktion* vorausgeht und dass deshalb mangelndes Sprachverständnis Störungen der Kommunikation und des sozialen Interaktionsverhaltens auslösen kann. Sie sieht in einem verzögerten, gestörten oder ausbleibenden Spracherwerb ein hohes Risiko sowohl für eine persistente Sprachentwicklungsstörung als auch für erst später auffallende Lernprobleme und psychosoziale Auffälligkeiten.

Auch Bishop (1997) betont die klinische Bedeutsamkeit rezeptiver Sprachstörungen. Er verdeutlicht, dass Sprachverständnis keineswegs nur die Fähigkeit ist, gesprochene Worte zu verstehen, sondern auch die Fertigkeit verlangt, die ankommenden Sprechlaute zu klassifizieren, sie mit dem eigenen mentalen Lexikon zu vergleichen, das implizit Gemeintete des Gesagten mit Hilfe der Wortfolge, der grammatischen Beugungen und des Tonfalls zu decodieren und Informationen des sozialen Kontextes und des Milieus zu nutzen, um aus dem breiten Spektrum der möglichen Interpretationen des Gesagten die eine auszuwählen, die von der Sprechenden Person intendiert war. Damals gab es nach seiner Auffassung noch keinen Test, um den Entwicklungsstand des Sprachverständnisses eines Kindes zu erheben, eben weil Sprachverständnis so viele Facetten hat (vgl. Kapitel 2.2.8 über Sprachentwicklungstheorien und die Stellungnahme von Zollinger, 2006).

Von Suchodoletz & Kleiner (1998) beobachteten in ihren Untersuchungen, nachdem bis dahin nach ihrer Erfahrung die Pathogenese psychiatrischer Störungen sprachgestörter Kinder umstritten war, die Abhängigkeit von Verhaltensstörungen von der Art und Schwere der diagnostizierten Sprachstörungen. Sie wiesen nach, dass Probleme der Sprachexpression mit Schwächen des rezeptiven Sprachverständnisses verbunden waren, die allerdings von Eltern oder Ärzten oft nicht erkannt wurden, weil sich das Interesse auf die expressiven Sprachdefizite richtete und mangelndes Sprachverständnis kaum zur Kenntnis genommen wurde. Sie vermuteten, dass es sich bei den dann diagnostizierten Verhaltensstörungen um eine Sekundärsymptomatik handele, weil aufgrund der Sprachstörungen eine

„Neurotisierung“ der sprachgestörten Kinder fast nicht zu auszuschließen sei. Sie kritisierten auch, dass bis zum damaligen Zeitpunkt die Abhängigkeit psychopathologischer Symptome von rezeptiven Sprachstörungen kaum Gegenstand der Fachliteratur gewesen sei. Die Forschungsergebnisse von Noterdaeme, Minow & Amorosa (1999) bestätigten die von Suchodoletz & Kleiner getroffenen Schlussfolgerungen. Auch sie diagnostizierten bei rund 80% der sprachentwicklungsgestörten Kinder zugleich psychiatrische Störungen (vgl. Kapitel 2.2.7 zum Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungs- und Verhaltensstörungen).

### **3.3.5.1 Beschreibung rezeptiver Sprachstörungen**

Rezeptive Sprachstörungen werden auch als Sprachverständnisstörungen bezeichnet. Sie gehören nach ICD-10 (1999, S. 267-269) zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80). ICD-10 unterscheidet nach expressiven Sprachstörungen (F80.1), rezeptiven Sprachstörungen (F80.2), erworbener Aphasie mit Epilepsie (F80.3), sonstigen (F80.8) und nicht näher bezeichneten Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.9). DSM-IV (1994, S. 54-57) kennt keine differentialdiagnostische Abgrenzung rezeptiver oder expressiver Sprachstörungen, sieht sie auch nicht als umschriebene Entwicklungsstörungen, sondern ordnet sie gemeinsam als kombinierte rezeptiv/expressive Sprachstörung (315.31) ein.

Döpfner et al. (1999, S. 22-23) unterscheiden rezeptive und expressive Sprachstörungen und orientieren sich wie die systematische Darstellung der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Knölker et al. (2000, S. 184-189) und das Therapiemanual von Amorosa & Noterdaeme (2003, S. 10-15) an der in ICD-10 (F80.2) gegebenen Beschreibung. Remschmidt & Niebergall (2000, S. 162-163) beschreiben die Symptomatik der verzögerten Sprachentwicklung nur ganz allgemein als einen „generellen oder umschriebenen Rückstand der Sprachbeherrschung“, bei dem Wortschatz, Artikulation und Phonation nicht altersentsprechend entwickelt und vielfach auch Einschränkungen im Wort- und Satzverständnis zu finden seien.

Merkmale der umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sind:  
→die bereits frühkindliche Beeinträchtigung der normalen Muster der Sprachentwicklung und  
→die Erkenntnis, dass die Zustandsbilder nicht direkt neurologischen Veränderungen, Störungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden können.

Die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der

Sprache setzt die Kenntnis der normalen Sprachentwicklung voraus. Nach Knölker et al. (2000, S. 187-189) lassen sich "die Meilensteine frühkindlicher Sprachentwicklung" von der Geburt bis zum 36. Lebensmonat nach der *Early Language Milestone Scale (ELM-Scale)* von Copland (1987, autorisierte deutsche Fassung von U. Knölker, 1996) in drei Merkmalskategorien einteilen: visuell gestische, auditiv rezeptive und auditiv expressive Entwicklungsmerkmale. Resch (1999, S. 121) hat in einem Überblick die (normale) Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachproduktion im Kleinkind- und Vorschulalter differenziert dargestellt (vgl. Kapitel 2.2.8 dieser Dissertation, S. 62, Tabelle 1) jedoch zugleich (Resch, 1999, S. 314) darauf hingewiesen, dass es vielfältige Abweichungen von der normalen Sprachentwicklung gibt.

Rezepptive Sprachstörungen sind daran zu erkennen,

- dass das Sprachverständnis und in der Folge auch die expressive Sprache bei diesen Kindern deutlich unter ihrem Intelligenzniveau bleiben,
- dass rezepktiv sprachgestörte Kinder im Alter von 12 Monaten noch nicht auf Namen reagieren, die ihnen vertraut sein müssten,
- dass sie im Alter von 18 Monaten noch nicht häufig vorkommende Gegenstände benennen können,
- dass sie im Alter von 24 Monaten noch nicht einfache Routineanweisungen befolgen, offenbar, weil sie diese nicht verstehen können, und
- dass sie auch danach noch häufig Schwierigkeiten haben, Stimmlagen oder Gestik zu interpretieren, subtilere Aspekte der Sprache und grammatikalische Strukturen wie Fragen, Vergleiche und Verneinungen zu verstehen.

Nach Amorosa & Noterdaeme (2003, S. 10) ist es ein Problem der Diagnostik von Sprachverständnisstörungen bei Kindern, dass das nicht altersgemäße Verstehen von Sprache sehr viel schwerer zu erkennen ist als Artikulationsstörungen und expressive Sprachstörungen. Die Autorinnen geben Hinweise, dass diese Kinder oft nicht oder vorschnell auf Anweisungen reagieren, dass sie oft nicht zuzuhören scheinen, dass sie kein Interesse am Vorlesen haben, dass sie auf Fragen nicht oder nur ungenau reagieren. Ein Problem sei auch, dass diese Symptome, wenn sie von Bezugspersonen überhaupt beobachtet würden, mit Aufmerksamkeitsstörungen, Verweigerung, Nichtwollen oder einer Minderbegabung erklärt würden.

Infolge ihres mangelnden Sprachverständnisses sind diese Kinder auch durch Artikulations- und expressive Sprachstörungen auffällig, z.B. weil sie Laute auslassen, sie



durch andere ersetzen oder Laute hinzufügen, weil ihre Wortendungen nicht korrekt sind, weil ihre Wortstellungen im Satz oft nicht stimmen und weil sie, wenn sie die Sprache nicht verstehen, sie echoartig wiederholen (Echolalie).

Nach ICD-10 (1999, S. 268) ist die Diagnose einer rezeptiven Sprachstörung nur zu stellen, wenn “der Schweregrad der Entwicklungsverzögerung der Sprache außerhalb der Grenzen der Normvarianz für das Alter des Kindes liegt und wenn die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung nicht erfüllt sind”. Zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gehören die verschiedenen Formen des Autismus (vgl. ICD-10, Kategorien F84.0 und F84.1). Knölker et al. (2000, S. 188) nehmen an, dass genetische und/oder hirnorganische Faktoren die Ursache der Ätiopathogenese mangelnden Sprachverständnisses seien.

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Kinder mit einer rezeptiven Sprachstörung trotz logopädischer oder heilpädagogischer Therapieversuche ein erhöhtes Risiko haben, sekundär emotionale, soziale und Verhaltensstörungen zu entwickeln. Nach ICD-10 (1999, S. 268) gehen rezeptive Sprachstörungen unter allen umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache mit der höchsten Rate begleitender sozialer, emotionaler und Verhaltensstörungen einher. Solche Störungen seien nicht spezifisch, es fänden sich jedoch relativ häufig Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, soziale Unangepasstheit, Isolation von der Gruppe der Gleichaltrigen sowie Ängstlichkeit, Überempfindlichkeit oder unangebrachte Scheu. In der schwersten Form rezeptiver Sprachstörungen können die Kinder auch in ihrer sozialen Entwicklung verzögert sein.

### **3.3.5.2 Art, Größe und Struktur der Stichproben**

**Art der Stichproben.** Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen wurden mit der deutschen Version des Psychopathologischen Befund-Systems für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) aus den Nettostichproben der LSS ( $N=60$ ) und der MCS ( $N=333$ ) alle Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen unterschiedlicher Ausprägung ausgewählt und mit den 30 klinisch unauffälligen Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts (UKG) verglichen. Alle Kinder der LSS- und MCS-Stichprobe hatten eine Mehrfachdiagnose verschiedener psychischer Störungen.

**Größe der Stichproben.** 52 der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (87%) und 223 der 333 Patient/innen der Multi-Center-Studie (67%) hatten klinisch

bedeutsame rezeptive Sprachstörungen. In der im Phoniatriisch Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg angefallenen Stichprobe mit sprach- und sprechgestörten Kindern (LSS) fanden sich verständlicherweise mehr, proportional 1,3mal so viele Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen als in den ebenfalls nach Zufall angefallenen Stichproben der neun verschiedenen therapeutischen Institutionen der MCS. Von den 223 Patient/innen der MCS mit rezeptiven Sprachstörungen hatten 83 (37%) eine schwer ausgeprägte, 84 (38%) eine deutliche und 56 (25%) eine leichte Symptomatik (vgl. Tabelle 3 in Kapitel 3.2, alle Prozentwerte wurden gerundet).

Bei 190 (85%) der 223 Patient/innen der MCS mit mehr oder weniger ausgeprägten rezeptiven Sprachstörungen wurde zugleich eine Aufmerksamkeitsstörung festgestellt. 163 (73%) der sprachverständnisgestörten MCS-Patient/innen zeigten in der diagnostischen Situation unkooperatives Verhalten, 127 (57%) oppositionell verweigerndes Verhalten und 114 (51%) waren scheu, was darauf hinweist, dass offenbar auch ein Teil der scheuen Patient/innen zugleich oppositionell verweigernd und unkooperativ war. Unkooperatives Verhalten kann demnach unterschiedlich motiviert oder durch unterschiedliche Störungen ausgelöst sein. Bei einem Teil der 223 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der MCS wurden auch Symptome emotionaler Störungen festgestellt, beispielsweise bei 79 (35%) mangelndes Selbstvertrauen, bei 63 (28%) affektive Labilität, bei 49 (22%) dysphorische Verstimmtheit, bei 46 (21%) Sozialängste, bei 34 (15%) Leistungsängste und bei 22 (10%) Zeichen von Depression. Zwischen den aufgeführten Gruppen gab es aufgrund ihrer Multimorbidität vielfache Überschneidungen.

**Geschlechtsstruktur der Stichproben:** Rund ein Viertel, nämlich 14 (27%) der 52 Patient/innen der LSS-Stichprobe mit rezeptiven Sprachstörungen waren Mädchen und rund drei Viertel, nämlich 38 (73%) der 52 Patient/innen waren Jungen. Die Mädchen-zu-Jungen-Relation der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen war in der LSS-Stichprobe mit 1:2.7 etwas jungenlastiger als mit 1:2.1 in der entsprechenden Stichprobe der MCS mit 72 (32%) Mädchen und 151 (68%) Jungen der insgesamt 223 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen. Diese Jungenlastigkeit ist unter den MCS-Patient/innen mit schwerer Symptomatik mit 70% Jungen leicht höher als unter denen mit deutlicher bzw. leichter Symptomausprägung mit rund 66% (vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 4).

**Altersstruktur der Stichproben.** Das durchschnittliche Lebensalter der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen war in den drei verglichenen Stichproben (UKG, LSS, MCS) nach Jahren und Monaten (J;M) geringfügig unterschiedlich. Die rezeptiv sprachgestörten

Patient/innen der Stichprobe der Längsschnittstudie waren durchschnittlich etwa 3 Monate, die der Stichprobe der Multi-Center Studie waren durchschnittlich etwa 2 Monate jünger als die Kontrollgruppe der klinisch unauffälligen Kinder. Nachfolgend die Durchschnittswerte des Alters:

- $M=4;6$  Jahre ( $s=1;3$ ) bei klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG),
- $M=4;3$  Jahre ( $s=1;3$ ) bei rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe,
- $M=4;4$  Jahre ( $s=1;1$ ) bei rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der MCS-Stichprobe.

In der Stichprobe der klinisch unauffälligen Kontrollkinder waren Jungen tendenziell etwas älter ( $M=4;7$ ,  $s=1;4$ ) als Mädchen ( $M=4;4$ ,  $s=1;3$ ). In den Stichproben der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der Längsschnittstudie und der Multi-Center Studie waren die Altersunterschiede zwischen Jungen (LSS:  $M=4;4$ ,  $s=1;2$ , MCS:  $M=4;3$ ,  $s=1;2$ ) und Mädchen (LSS:  $M=4;3$ ,  $s=1;6$ , MCS:  $M=4;5$ ,  $s=1;2$ ) gering. Größer waren die Altersunterschiede zwischen rezeptiv sprachgestörten Patient/innen mit schwerer ( $M=4;2$ ,  $s=1;1$ ), deutlicher ( $M=4;4$ ,  $s=1;1$ ) oder leichter Symptomatik ( $M=4;7$ ,  $s=1;2$ ). Offensichtlich wurden die Kinder mit schwerer Symptomausprägung rezeptiver Sprachstörungen früher erkannt und deshalb durchschnittlich rund fünf Monate jünger dem Facharzt vorgestellt als die mit nur leichter Symptomatik (vgl. Tabelle 5 in Kapitel 3.2).

**Soziale Struktur der Stichproben (Ausgewählte Merkmale).** In Tabelle 64 wird auszugsweise über jene soziodemografischen Merkmale der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen und ihrer Mütter im Vergleich mit denen der klinisch unauffälligen Kontrollkinder und ihrer Mütter berichtet, in denen nach den Ergebnissen der anderen störungsspezifischen Stichproben mögliche Abweichungen erwartet werden konnten, nämlich

- in der MCS- Stichprobe eine größere Häufigkeit von ledigen, allein erziehenden Müttern bzw. von nicht ehelichen, aber leiblichen Kindern,
- in der MCS-Stichprobe ein größerer Anteil von im Ausland geborenen (Migranten) Kindern,
- in der LSS-Stichprobe eine größere Häufigkeit von Einzelkindern.

Diese Erwartungen wurden allein schon aufgrund des großen Anteils, den die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen in den Stichproben der LSS (87%) bzw. der MCS (67%) ausmachten, bestätigt. In der Stichprobe der MCS waren 19% der Mütter ledig oder lebten unverheiratet mit einem Partner zusammen und 9% lebten getrennt oder waren geschieden. In der LSS-Stichprobe waren nur 2% ledig, aber 8% geschieden oder getrennt lebend. Entsprechend erzogen 19% der Mütter der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der MCS-

Stichprobe und 10% der LSS-Stichprobe ihre Kinder allein. Das ergänzt sich mit der Tatsache, dass 14% der rezeptiv sprachgestörten MCS- und 6% der LSS-Patient/innen uneheliche Kinder waren. Unter den Patient/innen der MCS-Stichprobe mit schweren Störungsausprägungen war der Anteil unehelicher Kinder mit 16% etwas höher. Von den schwer rezeptiv sprachgestörten Kindern der MCS-Stichprobe hatte rund ein Viertel (26%) ledige Mütter. Es ist nicht auszuschließen, dass es durch das Zusammentreffen einer möglichen genetischen oder biologischen Disposition mit den denkbaren sozialen, beruflichen oder wirtschaftlichen Problemen allein erziehender Mütter bei diesen Kindern zu einer Verzögerung der Sprachentwicklung gekommen ist. Diese Frage können die vorliegenden Feldstudien aufgrund ihrer Zielsetzung und Untersuchungsanlage jedoch nicht aufklären.

**Tabelle 64: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichproben der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen und der klinisch unauffälligen Kontrollkinder**

Merkmale	▲ UKG N=30	● LSS N=52	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=223	▣ MCS-S N=83	▢ MCS-D N=84	□ MCS-L N=56	◇ MCS-M N=72	◆ MCS-J N=151
<b>Soziodemographie</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mutter: Familienstand</b>								
ledig, unv.zus.lebend	0	2	19	26	17	13	17	19
verheiratet	97	90	72	67	76	72	74	71
geschieden, getrennt	3	8	9	7	7	15	9	10
<b>Erziehung des Kindes</b>								
gemeinsam erziehend	97	90	81	80	84	79	86	79
allein erziehend	3	10	19	20	16	21	14	21
<b>Geschlecht d. Kindes</b>								
Mädchen	26	27	32	30	33	34	100	-
Junge	74	73	68	70	67	66	-	100
<b>Kind: Familienstand</b>								
ehelich	97	88	82	80	83	82	77	84
nichtehelich, leiblich	3	6	14	16	13	11	14	13
nichtleiblich(Adopt.Pfl.)	0	6	4	4	4	7	7	3
<b>Kind Geschwisterzahl</b>								
hat keine Geschwister	14	33	13	10	15	17	15	13
Kind hat Geschwister	86	67	87	90	85	83	85	87
<b>Kd: Geschwisterreihe</b>								
ältestes d. Geschwister	48	37	42	36	49	43	42	43
jüngstes d. Geschwister	10	49	47	49	42	51	48	46
<b>Kind: Geburtsland</b>								
Deutschland	90	94	82	79	80	91	81	83
anderes Geburtsland	10	6	18	21	20	9	19	17
<b>Kind: Muttersprache</b>								
Deutsch	97	90	89	87	89	93	93	87
andere Muttersprache	3	10	11	13	11	7	7	13
<b>Zweisprachigkeit: ja</b>	20	16	16	19	17	11	17	16
<b>Kindergarten: ja</b>	93	71	80	72	84	86	79	81

Beim Vergleich der schwer rezeptiv sprachgestörten mit den nur leicht sprachgestörten Patient/innen der MCS-Stichprobe waren unter denen mit schwerer Symptomatik folgende

Merkmale (mit Überschneidungen) überproportional hoch: 16% waren nicht ehelichen Kinder, 21% waren nicht in Deutschland geboren, 19% wurden zweisprachig erzogen, 13% hatten nicht Deutsch als Muttersprache und 28% besuchten keinen Kindergarten. Von den Jungen der MCS-Stichprobe hatten 21% allein erziehende Mütter 13 eine andere Muttersprache als Deutsch. Sonst gab es zwischen Mädchen und Jungen der MCS-Stichprobe keine auffallenden Abweichungen (vgl. Tabelle 64).

### **3.3.5.3 Entwicklungsstand der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen**

Die Behandlung der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen mit Theraplay orientierte sich an ihrem Entwicklungsstand, nicht an ihrem Lebensalter.

Knölker et al. (2000, S. 187) hatten darauf hingewiesen, dass das Sprachverständnis und die Ausdrucksfähigkeit rezeptiv sprachgestörter Kinder “deutlich unter ihrem Intelligenzniveau” läge. In der Feldstudie der LSS konnte jedoch das Intelligenzniveau der rezeptiv sprachgestörten Kinder wegen ihres mangelnden Sprachverständnisses und trotz der in Pilotstudien durchgeführten Versuche, ihre Intelligenz mit den 1997 verfügbaren nonverbalen Intelligenztests zu erfassen, nicht erhoben werden (vgl. Kapitel 2.1.3, S. 43-46). Die nonverbalen Untertests des Wiener Entwicklungstests, die logopädische Untersuchung der Spontansprache und die Einschätzung einer möglichen Intelligenzminderung mit Hilfe von CASCAP-D sollten diesen Mangel durch Erfassen des allgemeinen Entwicklungsstandes und des Sprachentwicklungsstandes dieser Kinder kompensieren.

Der Entwicklungsstand der Patient/innen der LSS-Stichprobe und der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe (UKG) wurde durch Diplompsychologinnen anhand von nonverbalen Aufgaben des Wiener Entwicklungstests (WET) in altersnormierten C-Werten erhoben. Der Sprachentwicklungsstand wurde von Logopäd/innen durch wiederholte Analyse der Spontansprache anhand praxis-basiert operationalisierter, 6-stufiger Skalen erhoben. Der allgemeine und der Sprachentwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) kann als altersgemäß und damit als Maßstab des Entwicklungsstandes der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen angenommen werden.

Die Testergebnisse des WET zeigen, dass der allgemeine Entwicklungsstand der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe verglichen mit dem als *normal* unterstellten Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe gleichen Alters und Geschlechts generell, aber besonders hinsichtlich der kognitiven und der sozial-emotionalen Entwicklung weit zurückgeblieben war. Die Standardabweichungen in

beiden Stichproben deuten auf vergleichsweise große Unterschiede zwischen den Kindern hin (vgl. Tabelle 65).

**Tabelle 65: Allgemeiner Entwicklungsstand der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern zum Zeitpunkt  $t_1$ .**

Merkmale des allgemeinen Entwicklungsstandes	▲ UKG N = 30		● LSS N = 52 von 60	
	M	s	M	s
Visumotorik (Nachzeichnen von Figuren)	6.7	1.3	2.6	2.3
Visuelle Wahrnehmung (Bilderlotto)	6.6	2.3	2.7	2.6
Zahlengedächtnis, unmittelbar nach dem Test	6.4	2.0	4.2	2.6
Allgemeines Gedächtnis, unmittelbar nach dem Lernen	5.5	1.7	3.4	2.6
Allgemeines Gedächtnis, 20 Minuten nach dem Lernen	5.0	2.1	3.6	2.6
Kognitive Entwicklung (Test 1: Muster legen)	6.9	1.7	3.1	2.4
Kognitive Entwicklung (Test 2: Gegensätze erkennen)	6.1	1.5	1.3	2.0
Sozial-emotionaler Entwicklungsstand	6.0	1.6	1.4	2.1

Anmerkungen: M = altersnormierte C-Werte der Mittelwerte mit s = Standardabweichungen über acht erhobene Merkmale, erhoben mit 6 nonverbalen Tests des Wiener Entwicklungstests (WET)

**Tabelle 66: Sprachentwicklungsstand der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) zum Zeitpunkt  $t_1$ .**

Merkmale des Sprachentwicklungsstandes	▲ UKG N = 30		● LSS N = 52 von 60	
	M	s	M	s
Sprechhäufigkeit (1=außerordentl. wenig – sehr viel=6)	4.8	0.9	2.9	1.6
Verständigungsfähigkeit (1=überh. nicht – sehr gut=6)	5.6	0.6	2.6	1.4
allgemeiner Sprachstand (1=sehr niedrig – altersg.=6)	5.8	0.5	2.5	1.2
kann Sprache imitieren (1=überh. nicht – sehr gut=6)	5.6	0.5	3.2	1.7
altersgemäßer Wortschatz (1=sehr klein – sehr groß=6)	5.4	0.6	2.6	1.3
spricht in ganzen Sätzen (1=nein – ja =6)	6.0	0.0	2.1	1.6
artikuliert seine Worte (1= unverständl. – verständl.=6)	5.9	0.5	2.7	1.2

Anmerkung: M = Mittelwerte der Spontansprache mit s = Standardabweichungen  
Praxisbasiert operationalisierte 6-stufige Intervallskala

Das Ergebnis der Einschätzung des Entwicklungsstandes der Spontansprache zeigt, dass die klinisch unauffälligen Kinder (UKG) ausnahmslos in ganzen Sätzen sprachen, dass fast alle ihre Worte verständlich artikulierten, dass bei fast allen der allgemeine Sprachstand und der Wortschatz als altersgemäß eingeschätzt wurde, dass fast alle unauffälligen Kinder Sprache imitieren und sich alle ziemlich gut verständlich machen konnten. Die Varianz der Einschätzungen war gering, was auf eine weitgehend gleich gute Sprachentwicklung der

klinisch unauffälligen Kindern hindeutet. Im Gegensatz dazu konnte sich fast keines der rezeptiv sprachgestörten Kinder in Sätzen ausdrücken. Der allgemeine Sprachstand war eher niedrig und der Wortschatz klein. Die Artikulation war meistens wenig verständlich und die Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung gering. Es ist verständlich, dass die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen bei diesem eher mangelhaften Sprachstand wenig geneigt waren, häufig zu sprechen, während die klinisch unauffälligen Kinder tendenziell eher dazu neigten, häufiger zu sprechen (vgl. Tabelle 66).

#### **3.3.5.4 Anamnese der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen**

Die Anamnese gab den Bezugspersonen der rezeptiv sprachgestörten Klein- und Vorschulkinder die Möglichkeit, neben möglichen Problemen der Schwangerschaft, der Geburt, der frühkindlichen Entwicklung ihres Kindes, der Kenntnis über relevante Störungen in der Familie und bei den Vorfahren, auf die hier nicht eingegangen wird, die vermuteten oder vom Kinderarzt mitgebrachten Diagnosen der Störungen ihrer Kinder und die bis dahin bereits verordneten therapeutischen Maßnahmen (Möglichkeit von Mehrfachnennungen) zu beschreiben. Oft wurden gleichzeitig verschiedene Störungen des Kindes vermutet. Auch wurden oft schon verschiedene therapeutische Maßnahmen angewendet, offenbar ohne nachhaltigen Erfolg, sonst wären die kleinen Patient/innen nicht zur Behandlung mit Theraplay überwiesen worden.

Von den Bezugspersonen der klinisch unauffälligen Kinder (UKG) wurden keinerlei Vermutungen über mögliche Störungen ihres Kindes geäußert (vgl. Tabelle 67).

Bei den Bezugspersonen der Kinder, die dem Facharzt im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum vorgestellt wurden (LSS-Stichprobe) bestätigte sich, was zu erwarten war, nämlich dass 83% einen Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen und (mit Überschneidungen) 50% einen Verdacht auf Sprach- und Sprechstörungen sowie 31% einen Verdacht auf tiefgreifende Entwicklungsstörungen ihres Kindes äußerten. Es erstaunt jedoch, dass von den Bezugspersonen der Kinder, die in den neun verschiedenen therapeutischen Institutionen mit Theraplay behandelt oder an diese zur Theraplay-Behandlung überwiesen wurden (MCS-Stichprobe), auch 74% einen Verdacht auf Sprachentwicklungs- und 19% auf Sprach- und Sprechstörungen äußerten. Immerhin rund ein Drittel der Bezugspersonen der LSS-Stichprobe (33%) und ein Viertel der Eltern der MCS-Stichprobe (25%) berichteten auch über Verhaltensstörungen ihrer Kinder (vgl. Tabelle 67).

**Tabelle 67: Ausgewählte anamnestische Merkmale der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern**

Berichte der Bezugspersonen	▲ UKG N=30	● LSS N=52	MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS					
			■ MCS N=223	■ MCS-S N=83	■ MCS-D N=84	□ MCS-L N=56	◇ MCS-M N=72	◇ MCS-J N=151
Anamnese der Störung	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Störungsverdacht*</b>								
Sprachentwicklungsstörg.	0	83	74	77	72	71	76	72
Sprach- u. Sprechstörung	0	50	19	17	23	16	17	20
Verhaltensstörung	0	33	25	16	28	34	22	27
tiefgr. Entwicklungsstörung	0	31	9	12	7	7	8	10
Abklärung der Störung	0	23	4	2	6	4	1	5
<b>Diagnose ist akzeptiert</b>								
ja, akzeptiert	0	74	45	43	49	44	52	42
zum Teil akzeptiert	0	26	52	53	47	56	48	53
nein, nicht akzeptiert	0	0	3	4	4	0	0	4
<b>Bisherige Maßnahmen*</b>								
Frühförderung	4	18	24	31	19	21	24	24
Sonderkindergarten	0	70	35	49	33	19	37	34
Heilpädagogik	0	14	24	25	26	19	31	20
Logopädie	15	66	31	25	40	25	37	27
Ergotherapie	4	18	20	18	23	17	18	21

Anmerkungen: \*) Mehrfachnennung zum Störungsverdacht und zu bisherigen therapeut. Maßnahmen

Ein Verdacht auf Sprachentwicklungs- und tiefgreifende Entwicklungsstörungen wurde überproportional häufig von Bezugspersonen der MCS-Patient/innen mit schwerer Symptomatik geäußert, während von Bezugspersonen der MCS-Patient/innen mit deutlicher, aber nicht schwerer Symptomatik neben dem Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen überproportional häufig ein Verdacht auf Verhaltens- und auf Sprach- und Sprechstörungen geäußert wurde, und zwar häufiger für Jungen als für Mädchen (vgl. Tabelle 67).

Auffallend ist, was auch schon bei den Substichproben mit anderen Störungsbildern bemerkt wurde, dass wieder die Bezugspersonen der Patient/innen der MCS-Stichprobe insgesamt deutlich weniger Vermutungen über die Störungen ihrer Kinder äußerten.

Immerhin war einzelnen der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) auch schon Logopädie, Ergotherapie und Frühförderung verordnet worden, ohne dass deren Bezugspersonen Äußerungen über mögliche Störungssymptome machten. Doch von den Patient/innen der LSS-Stichprobe besuchten besonders viele, nämlich 70%, einen Sonderkindergarten und 66% wurde bereits früher Logopädie und je 18% Ergotherapie und Frühförderung verordnet. Bei proportional insgesamt weniger Äußerungen der Bezugspersonen der Patient/innen der MCS-Stichprobe über die diesen Kindern vorher schon verordneten therapeutischen Maßnahmen wurde relativ am häufigsten der Besuch eines



Sonderkindergartens und die Anwendung von Logopädie, Frühförderung und Heilpädagogik berichtet. Es ist offensichtlich, dass die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen beider Stichproben bereits eine erhebliche Therapiekarriere hinter sich hatten (vgl. Tabelle 67).

### **3.3.5.5 Häufigkeit und Ausprägung rezeptiver Sprachstörungen**

Bei 52 der 60 Patient/innen der LSS-Stichprobe (rund 87%) und 223 der 333 Patient/innen der MCS-Stichprobe (rund 67%) wurde in der Eingangsdiagnostik, d.h. vor Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ ), eine mehr oder weniger bedeutsame rezeptive Sprachstörung diagnostiziert. Auch einzelne Kinder der als klinisch unauffällig ausgewählten Kontrollgruppe (UKG) zeigten leichte, jedoch nicht behandlungsbedürftige Symptome von Sprachverständnisstörungen (vgl. Tabelle 68).

Von den Patient/innen der LSS- bzw. der MCS-Stichprobe mit rezeptiven Sprachstörungen hatten fast alle zugleich auch expressive Sprachstörungen (LSS 98% bzw. MCS 94%) und fast genau so viele auch Artikulationsstörungen (LSS 94% bzw. MCS 93%). Die expressiven Sprachstörungen waren nach Einschätzung mithilfe der 4-stufigen Dimensionalisierung von CASCAP-D sogar noch bedeutsamer ausgeprägt (in beiden Feldstudien mit durchschnittlich  $M_1=3.3$ ) als die rezeptiven Sprachstörungen (in beiden Feldstudien mit durchschnittlich  $M_1=3.1$ ), wobei die 83 (37%) der rezeptiv sprachgestörten MCS-Stichprobe mit schwerer Symptomausprägung (MCS\_S  $M_1=4.0$ ) nahezu kein Sprachverständnis hatten, aber auch die 84 (38%) Patient/innen mit deutlicher Symptomatik (MCS-D durchschnittlich  $M_1=3.0$ ) wenig verstanden (vgl. Tabelle 68).

Beide rezeptiv sprachgestörten Patient/innen-Stichproben (LSS und MCS) hatten jedoch nicht nur ausgeprägte Mängel des Sprachausdrucks und der Artikulation, sondern auch bedeutsame Aufmerksamkeitsstörungen (LSS  $M_1=2.7$ ; MCS  $M_1=3.0$ ), Verhaltensauffälligkeiten, beispielsweise unkooperatives (durchschnittlich LSS  $M_1=2.5$ ; MCS  $M_1=2.6$ ), oppositionell verweigerndes (LSS  $M_1=1.8$ ; MCS  $M_1=2.2$ ) oder scheues Verhalten (LSS  $M_1=1.6$ ; MCS  $M_1=2.0$ ), Störungen beim Spiel mit anderen Kindern (LSS  $M_1=1.8$ ; MCS  $M_1=2.0$ ), z.T. aber auch Hyperaktivität (LSS  $M_1=1.8$ ; MCS  $M_1=2.0$ ) und Impulsivität (LSS  $M_1=1.6$ ; MCS  $M_1=1.9$ ). Bei Patient/innen mit schwerer rezeptiver Sprachstörung sind die begleitenden Symptome fast durchweg ebenfalls schwer ausgeprägt (vgl. Tabelle 68).

**Tabelle 68: Häufigkeit und Ausprägung relevanter Symptome in den Stichproben der beiden Feldstudien vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Zeitpunkt  $t_1$ )**

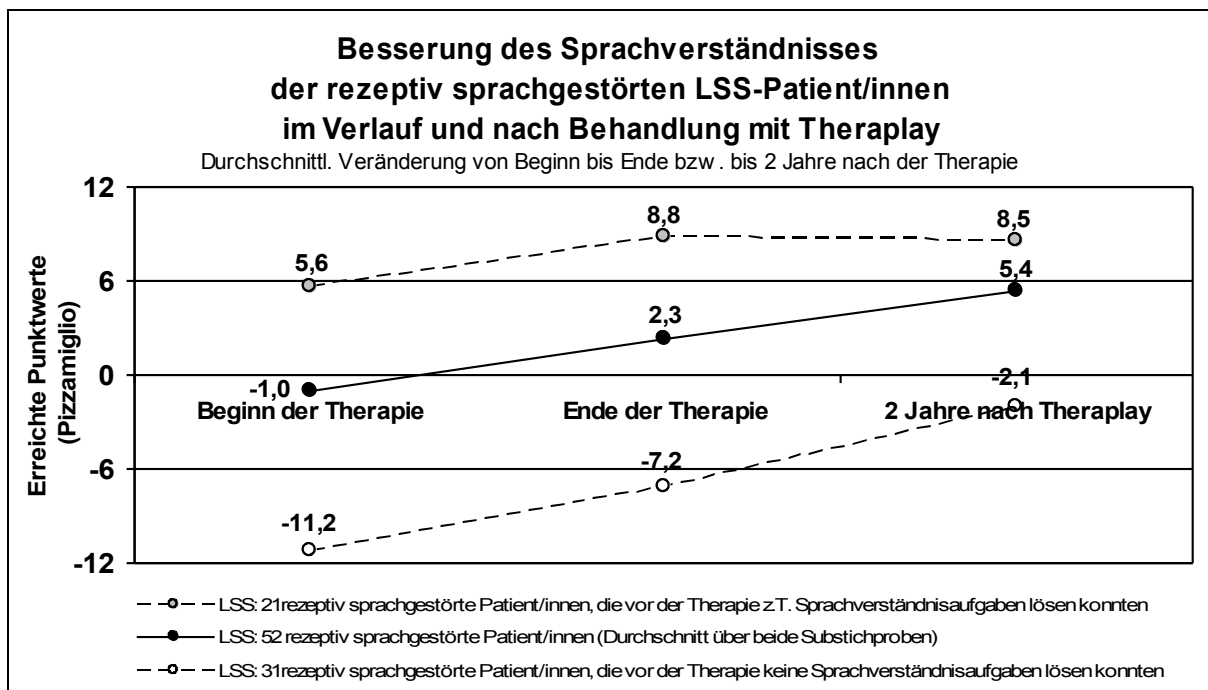
Kernsymptom und ausgewählte Begleitsymptome scheinbarer Kinder	▲ UKG N=30 =100%		● LSS N=52 =100%		MCS-Nettostichprobe und Substichproben der MCS											
					■ MCS N=223 =100%	▣ MCS-S N=83 =100%	▤ MCS-D N=84 100%	□ MCS-L N=56 =100%	◇ MCS-M N=72 =100%	◆ MCS-J N=151 =100%						
Häufigkeit	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Kernsymptom:</b> Rezept. Sprachstörung	7	23	52	100	223	100	83	100	84	100	56	100	72	100	151	100
<b>Auswahl relevanter Begleitsymptome:</b>																
Expressive Sprachstör.	3	10	51	98	210	94	83	100	66	79	26	46	65	90	145	96
Artikulationsstörung	6	20	49	94	207	93	83	100	70	83	38	68	65	90	142	94
Aufmerksamkeitsstör.	7	23	43	83	190	85	83	100	70	83	31	55	55	76	135	89
Unkooperativ. Verhalt.	3	10	39	75	163	73	63	76	58	69	42	75	46	64	117	77
Opposit. Verweigerung	3	10	19	37	127	57	52	63	43	51	32	57	34	47	93	62
Spielstörung	0	0	20	38	115	52	33	40	52	62	30	54	29	40	86	57
Scheu	7	23	20	38	114	51	35	42	46	58	33	59	42	58	72	48
Sozialer Rückzug	0	0	18	35	86	39	19	23	32	38	35	63	27	38	59	39
Hyperaktivität	8	27	20	38	99	44	42	51	38	45	19	34	21	29	78	52
Impulsivität	3	10	15	29	90	40	42	51	27	33	21	38	21	29	69	46
<b>Ausprägungsgrad</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$
<b>Kernsymptom:</b> Rezept. Sprachstörung	1.0	0.0	3.1	0.8	3.1	0.8	4.0*)	0.0	3.0*)	0.0	2.0*)	0.0	3.1	0.8	3.1	0.8
<b>Auswahl relevanter Begleitsymptome:</b>																
Expressive Sprachstör.	1.1	0.3	3.3	0.8	3.3	0.9	3.7	0.7	3.3	0.8	2.7	1.0	3.2	1.0	3.3	0.8
Artikulationsstörung	1.2	0.5	2.9	0.9	3.1	0.9	3.4	1.0	3.1	0.9	2.8	0.9	3.0	1.0	3.2	0.9
Aufmerksamkeitsstör.	1.3	0.5	2.7	1.0	3.0	1.1	3.3	1.0	2.9	1.0	2.6	1.1	2.7	1.2	3.1	1.0
Unkooperativ. Verhalt.	1.1	0.3	2.5	1.1	2.6	1.2	2.8	1.2	2.4	1.1	2.4	1.1	2.3	1.2	2.7	1.1
Opposit. Verweigerung	1.1	0.3	1.8	1.1	2.2	1.2	2.1	1.3	2.3	1.2	2.3	1.2	1.9	1.1	2.4	1.3
Spielstörung	1.0	0.0	1.8	1.1	2.0	1.1	2.6	1.3	1.9	1.0	1.5	0.7	1.8	1.1	2.2	1.2
Scheu	1.2	0.4	1.6	0.9	2.0	1.2	2.1	1.3	2.0	1.1	1.8	1.0	2.2	1.2	1.9	1.1
Sozialer Rückzug	1.0	0.0	1.6	0.9	1.7	1.0	1.9	1.1	1.6	0.9	1.5	0.9	1.8	1.1	1.7	0.9
Hyperaktivität	1.3	0.5	1.8	1.1	2.0	1.2	2.2	1.4	1.9	1.1	1.8	1.1	1.6	1.1	2.2	1.2
Impulsivität	1.1	0.3	1.6	1.0	1.9	1.2	2.1	1.3	1.9	1.1	1.7	1.1	1.6	1.1	2.0	1.3

Anmerkungen: N,%=Häufigkeit der Fälle, absolut und relativ; M,s=Mittelwert, Standardabweichung der Ausprägung der Symptome beim Erstkontakt (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ); \*)=keine Varianz, da bei schwerer Symptomausprägung alle Patient/innen mit 4, bei deutlicher mit 3, bei leichter mit 2 markiert.

### 3.3.5.6 Veränderung rezeptiver Sprachstörungen im Therapieverlauf

Die Veränderung des Sprachverständnisses der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen wurde mit dem zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung (1997) einzigen, den Patient/innen zumutbaren non-verbale Sprachverständnistest „Pizzamiglio“ (vgl. Zollinger, 1987, 1995, 2006) mit 39 sinnvermittelnden Bildvorlagen erhoben. Der von der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg für den Fachbereich der Frühförderung empfohlene Test ist abgesehen von den später durch Mathieu (2000) angegebenen Normierungshinweisen (vgl. eMail von Zollinger vom 09.03.2006 an Ulrike Franke) nicht altersnormiert. Um eine

altersgemäße Testleistung nachvollziehen zu können, wurde durch eine Regressionsanalyse entlang der altersgemäßen Entwicklung der klinisch unauffälligen Kontrollkinder und aller Patient/innen der LSS- und der MCS-Stichprobe ein altersabhängiger Verlauf der Mittelwerte festgestellt, von dem die Testleistungen der sprachverständnisgestörten Patient/innen abweichen konnten. Die 52 rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen wurden in zwei Gruppen getrennt, in 21 Patient/innen, die in der Eingangsdiagnostik vor Beginn der Therapie wenigstens eine oder einzelne der Aufgaben lösen konnten, und in 31 Patient/innen, deren Sprachverständnis so gering war, dass sie keine Aufgabe lösen konnten (vgl. Abbildung 40).



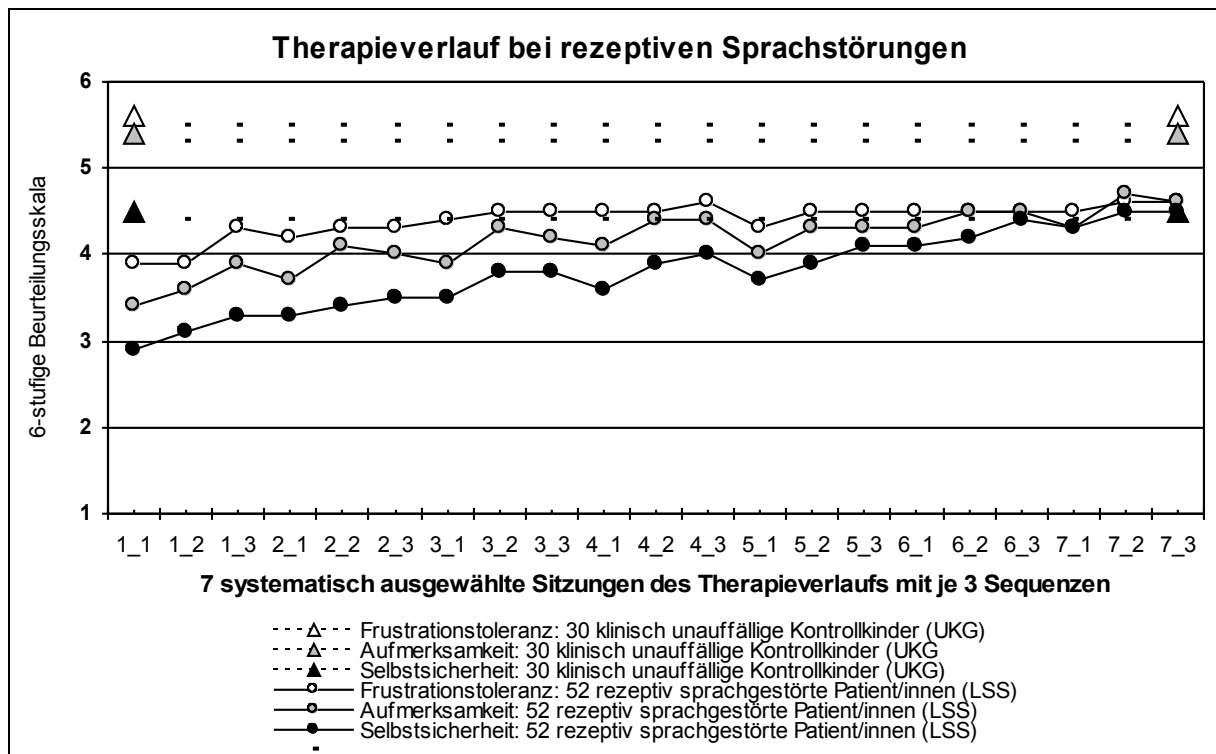
**Abbildung 40:** Klinisch signifikante Besserung und Nachhaltigkeit der Besserung

des Sprachverständnisses der LSS-Patient/innen vom Beginn bis 2 Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay (Statistische Signifikanz der Veränderung von Beginn bis Ende der Behandlung  $p_{1-6}=0.0103$ )

Wie Abbildung 40 zeigt, wurde das Sprachverständnis in einem Spektrum von  $\pm 12$  um den Mittelwert  $M=0$  erfasst. In diesem entwickelte sich das Sprachverständnis der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen von Beginn der Therapie bis zu deren Abschluss von durchschnittlich  $M_{\text{pizzamiglio}}=-1.0$  auf  $M_{\text{pizzamiglio}}=2.3$  und, nachdem das Sprachverständnis einmal angebahnt war, in den zwei Jahren nach Ende der Therapie weiter bis auf  $M_{\text{pizzamiglio}}=5.4$ . Rezeptiv sprachgestörte Patient/innen, die vor Beginn der Therapie bereits einige der Sinn stiftenden Abbildungen verstehen und dementsprechend richtig handeln konnten, zeigten eine durchschnittlich bessere Entwicklung ihres Sprachverständnisse von Beginn der Therapie bis zu deren Ende von  $M_{\text{pizzamiglio}}=5.6$  auf  $M_{\text{pizzamiglio}}=8.8$ . Es verschlechterte sich jedoch in den

beiden Jahren nach der Therapie, in denen sie nicht mehr behandelt wurden, wieder auf  $M_{Pizzamiglio}=8.5$ . Diejenigen der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen, die vor Beginn der Therapie keine der Abbildungen verstehen bzw. zumindest nicht dem Sinn entsprechend handeln konnten, hatten anfangs ein Sprachverständnisniveau von  $M_{Pizzamiglio} = -11.2$ , das sich bis zum Ende der Behandlung auf  $M_{Pizzamiglio} = -7.2$  und zwei Jahre der Therapie weiter auf  $M_{Pizzamiglio} = -2.1$  besserte, was jedoch immer noch ein schlechtes Sprachverständnis blieb.

Alle Therapiesitzungen der 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) wurden auf Video protokolliert. Aus den Videoprotokollen der 52 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen wurden jeweils sieben Therapiesitzungen systematisch ausgewählt und in drei Sequenzen geteilt. Diese  $7 \times 3 = 21$  Sequenzen wurden mit 1\_1, 1\_2, 1\_3 bzw. 2\_1, 2\_2, 2\_3 usw. bis 7\_1, 7\_2, 7\_3 gekennzeichnet. Dieses Vorgehen erlaubte eine Auswertung sowohl der *Therapie*verläufe als auch der *Sitzung*sverläufe. Jede Sequenz wurde nach 18 Prozessvariablen ausgewertet, von denen die für die Veränderung der Patient/innen der LSS-Stichprobe mit rezeptiven Sprachstörungen relevanten dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) gegenübergestellt wurden (vgl. Abbildungen 41-43).

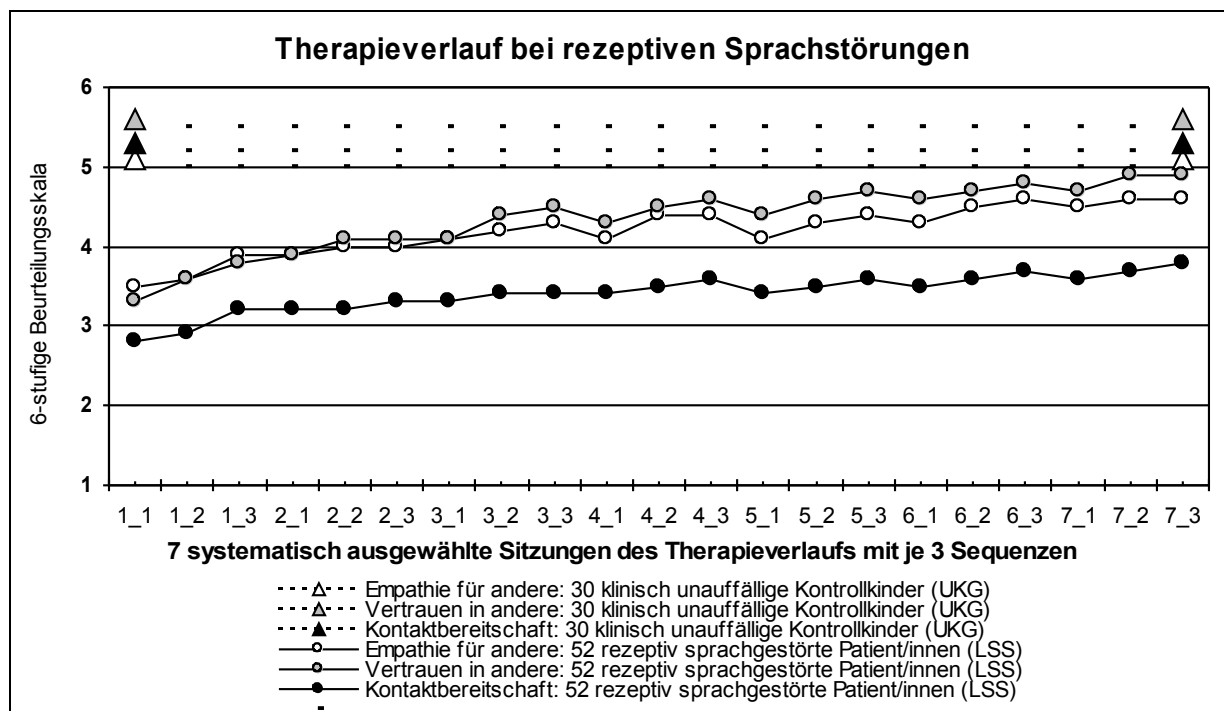


**Abbildung 41:** Verbesserung der Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit und Selbstsicherheit der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der Interaktion

Abbildung 41 zeigt, dass die klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG) eine hohe

Frustrationstoleranz und Aufmerksamkeit, jedoch eine etwas weniger hohe Selbstsicherheit hatten. Die mit Theraplay behandelten Patient/innen der LSS-Stichprobe bewegten sich im Therapieverlauf von einem anfangs eher niedrigen Niveau immer mehr zu dem der klinisch unauffälligen Kinder.

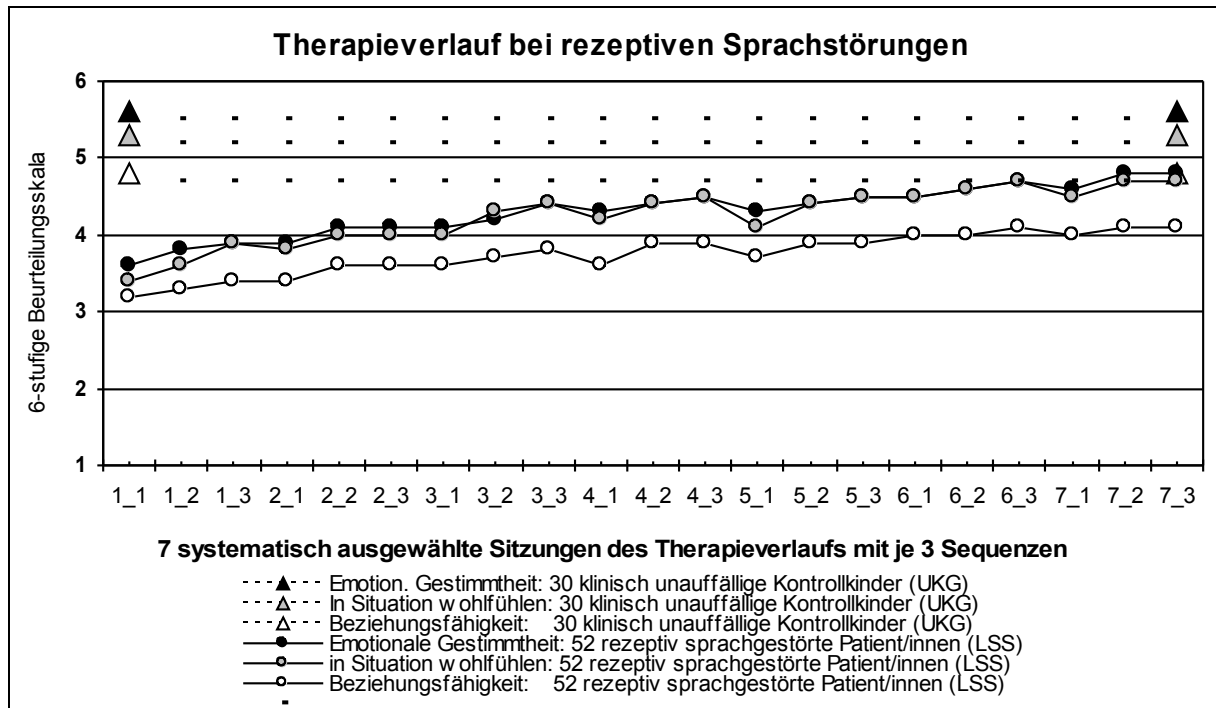
Mit der Verbesserung des Sprachverständnisses besserte sich zugleich auch das Interaktionsverhalten der anfangs bedeutsam rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen. Im Verlauf der Behandlung mit Theraplay entwickelten sich die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe so gut, dass ihre Selbstsicherheit am Ende der Therapie durchaus dem der klinisch unauffälligen Kontrollkinder entsprach, aber ihre Aufmerksamkeit und ihre Frustrationstoleranz blieben deutlich hinter der der Kontrollkinder (UKG) zurück (vgl. Abbildung 41).



**Abbildung 42:** Verbesserung der Empathie für andere, des Vertrauens in andere und der Kontaktbereitschaft der LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern in der Interaktion

Abbildung 42 zeigt, dass die klinisch unauffälligen Kontrollkinder sehr viel Empathie, sehr viel Vertrauen in andere und eine vergleichsweise hohe Kontaktbereitschaft hatten, hinter der die der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe zu Beginn der Behandlung mit Theraplay weit zurückgeblieben war. Im Verlauf der Therapie, d.h. mit zunehmendem Sprachverständnis (vgl. Abbildung 40), näherten sich Empathie und Vertrauen

der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen den Werten der klinisch unauffälligen Kontrollkinder ziemlich an. Ihre Kontaktbereitschaft entwickelte sich zwar auch, blieb aber weiterhin eher zurückhaltend.



**Abbildung 43:** Verbesserung der emotionalen Gestimmtheit, des Sichwohlfühlers und der Beziehungsfähigkeit der rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen in der therapeutischen Situation im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkinder in der Interaktion

Abbildung 43 zeigt, dass die emotionale Gestimmtheit und das Sichwohlfühlen in der Therapiesituation sowie die Bereitschaft der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen, sich auf eine Beziehung mit der Therapeutin einzulassen, im Therapieverlauf deutlich zunahm.

Carl Rogers (1902-1987) hatte einst postuliert, dass der Aufbau einer positiven Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten eine Voraussetzung für den Erfolg einer Psychotherapie sei. Deshalb wurde dieser Aspekt untersucht. Die Bereitschaft der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe, sich in der Therapie auf eine Beziehung mit der Therapeutin einzulassen, entwickelte sich mit zunehmendem Sprachverständnis positiv, blieb aber – ebenso wie die Kontaktbereitschaft – trotz genereller Besserung, verglichen mit der Beziehungsfähigkeit und Kontaktbereitschaft der klinisch unauffälligen Kontrollkinder, letztlich doch deutlich zurück (vgl. Abbildungen 42 und 43).

Noch einige Bemerkungen zum Verlauf der Therapiesitzungen: Die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen ließen sich zu Therapiebeginn zunächst sehr schnell auf die

Therapeutin ein, verhielten sich aber ab der zweiten untersuchten Sitzung zurückhaltender (vgl. Sequenzen 1\_1 bis 1\_3 in den Abbildungen 41-43). Die von Jernberg (1979) beschriebene Phase einer im Therapieverlauf zu erwartenden negativen Reaktion des Kindes auf die von der Therapeutin angebotenen Interaktionen (vgl. Kapitel 1.3.3) bestätigte sich auch bei den rezeptiv sprachgestörten LSS-Patient/innen. In der fünften von sieben untersuchten Therapiesitzungen (vgl. Sequenz 5\_1) wurde bei fast allen Veränderungsvariablen ein Einbruch der bis dahin beobachteten Besserung registriert, der als die beschriebene negative Reaktion des behandelten Kindes interpretiert werden kann. In den nachfolgenden Sitzungen zeigte sich jedoch wieder eine Besserung der beobachteten Verhaltensweisen (vgl. Abbildungen 41-43).

### **3.3.5.7 Effektivität und Nachhaltigkeit**

#### **der Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen: Bedeutsamkeit, Signifikanz und Effektgröße der Symptomveränderung sowie mögliche Zusammenhänge zwischen Kern- und Begleitsymptomen**

Die zentrale Hypothese dieser Therapieforchung nimmt an, dass die Behandlung mit Theraplay die Kernsymptome und relevante Begleitsymptome definierter psychischer Störungen, beispielsweise auch rezeptive Sprachstörungen bedeutsam, d.h. mit hinreichender Effektgröße, statistisch signifikant, nachhaltig und hinsichtlich der Therapiedauer effizient verringern kann.

**Therapeutischer Effekt von Theraplay.** Die therapiebedingte Veränderung der rezeptiven Sprachstörungen wurde von Klinikern vor Beginn (Zeitpunkt  $t_1$ ) und nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay ( $t_6$ ) sowie zwei Jahre nach Ende der Therapie ( $t_7$ ) mit Hilfe des Psychopathologischen Befund-Systems CASCAP-D auf vier Stufen zwischen  $M=4.0$  (schwer ausgeprägte Symptomatik) und  $M=1.0$  (klinische Unauffälligkeit) eingeschätzt. Bei der Behandlung von *Verhaltensstörungen* wie unkooperativem, oppositionell verweigerndem oder auch scheuem, sozial zurückgezogenem Verhalten hatte sich Theraplay als sehr wirksam erwiesen, so dass sogar die anfangs sehr verhaltensauffälligen Patient/innen sich nach der Therapie dem unauffälligen Verhalten der Kontrollkinder sehr angenähert hatten und das nachhaltig auch noch in den beiden folgenden Jahren der Katamnese. Dieser Effekt kann für die Behandlung von rezeptiven Sprachstörungen, für deren Ätiopathogenese neuronale Faktoren angenommen werden, nicht

in gleichem Maße erwartet werden (vgl. Tabelle 69 und Abbildung 44).

Doch zunächst zum Maßstab klinisch unauffälligen Verhaltens: Keines der Kontrollkinder (UKG) hatte rezeptive Sprachstörungen, alle verstanden Sprache altersgemäß und hatten einen hohen allgemeinen und Sprachentwicklungsstand (vgl. Tabellen 65 und 66).

Verglichen damit hatten die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen beider Feldstudien (LSS- und MCS-Stichprobe) vor Beginn der Behandlung mit Theraplay eine extrem ausgeprägte rezeptive Sprachstörung (durchschnittlich  $M_1=3.1$ ), die sich bis zum Ende der Therapie zwar klinisch bedeutsam um  $D_{1-6}=0.8$  (LSS) bzw.  $D_{1-6}=1.0$  (MCS) besserte, aber nur bis auf das Niveau einer immer noch leichten Sprachverständnisstörung (LSS: durchschnittlich  $M_6=2.3$ ; MCS: durchschnittlich  $M_6=2.1$ ). Die Effektgröße der Besserung der rezeptiven Sprachstörung war zwar in beiden Feldstudien hoch (LSS:  $d_{1-6}=|0.88|$ , MCS:  $d_{1-6}=|1.17|$ ) und die Veränderung der Symptomatik statistisch höchst signifikant mit  $p_{1-6}<.0001$ , aber die Patient/innen blieben in ihrem Sprachverständnis gestört, wenn auch auf einem weitaus besseren Niveau (vgl. Tabelle 69, Abbildungen 40 und 44).

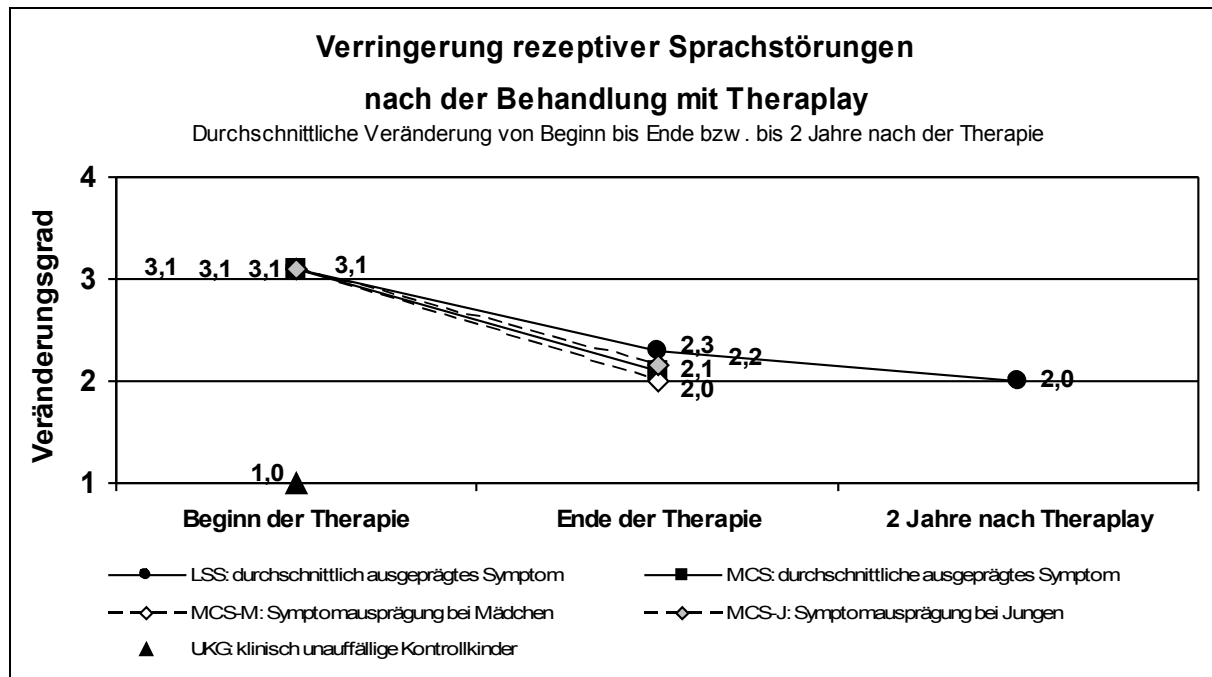
**Tabelle 69: Klinische Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung rezeptiver Sprachstörungen sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung rezeptiver Sprachstörungen										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{1-6}$	$p_{6-7}$	$d_{1-6}$	$d_{6-7}$
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	3.1	2.3	2.0	-0.8	0.8	1.0	0.9	<.0001	n.s.	0.88	0.32
■MCS	rezept. sprachgest.	3.1	2.1	-	-1.0	0.8	0.9	-	<.0001	-	1,17	-
▣MCS-S	schwer rez.sprachg	4.0*	2.6	-	-1.4	0.0	0.9	-	<.0001	-	(*)	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	3.0*	2.0	-	-1.0	0.0	0.7	-	<.0001	-	(*)	-
□MCS-L	leicht rez.spr.achg.	2.0*	1.5	-	-0.5	0.0	0.5	-	<.0001	-	(*)	-
◇MCS-M	rez. spr. Mädchen	3.1	2.0	-	-1.1	0.8	0.9	-	<.0001	-	1.29	-
◆MCS-J	rez.sprach.Jungen	3.1	2.1	-	-1.0	0.8	0.9	-	<.0001	-	1.17	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ ; (\*)=für schwere, deutliche, leichte Symptomatik wurden zum Zeitpunkt  $t_1$  Skalenwerte 4, 3, 2 gesetzt, so dass für den Zeitpunkt  $t_1$  keine Varianz gegeben ist.



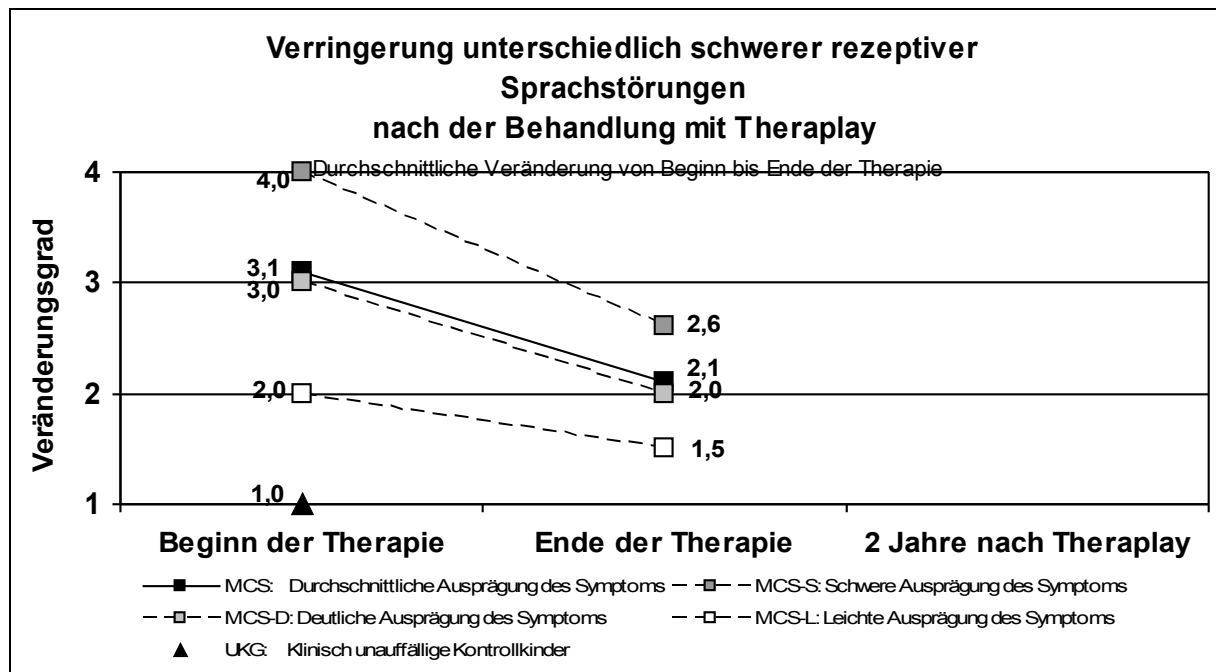
Die in beiden unabhängig voneinander durchgeführten Feldstudien (LSS und MCS) nachweisbar hohe Übereinstimmung des Grades und der Richtung der nach der Behandlung mit Theraplay deutlich verringerten rezeptiven Sprachstörungen ist neben einer bei diesen Patient/innen kaum denkbaren altersbedingten Entwicklung des Sprachverständnisses vermutlich eher ein Kennzeichen für die Validität dieser Therapieform. Die Effektgröße und die klinische und statistische Signifikanz der Symptomveränderung können als Kennzeichen für deren Validität und Reliabilität interpretiert werden (vgl. Tabelle 69, Abbildung 44).



**Abbildung 44:** Klinisch signifikante Verringerung und Nachhaltigkeit der Verringerung rezeptiver Sprachstörungen der Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG)

**Therapeutischer Effekt von Theraplay auf den Schweregrad rezeptiver Sprachstörungen.** Der Vergleich der therapiebedingten Verringerung der nach ihrem Schweregrad differenzierten Ausprägung rezeptiver Sprachstörungen (vgl. Tabelle 69 und Abbildung 45) mit der Symptomreduzierung von Verhaltensstörungen nach der Behandlung mit Theraplay (vgl. Abbildung 12 für die Veränderung der anfangs oppositionell verweigernden und Abbildung 17 für die anfangs scheuen Patient/innen) zeigt einen deutlich anderen Therapieeffekt: Zwar verringern sich schwer ausgeprägte rezeptive Sprachstörungen der MCS-Patient/innen (MCS-S) klinisch bedeutsam von  $M_1=4.0$  um  $D_{1-6}=1.4$  auf  $M_6=2.6$ , die deutlichen Symptomausprägungen (MCS-D) von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=2.0$  und die leichten Sprachverständnisstörungen (MCS-L) von  $M_1=2.0$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.5$ , aber

selbst die therapiebedingte Symptomverringering leichter rezeptiver Sprachstörungen erreicht nicht das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG:  $M=1.0$ ).



**Abbildung 45:** Klinisch signifikante Verringerung schwerer, deutlicher und leichter rezeptiver Sprachstörungen der Patient/innen der MCS-Stichprobe im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern (Statistische Signifikanz  $p_{1-6}<.0001$ )

Der therapeutische Effekt war bei Patient/innen mit anfänglich schweren rezeptiven Sprachstörungen am größten und bei deutlichen Sprachverständnisstörungen auch größer als bei leichten, aber letztlich verringern sich die unterschiedlich schweren rezeptiven Sprachstörungen eher parallel zueinander auf das jeweils niedrigere Niveau und nicht wie die untersuchten Verhaltensstörungen, die sich selbst bei anfänglich schwerster Ausprägung der Symptomatik bis zur klinischen Unauffälligkeit besserten (vgl. Abbildungen 12, 17 und 45).

**Geschlechtsspezifischer Effekt von Theraplay.** Tabelle 69 und Abbildung 45 zeigen, dass sich sprachverständnisgestörte Mädchen der MCS-Stichprobe (MCS-M) durch die Behandlung mit Theraplay in ihrer rezeptiven Sprachstörung von durchschnittlich  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=2.0$  fast gleichermaßen besserten wie die Jungen (MCS-J) von durchschnittlich  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=2.1$ . Die Symptomreduzierungen waren bei beiden Geschlechtern statistisch hoch signifikant mit  $p<.0001$  und die Effektstärken waren bei den Mädchen der MCS-Stichprobe mit  $d_{1-6}=|1.29|$  ähnlich groß wie bei den Jungen mit  $d_{1-6}=|1.17|$ . Es gab also keinen signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschied der Wirkung von Theraplay zwischen rezeptiv sprachgestörten Mädchen und Jungen.

**Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay.** Die Nachhaltigkeit des Therapieeffektes sollte sich daran erweisen, dass es in der Katamnese bis zwei Jahre nach Abschluss der Therapie keine Rückfälle und keine statistisch signifikanten negativen Veränderungen mehr gab. Die Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay wurde nur in der Längsschnittstudie untersucht: 41 der 52 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe (79%) konnten zwei Jahre nach Ende der Behandlung mit Theraplay noch einmal untersucht werden. Es gab einzelne leichte Rückfälle und einzelne Stagnationen der rezeptiven Sprachstörung, aber im Durchschnitt hatte sich das Sprachverständnis, nachdem es in der Therapie einmal angebahnt war, auch ohne weitere Behandlung mit Theraplay tendenziell weiter verbessert, und zwar mit einer geringen Effektgröße von  $d_{6-7}=|0.32|$  von durchschnittlich  $M_6=2.3$  um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=2.0$ . Diese Symptomreduzierung ist jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße statistisch nicht signifikant (vgl. Tab. 69, Abb. 44).

**Besserung des Sprachentwicklungsstandes.** Tabelle 70 zeigt, dass sich die Behandlung der rezeptiven sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe mit Theraplay wahrscheinlich, sofern es nicht unerkannt eine altersbedingte Entwicklung war, in einer Besserung des Sprachentwicklungsstandes ausgewirkt hat, und zwar durch eine geringe Vergrößerung des Wortschatzes, der Fähigkeit zur Sprachimitation und zum Bilden ganzer Sätze sowohl in der Fähigkeit zum Verstehen der Sprache als auch im Sprachausdruck. Trotzdem blieben die entwickelten Sprachfertigkeiten, da der Modalwert der zentralen Tendenz einer 6-stufigen Skalierung bei  $M=3.5$  liegt, weit unter dem Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder.

**Tabelle 70: Besserung des Sprachentwicklungsstandes der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen im Vergleich mit den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kontrollkindern (UKG) vom Zeitpunkt  $t_1$  bis zum Zeitpunkt  $t_6$**

Merkmale des Sprachentwicklungsstandes	▲ UKG		● LSS			
	N = 30 klinisch unauffällige Kontrollkinder		vor der Therapie Zeitpunkt $t_1$ N=52 von 60 Patient/innen		nach der Therapie Zeitpunkt $t_6$ N=41 von 52 Patient/innen	
			M	s	M	s
Sprechhäufigkeit (1=außerordentl.wenig –sehr viel=6)	4.8	0.9	2.9	1.6	3.4	1.6
Verständigungsfähigkeit (1=überh. nicht – sehr gut=6)	5.6	0.6	2.6	1.4	3.1	1.3
allgemeiner Sprachstand (1=sehr niedrig - altersg.=6)	5.8	0.5	2.5	1.2	3.1	1.3
kann Sprache imitieren (1=überh. nicht – sehr gut=6)	5.6	0.5	3.2	1.7	3.7	1.6
altersgem. Wortschatz (1= sehr klein – sehr groß =6)	5.4	0.6	2.6	1.3	3.2	1.5
spricht in ganzen Sätzen (1=nein – ja =6)	6.0	0.0	2.1	1.6	2.9	2.0
artikuliert seine Worte (1= unverständl. - verständl.=6)	5.9	0.5	2.7	1.2	3.3	1.5
Anmerkungen: M = Mittelwerte Spontansprache auf 6-stufiger Skala mit s = Standardabweichungen						

**Therapeutischer Nebeneffekt von Theraplay auf Begleitsymptome rezektiver Sprachstörungen.** Die sozialen Interaktionen der Patient/innen mit rezektiven Sprachstörungen wurden von einer Reihe von Symptomen anderer Störungen begleitet, insbesondere von Beeinträchtigungen des Sprachausdrucks, also von expressiven Sprachstörungen und Artikulationsstörungen, von Aufmerksamkeitsstörungen, von klinisch bedeutsamen Spielstörungen und bei einem Teil der Patient/innen auch von Hyperaktivität und Impulsivität, von unkooperativem, oppositionell verweigerndem oder von scheuem, sozial zurückgezogenem Verhalten (vgl. Tabellen 71-73).

Fast alle rezektiv sprachgestörten Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe hatten auch expressive Sprachstörungen (LSS: 98%, MCS: 94%) und Artikulationsstörungen (LSS: 94%, MCS: 93%). Beide Störungen verringerten sich mit der Reduzierung der rezektiven Sprachstörungen statistisch hoch signifikant, allerdings nicht bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder (UKG: Expressive Sprachstörung  $M_1=1.1$  bzw. Artikulationsstörungen  $M_1=1.2$ ):

→ Verringerung expressiver Sprachstörung als Begleitsymptome rezektiver Sprachstörungen:

MCS: von  $M_1=3.3$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=2.5$

LSS: von  $M_1=3.3$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=2.8$  und weiter um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=2.5$

→ Verringerung von Artikulationsstörungen als Begleitsymptome rezektiver Sprachstörungen:

MCS: von  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=2.4$

LSS: von  $M_1=2.9$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=2.3$  und wieder zurück um  $D_{6-7}=0.2$  auf  $M_7=2.5$ .

Allerdings verringerten sich die Symptome in den unterschiedlich belasteten Stichproben nicht mit gleicher Effektgröße. Expressive Sprachstörungen ( $d_{1-6}=|0.55|$ ) bzw. Artikulationsstörungen ( $d_{1-6}=|0.63|$ ) reduzierten sich durchschnittlich in der LSS-Stichprobe nur mit mittlerer Effektgröße, in der MCS-Stichprobe jedoch mit hoher Effektgröße, nämlich expressive Sprachstörungen mit  $d_{1-6}=|0.84|$  und Artikulationsstörungen mit  $d_{1-6}=|0.78|$  (vgl. Tabelle 71).

Der therapeutische Effekt war am größten bei MCS-Patient/innen mit schweren Symptomausprägungen, nämlich mit einer Effektgröße von

→  $d_{1-6}=|1.04|$  bei schweren expressiven Sprachstörungen von  $M_1=3.7$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=2.8$ ,

→  $d_{1-6}=|0.90|$  bei schweren Artikulationsstörungen von  $M_1=3.4$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=2.5$ .

Beide Symptomveränderungen waren statistisch hoch signifikant mit  $p_{1-6}<.0001$  (vgl. Tabelle 71).

**Tabelle 71: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung von Sprach- und Sprechstörungen als Begleitsymptome rezeptiver Sprachstörungen sowie Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standard- abweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Expressive Sprachstörungen als begleitendes Symptom rezeptiver Sprachstörungen</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept.v sprachgest.	3.3	2.8	2.5	-0.5	0.8	1.0	1.0	0.0011	0.0055	0.55	0.30
■MCS	rezept.v sprachgest.	3.3	2.5	-	-0.8	0.9	1.0	-	<.0001	-	0.84	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	3.7	2.8	-	-0.9	0.7	1.0	-	<.0001	-	1.04	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	3.3	2.6	-	-0.7	0.8	0.9	-	<.0001	-	0.82	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	2.7	2.0	-	-0.7	1.0	0.9	-	<.0001	-	0.74	-
◇MCS-M	rez. spr..Mädchen	3.3	2.5	-	-0.8	1.0	1.0	-	<.0001	-	0.80	-
◆MCS-J	rez. spr. Jungen	3.3	2.6	-	-0.7	0.8	0.9	-	<.0001	-	0.82	-
<b>Artikulationsstörungen als begleitendes Symptom rezeptiver Sprachstörungen</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.2	-	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	2.9	2.3	2.5	-0.6	0.9	1.0	1.5	<.0001	n.s.	0.63	0.16
■MCS	rezept. sprachgest.	3.1	2.4	-	-0.7	0.9	0.9	-	<.0001	-	0.78	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	3.4	2.5	-	-0.9	1.0	1.0	-	<.0001	-	0.90	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	3.1	2.5	-	-0.6	0.9	0.9	-	<.0001	-	0.67	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	2.8	2.2	-	-0.6	0.9	0.9	-	<.0001	-	0.67	-
◇MCS-M	rez. spr. Mädchen	3.0	2.4	-	-0.6	1.0	1.0	-	<.0001	-	0.60	-
◆MCS-J	rez. spr.Jungen	3.2	2.4	-	-0.8	0.9	0.9	-	<.0001	-	0.89	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

Die Effektgröße und der Grad der Verringerung der expressiven Sprachstörungen und der Artikulationsstörungen war bei Mädchen und Jungen der MCS-Stichprobe annähernd gleich:

→ Expressive Sprachstörungen verringerten sich

bei Mädchen (MCS-M) mit  $d_{1-6}=|0.80|$  von  $M_1=3.3$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=2.5$ ,

bei Jungen (MCS-J) mit  $d_{1-6}=|0.82|$  von  $M_1=3.3$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=2.6$ ,

→ Artikulationsstörungen verringerten sich

bei Mädchen (MCS-M) mit  $d_{1-6}=|0.82|$  von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=2.4$ ,

bei Jungen (MCS-J) mit  $d_{1-6}=|0.89|$  von  $M_1=3.2$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=2.4$ ,

und zwar durchweg statistisch signifikant mit  $p_{1-6}<.0001$  (vgl. Tabelle 71).

Tabelle 72 zeigt, dass einzelne klinisch unauffällige Kinder der Kontrollgruppe (UKG)

auch Symptome von Störungen hatten, deren Ausprägung jedoch im Durchschnitt sehr gering war, z.B. Aufmerksamkeitsstörungen  $M_1=1.3$ , Hyperaktivität  $M_1=1.3$ , Impulsivität  $M_1=1.1$ . Keines der Kontrollkinder zeigte Spielstörungen ( $M_1=1.0$ ).

Verglichen damit waren die möglicherweise genetisch, biologisch oder neurologisch bedingten Begleitsymptome der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS- und MCS-Stichprobe zu Beginn der Therapie (Zeitpunkt  $t_1$ ) z.T. deutlich, bei einem Teil der Kinder sogar schwer ausgeprägt, nämlich Aufmerksamkeitsstörungen im Durchschnitt in der LSS-Stichprobe mit  $M_1=2.7$ , in der MCS-Stichprobe  $M_1=3.0$ , Hyperaktivität in der LSS-Stichprobe  $M_1=1.8$ , in der MCS-Stichprobe  $M_1=2.0$ , Impulsivität in der LSS-Stichprobe  $M_1=1.6$ , in der MCS-Stichprobe  $M_1=1.9$ , Spielstörungen in der LSS-Stichprobe  $M_1=1.8$ , in der MCS-Stichprobe  $M_1=2.0$  (vgl. Tabelle 72).

Im Verlauf der Behandlung mit Theraplay reduzierten sich die rezeptiven Sprachstörungen und auch die Aufmerksamkeitsstörungen, und zwar in der LSS-Stichprobe mit mittlerer bis hoher Effektgröße ( $d_{1-6}=|0.63|$ ) und in der MCS-Stichprobe mit großer Effektstärke von  $d_{1-6}=|0.78|$  bis  $d_{1-6}=|1.26|$ . Hyperaktivität verringerte sich mit einer Effektgröße zwischen  $d_{1-6}=|0.34|$  und  $d_{1-6}=|0.71|$ , Impulsivität mit ähnlicher Effektgröße zwischen  $d_{1-6}=|0.34|$  und  $d_{1-6}=|0.67|$ . Spielstörungen reduzierten sich mit Effektgrößen zwischen  $d_{1-6}=|0.54|$  und  $d_{1-6}=|0.93|$  (vgl. Tab. 72).

Besonders bedeutsam sind die mit der Besserung des Sprachverständnisses sich abschwächenden Begleitsymptome der MCS-Patient/innen mit schweren rezeptiven Sprachstörungen (MCS-S), insbesondere wenn man sie mit der geringen Ausprägung dieser Symptome bei den klinisch unauffälligen Kontrollkindern vergleicht (vgl. Tabelle 72).

→Verringerung von Unaufmerksamkeit als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen:

MCS-S: von  $M_1=3.3$  um  $D_{1-6}=1.2$  auf  $M_6=\underline{2.1}$ ,  $p<.0001$

MCS: von  $M_1=3.0$  um  $D_{1-6}=1.1$  auf  $M_6=\underline{1.9}$ ,  $p<.0001$

LSS: von  $M_1=2.7$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=\underline{2.1}$ ,  $p<.0001$ , und um  $D_{6-7}=0.2$  auf  $M_7=\underline{1.9}$

→Verringerung von Hyperaktivität als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen:

MCS-S: von  $M_1=2.2$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=\underline{1.5}$ ,  $p<.0001$

MCS: von  $M_1=2.0$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=\underline{1.4}$ ,  $p<.0001$

LSS: von  $M_1=1.8$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=\underline{1.3}$ ,  $p<.0001$ , aber um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=\underline{1.6}$

→Verringerung von Impulsivität als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen:

MCS-S: von  $M_1=2.1$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=\underline{1.4}$ ,  $p<.0001$

MCS: von  $M_1=1.9$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=\underline{1.4}$ ,  $p<.0001$

LSS: von  $M_1=1.6$  um  $D_{1-6}=0.4$  auf  $M_6=\underline{1.2}$ ,  $p<.0001$ , aber um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=\underline{1.3}$   
 → Verringerung von Spielstörungen als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen:

MCS-S: von  $M_1=2.6$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=\underline{1.6}$ ,  $p<.0001$

MCS: von  $M_1=2.0$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=\underline{1.4}$ ,  $p<.0001$

LSS: von  $M_1=1.8$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=\underline{1.3}$ ,  $p<.0001$ , aber um  $D_{6-7}=0.2$  auf  $M_7=\underline{1.5}$

Es fällt auf, dass Theraplay zwar auf die begleitenden Aufmerksamkeitsstörungen nachhaltig wirkte und dass sich in den zwei Jahren nach der Therapie bis zum Zeitpunkt  $t_7$  die Aufmerksamkeit noch weiter besserte, dass jedoch die möglicherweise durch neurologische Faktoren bedingten Begleitsymptome der rezeptiven Sprachstörungen wie Hyperaktivität, Impulsivität und Spielstörungen nach dem Ende der Behandlung mit Theraplay leichte Rückfälle zeigten bzw. dass die in der Therapie signifikant verringerte Symptomatik ohne Therapie wieder leicht zunahm. Von namhaften Autoren wird angenommen, dass die Ätiopathogenese von rezeptiven Sprachstörungen durch genetische bzw. hirnorganische Faktoren bedingt sein könnte (vgl. u.a. Knölker et al., 2000, S. 184-189 zu umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens). Die Ergebnisse der Längsschnittstudie (LSS) zeigen jedoch auf der Basis von 52 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen, dass sich deren angebahntes Sprachverständnis in den beiden Jahren nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay weiter besserte (vgl. Tabelle 69 und Abbildung 44). Gleiches gilt für die weitere Besserung der *expressiven* Sprachstörungen in den beiden Jahren nach therapiebedingter Besserung der *rezeptiven* Sprachstörungen (vgl. Tabelle 71).

Spielstörungen sind oft Sekundärsymptome autistischer Störungen. Sie haben sich vermutlich eher anlage- und umweltbedingt oder aufgrund neuronaler Faktoren entwickelt. Die Ergebnisse der Längsschnittstudie zeigen, dass sich diese Begleitsymptome rezeptiver Sprachstörungen nach Ende der Therapie tendenziell wieder verschlechterten bzw. leichte Rückfällen zeigten, anders als Aufmerksamkeitsstörungen und expressive Sprachstörungen, die sich im Therapieverlauf signifikant und in den beiden Jahren nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay weiter besserten (vgl. Tabelle 72).

Dagegen scheint nach den Ergebnissen der Längsschnittstudie (LSS) die Wirkung von Theraplay auf Verhaltensstörungen, die die rezeptiven Sprachstörungen begleiteten, nachhaltig zu sein. Eine mögliche Erklärung ist, dass solche das Kernsymptom begleitenden Verhaltensauffälligkeiten sich nicht anlage-, sondern eher umweltbedingt entwickelten und vielleicht deshalb mit Theraplay nachhaltiger therapiert werden konnten (vgl. Tabelle 73).

**Tabelle 72: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung hyperkinetischen Verhaltens als Begleitsymptome rezeptiver Sprachstörung sowie praktische Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standard- abweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Unaufmerksames Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	2.7	2.1	1.9	-0.6	1.0	0.9	1.1	<.0001	n.s.	0,63	0,20
■MCS	rezept. sprachgest.	3.0	1.9	-	-1.1	1.1	0.8	-	<.0001	-	1,14	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	3.3	2.1	-	-1.2	1.0	0.9	-	<.0001	-	1,26	-
▣MCS-D	deutlich rez. sprach.	2.9	2.0	-	-0.9	1.0	0.7	-	<.0001	-	1,04	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	2.6	1.6	-	-1.0	1.1	0.7	-	<.0001	-	1,08	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	2.7	1.9	-	-0.8	1.2	0.8	-	<.0001	-	0,78	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	3.1	2.0	-	-1.1	1.0	0.8	-	<.0001	-	1,21	-
<b>Hyperaktives Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.3	-	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	1.8	1.3	1.6	-0.5	1.1	0.7	0.9	0.0023	.0289	0,54	0,37
■MCS	rezept. sprachgest.	2.0	1.4	-	-0.6	1.2	0.7	-	<.0001	-	0,61	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	2.2	1.5	-	-0.7	1.4	0.7	-	<.0001	-	0,65	-
▣MCS-D	deutlich rez. sprach.	1.9	1.5	-	-0.4	1.1	0.6	-	<.0001	-	0,45	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	1.8	1.3	-	-0.5	1.1	0.6	-	0.0006	-	0,56	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	1.6	1.3	-	-0.3	1.1	0.6	-	<.0001	-	0,34	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	2.2	1.5	-	-0.7	1.2	0.7	-	<.0001	-	0,71	-
<b>Impulsives Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	1.6	1.2	1.3	-0.4	1.0	0.6	0.6	0.0045	n.s.	0,49	0,17
■MCS	rezept. sprachgest.	1.9	1.4	-	-0.5	1.2	0.6	-	<.0001	-	0,53	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	2.1	1.4	-	-0.7	1.3	0.7	-	<.0001	-	0,67	-
▣MCS-D	deutlich rez. sprach.	1.9	1.4	-	-0.5	1.1	0.6	-	<.0001	-	0,56	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	1.7	1.3	-	-0.4	1.1	0.6	-	0.0008	-	0,45	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	1.6	1.3	-	-0.3	1.1	0.6	-	0.0040	-	0,34	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	2.0	1.4	-	-0.6	1.3	0.7	-	<.0001	-	0,57	-
<b>Spielgestörtes Verhalten als begleitendes Symptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	1.8	1.3	1.5	-0.5	1.1	0.6	1.4	<.0001	n.s.	0,56	0,19
■MCS	rezept. sprachgest.	2.0	1.4	-	-0.6	1.1	0.7	-	<.0001	-	0,65	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	2.6	1.6	-	-1.0	1.3	0.8	-	<.0001	-	0,93	-
▣MCS-D	deutlich rez. sprach.	1.9	1.3	-	-0.6	1.0	0.6	-	<.0001	-	0,73	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	1.5	1.1	-	-0.4	0.7	0.3	-	<.0001	-	0,74	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	1.8	1.3	-	-0.5	1.1	0.7	-	0.0002	-	0,54	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	2.2	1.4	-	-0.8	1.2	0.7	-	<.0001	-	0,81	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .



**Tabelle 73: Veränderung und Nachhaltigkeit der Veränderung sozial störenden Verhaltens als Begleitsymptom rezeptiver Sprachstörungen sowie Bedeutsamkeit  $D$ , statistische Signifikanz  $p$  und Effektgröße  $d$  der Veränderung nach Theraplay**

Stichproben bzw. Substichproben		Veränderung der Symptomatik										
		⇒ Mittelwerte			Diff. $M_1-M_6$	Standardabweichung			Signifikanz $t$ -Test		Effektgröße	
Kennz.	Stichprobenart	$M_1$	$M_6$	$M_7$	$D_{1-6}$	$s_1$	$s_6$	$s_7$	$p_{(1-6)}$	$p_{(6-7)}$	$d_{(1-6)}$	$d_{(6-7)}$
<b>Unkooperatives Verhalten als Begleitsymptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	2.5	1.5	1.3	-1.0	1.1	0.7	0.7	<.0001	n.s.	1.08	0,29
■MCS	rezept. sprachgest.	2.6	1.4	-	-1.2	0.8	0.3	-	<.0001	-	1.99	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	2.8	1.5	-	-1.3	1.2	0.6	-	<.0001	-	1.37	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	2.4	1.4	-	-1.0	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.13	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	2.4	1.3	-	-1.1	1.1	0.6	-	<.0001	-	1.24	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	2.3	1.3	-	-1.0	1.2	0.5	-	<.0001	-	1.09	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	2.7	1.5	-	-1.2	1.1	0.7	-	<.0001	-	1.30	-
<b>Oppositionell verweigerndes Verhalten als Begleitsymptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.1	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	1.8	1.2	1.1	-0.6	1.1	0.4	0.4	0.0002	n.s.	0.72	0,25
■MCS	rezept. sprachgest.	2.2	1.3	-	-0.9	1.2	0.5	-	<.0001	-	0.98	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	2.1	1.3	-	-0.8	1.3	0.5	-	<.0001	-	0.81	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	2.3	1.2	-	-1.1	1.2	0.4	-	<.0001	-	1,23	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	2.3	1.3	-	-1.0	1.2	0.4	-	<.0001	-	1.12	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	1.9	1.2	-	-0.7	1.1	0.4	-	<.0001	-	0.85	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	2.4	1.3	-	-1.1	1.3	0.5	-	<.0001	-	1.12	-
<b>Scheues Verhalten als Begleitsymptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.2	-	-	-	0.4	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	1.6	1.1	1.1	-0.5	0.9	0.4	0.2	0.0001	n.s.	0.72	0.00
■MCS	rezept. sprachgest.	2.0	1.2	-	-0.8	1.2	0.5	-	<.0001	-	0,87	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	2.1	1.2	-	-0.9	1.3	0.4	-	<.0001	-	0.94	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	2.0	1.2	-	-0.8	1.1	0.5	-	<.0001	-	0.94	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	1.8	1.1	-	-0.7	1.0	0.5	-	<.0001	-	0,89	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	2.2	1.2	-	-1.0	1.2	0.4	-	<.0001	-	1.12	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	1.9	1.2	-	-0.7	1.1	0.5	-	<.0001	-	0,82	-
<b>Sozial zurückgezogenes Verhalten als Begleitsymptom</b>												
▲UKG	klinisch unauffällig	1.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	-	-
●LSS	rezept. sprachgest.	1.6	1.1	1.1	-0.5	0.9	0.3	0.5	0.0004	n.s.	0.75	0.00
■MCS	rezept. sprachgest.	1.7	1.2	-	-0.5	1.0	0.4	-	<.0001	-	0,66	-
▣MCS-S	schwer rez. sprach.	1.9	1.2	-	-0.7	1.1	0.4	-	<.0001	-	0,85	-
▣MCS-D	deutlich rez.sprach.	1.6	1.1	-	-0.5	0.9	0.5	-	<.0001	-	0,69	-
□MCS-L	leicht rez. sprachg.	1.5	1.2	-	-0.3	0.9	0.5	-	0.0025	-	0,41	-
◇MCS-M	rez.spr..Mädchen	1.8	1.1	-	-0.7	1.1	0.3	-	<.0001	-	0,87	-
◆MCS-J	rez.spr. Jungen	1.7	1.2	-	-0.5	0.9	0.5	-	<.0001	-	0,69	-

Anmerkungen:  $M_1, M_6, M_7$ ;  $s_1, s_6, s_7$  = Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt  $t_1, t_6, t_7$ ;  $D_{1-6}$ =Differenz der Mittelwerte  $M_1-M_6$  zwischen Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_6$  = praktische Bedeutsamkeit;  $p_{(1-6)}$ =statistische Signifikanz  $M_1-M_6$ ;  $p_{(6-7)}$  = statistische Signifikanz  $M_6-M_7$ ; n.s. = nicht signifikant;  $d_{(1-6)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_1-M_6$ ;  $d_{(6-7)}$  = Effektgröße der Veränderung von  $M_6-M_7$ .

Nachfolgend einige Beispiele der Begleitsymptome rezeptiver Sprachstörungen:

→ Verringerung von unkooperativem Verhalten

mit Effektgröße  $d_{1-6}=|1.08|$  und statistischer Signifikanz der Veränderung von  $p_{1-6}<.0001$  von  $M_1=2.5$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=1.5$  und in der Katamnese weiter um  $D_{6-7}=0.2$  auf  $M_7=1.3$

→ Verringerung von oppositionell verweigerndem Verhalten

mit Effektgröße  $d_{1-6}=|0.72|$  und statistischer Signifikanz der Veränderung von  $p_{1-6}=0.0002$  von  $M_1=1.8$  um  $D_{1-6}=0.6$  auf  $M_6=1.2$  und in der Katamnese weiter um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=1.1$

→ Verringerung von scheuem Verhalten

mit Effektgröße  $d_{1-6}=|0.72|$  und statistischer Signifikanz der Veränderung von  $p_{1-6}=0.0001$  von  $M_1=1.6$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.1$  und in der Katamnese weiter auf  $M_7=1.1$  bleibend

→ Verringerung von sozial zurückgezogenem Verhalten

mit Effektgröße  $d_{1-6}=|0.75|$  und statistischer Signifikanz der Veränderung von  $p_{1-6}=0.0004$  von  $M_1=1.6$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.1$  und in der Katamnese weiter auf  $M_7=1.1$  bleibend.

Verhaltensstörungen bilden sich offensichtlich unter der Wirkung von Theraplay bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kontrollkinder zurück (UKG: Unkooperatives Verhalten  $M_1=1.1$ , oppositionell verweigerndes Verhalten  $M_1=1.1$ , scheues Verhalten  $M_1=1.2$  und sozial zurückgezogenes Verhalten  $M_1=1.0$ ) und bleiben auch in den beiden Jahren nach Abschluss der Therapie (Zeitpunkt  $t_7$ ) nachhaltig unauffällig (vgl. Tabelle 73).

**Möglicher Zusammenhang zwischen rezeptiven Sprachstörungen und begleitenden Symptomen.** In den beiden Feldstudien (LSS und MCS) wurde die Wechselbeziehung zwischen rezeptiven Sprachstörungen als Kernsymptom und relevanten Begleitsymptomen anhand von Pearson Korrelationskoeffizienten (SAS 9.1, Prozedur Corr) und deren statistischer Signifikanz daraufhin untersucht,

→ welche Begleitsymptome *kennzeichnend* für rezeptive Sprachstörungen sein könnten

(Basis: LSS- bzw. MCS-Nettostichproben) bzw.

→ zwischen welchen Begleitsymptomen und rezeptiven Sprachstörungen

ein *Zusammenhang* anzunehmen ist

(Basis: Rezeptiv sprachgestörte Patient/innen der LSS- bzw. MCS-Stichproben)

(vgl. Tabelle 74).

**Kennzeichnende Begleitsymptome rezeptiver Sprachstörungen.** Aus dem Spektrum der untersuchten Begleitsymptome sind expressive Sprachstörungen, Artikulationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Spielstörungen, Symptome des Autismus möglicherweise kennzeichnend für rezeptive Sprachstörungen. Dagegen sind typische Störungen des Sozialverhaltens wie unkooperatives, oppositionell verweigerndes oder scheues

Verhalten und Hyperaktivität evtl. auch Impulsivität wahrscheinlich nicht kennzeichnend für rezepptive Sprachstörungen. Manchmal werden Symptome einer Intelligenzminderung differenzialdiagnostisch mit rezeptiven Sprachstörungen verwechselt (vgl. Tab. 74, Sp. 2-5).

**Tabelle 74: Korrelation rezeptiver Sprachstörungen mit begleitenden Symptomen**

Begleitsymptome rezepativer Sprachstörungen								
Pearsonsche Korrelationskoeffizienten								
Erhebungszeitpunkt $t_1$ vor Beginn der Behandlung mit Theraplay								
Kernsymptom und relevante Begleitsymptome	Kennzeichnend. Begleitsymptome des Kernsymptoms				Zusammenhang zwischen Kern- und Begleitsymptomen			
	●LSS N=60		■MCS N=333		●LSS N=52 von 60		■MCS N=223 von 333	
	<i>r</i>	<i>p</i> ( <i>r</i> )	<i>r</i>	<i>p</i> ( <i>r</i> )	<i>r</i>	<i>p</i> ( <i>r</i> )	<i>r</i>	<i>p</i> ( <i>r</i> )
1	2	3	4	5	6	7	8	9
rezeptive Sprachstörung	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>	<.0001	<b>1.00</b>		<b>1.00</b>	
expressive Sprachstörung	<b>0.70</b>	<.0001	<b>0.68</b>	<.0001	<b>0.50</b>	<.0001	<b>0.47</b>	<.0001
Artikulationsstörungen	<b>0.35</b>	0.0048	<b>0.35</b>	<.0001	<b>0.18</b>	n.s.	<b>0.24</b>	0.0004
Aufmerksamkeitsstörung	<b>0.40</b>	0.0001	<b>0.44</b>	<.0001	<b>0.45</b>	0.0007	<b>0.29</b>	<.0001
autistoider Mangel an soz. Gegenseitigkeit	<b>0.23</b>	<.0001	<b>0.23</b>	<.0001	<b>0.56</b>	<.0001	<b>0.28</b>	<.0001
Spielstörungen	<b>0.47</b>	<.0001	<b>0.27</b>	<.0001	<b>0.47</b>	0.0004	<b>0.38</b>	<.0001
Hyperaktivität	<b>- 0.08</b>	n.s.	<b>0.12</b>	0.0322	<b>0.22</b>	n.s.	<b>0.14</b>	0.0329
Impulsivität	<b>- 0.15</b>	n.s.	<b>0.09</b>	n.s.	<b>0.08</b>	n.s.	<b>0.13</b>	n.s.
Unkooperativität	<b>0.00</b>	n.s.	<b>0.11</b>	0.0466	<b>0.43</b>	0.0014	<b>0.15</b>	0.0180
oppositionell. Verweigerung	<b>- 0.09</b>	n.s.	<b>0.03</b>	n.s.	<b>- 0.09</b>	n.s.	<b>- 0.06</b>	n.s.
Scheu	<b>0.09</b>	n.s.	<b>0.02</b>	n.s.	<b>0.01</b>	n.s.	<b>0.10</b>	n.s.

Anmerkungen: SAS 9.1-Prozedur „Corr“; *r*=Korrelationskoeffizienten nach Pearson; *p*(*r*)=statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten; n.s.= statistisch nicht signifikant

**Möglicher Zusammenhang zwischen rezeptiven Sprachstörungen und anderen Sprach- und Sprechstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, autistoiden Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.**

Über die Koinzidenz von rezeptiven Sprachstörungen und bestimmten Begleitsymptomen wurde schon berichtet. Hier soll nun anhand von Korrelationskoeffizienten untersucht werden, ob es eine positive oder negative Wechselbeziehung zwischen dem Kernsymptom und den untersuchten Begleitsymptomen gibt und wie hoch die Korrelationen sind. Allerdings wird bei einigen Begleitsymptomen durch die geringe Größe der LSS-Stichprobe ( $N=52$ ) die statistische Signifikanz der Korrelationskoeffizienten beeinträchtigt, die durch die größere MCS-Stichprobe ( $N=223$ ) als statistisch signifikant bestätigt werden.

In der Literatur wird bereits ein positiver Zusammenhang zwischen rezeptiven und

expressiven Sprachstörungen beschrieben (vgl. Grimm, 1994, 2005, Knölker et al., 2000), der sich in dieser Untersuchung bestätigt. So scheint, wenn die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen untersucht werden, nicht nur ein Zusammenhang mit Intelligenzminderung, autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, Spielstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, expressiven Sprachstörungen und Artikulationsstörungen zu bestehen, sondern möglicherweise auch mit Hyperaktivität (LSS:  $r=.22$ , statistisch noch nicht signifikant, MCS:  $r=.14$  mit  $p=.0329$  signifikant) und mit unkooperativem Verhalten (LSS:  $r=.43$  mit  $p=.0014$ , MCS:  $r=.15$  mit  $p=.0180$  signifikant). Deshalb sollte, wenn die vorgenannten Symptome oder Störungen diagnostiziert werden, immer auch nach Symptomen rezeptiver Sprachstörungen gesucht werden, (vgl. Tabelle 74, Spalten 6-9).

### 3.3.5.8 Effizienz der Wirkung von Theraplay (Therapiedauer)

Effizienz ist die ökonomische Seite der Effektivität einer Therapieform. Sie drückt sich durch die Therapiedauer, d.h. durch die Anzahl der durchschnittlich notwendigen Therapiesitzungen aus.

**Tabelle 75: Therapiedauer der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen**

Stichproben und MCS-Substichproben	N	Durchschnittliche Therapiedauer Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen			
		minimal	maximal	durchschnittlich	Standardabweichg.
●LSS Längsschnittstudie insgesamt	52	9	43	<b>19.0</b>	7.7
■MCS Multi-Center-Studie insgesamt	223	6	60	<b>19.4</b>	10.7
▣MCS-S mit schwerer Symptomatik	84	6	60	<b>22.8</b>	13.2
▣MCS-D mit deutlicher Symptomatik	83	7	55	<b>18.0</b>	8.5
□MCS-L mit leichter Symptomatik	56	7	52	<b>16.6</b>	7.9
◇MCS-M Mädchen mit rez. Sprachstör.	72	5	55	<b>18.2</b>	9.4
◆MCS-J Jungen mit rez. Sprachstörung.	151	6	60	<b>20.0</b>	11.2

Tabelle 75 zeigt, dass nach den Ergebnissen der beiden Feldstudien je nach Schweregrad der rezeptiven Sprachstörungen durchschnittlich 16 bis 23 Therapiesitzungen notwendig waren, um das Sprachverständnis anzubahnen. Die Patient/innen der LSS-Stichprobe brauchten durchschnittlich  $M=19.0$ ,  $s=7.7$ ; die der MCS-Stichprobe durchschnittlich  $M=19.4$ ,  $s=10.7$  Sitzungen bis zum Erreichen des Therapiezieles. Innerhalb dieser durchschnittlichen Therapiedauer gab es jedoch, wie die Standardabweichungen

zeigen, eine erhebliche Varianz. Insbesondere Patient/innen der MCS-Substichprobe mit schwer ausgeprägten Sprachverständnisstörungen brauchten durchschnittlich  $M=22.8$ ,  $s=13.2$ , Therapiesitzungen. Jungen brauchten tendenziell auch mehr als Mädchen, in einem Einzelfall eines geistig behinderten Jungen 60 Therapiesitzungen. Andererseits genügten bei leichten rezeptiven Sprachstörungen in Einzelfällen auch schon wenige Therapiesitzungen, um das mit den Bezugspersonen vereinbarte Therapieziel zu erreichen und die Sprache anzubahnen.

### **3.3.5.9 Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen auf Kind und Eltern aus Sicht der Kliniker und der Eltern**

Tabelle 76 zeigt, wie geschulte Kliniker die Veränderungen des Interaktionsverhaltens zwischen rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe und ihren Müttern im Vergleich mit dem Interaktionsverhalten zwischen den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und ihren Müttern (UKG) beurteilten. Über das Vater-Kind-Interaktionsverhalten kann nicht berichtet werden, weil zu wenige Väter rezeptiv sprachgestörter Patient/innen an den Therapiesitzungen teilnahmen und deshalb nicht beobachtet werden konnten.

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern aus der Sicht der Kliniker.** Die Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (Ritterfeld & Franke, 1994) ermöglichte es, die Emotionalität und das Führungsverhalten zwischen den Müttern und ihren rezeptiv sprachgestörten Kindern beim spielerischen Lösen von Aufgaben sowie die Reaktionen der Kinder und ihrer Mütter auf Trennungsstress und auf die Wiedervereinigung, wenn die Mütter das Spielzimmer für einige Minuten verließen und zu ihrem Kind wieder zurückkehrten, zu beobachten und als Videoprotokolle zu archivieren. Die Mutter-Kind-Interaktionen wurden von je zwei geschulten Klinikern beobachtet und unabhängig voneinander systematisch evaluiert.

Maßstab für normales Interaktionsverhalten war das der klinisch unauffälligen Kontrollkinder und ihrer Mütter (UKG). Sie zeigten bei der Lösung der Spielaufgaben ziemlich hohe positive Emotionalität (Mütter:  $M_1=5.0$ , Kinder:  $M_1=4.8$  auf der 6-stufigen Intervallskala) und eine gute Passung ( $M_1=5.5$ ). Die Mütter führten die Spielinteraktionen ( $M_1=5.6$ ). Das wurde von den Kindern fast durchweg akzeptiert ( $M_1=5.5$ ). Die klinisch unauffälligen Kontrollkinder versuchten kaum, die Führung zu übernehmen ( $M_1=1.4$ ).

**Tabelle 76: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen auf die Mutter-Kind-Interaktion im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kontrollkindern und deren Eltern aus Sicht der Kliniker**

Auswirkung der Veränderungen nach Behandlung mit Theraplay auf die Eltern-Kind-Interaktion	▲UKG Kontrollg.		●LSS-Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie							
	Beginn der Kontrolle $t_1$		Beginn der Therapie $t_1$		Ende der Therapie $t_6$	Veränderung $D t_1-t_6$	2 Jahre nach der Therapie $t_7$	Veränderung $D t_6-t_7$		
	N=30		N=52		N=50		N=50	N=37	N=37	
<b>Emotionalität der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_{1\Rightarrow M_6}$	$M_7$	$s_7$	$M_{6\Rightarrow M_7}$
- Passung der Emotionalität in der Kind-Mutter-Interaktion	5.5	0.4	4.0	1.4	4.8	0.9	+0.8	5.1	0.8	+ 0.3
-Hohe Emotionalität der Mutter in der Mutter-Kind-Interaktion	5.0	0.9	3.8	1.1	4.0	1.1	+0.2	3.8	0.9	- 0.2
-Hohe Emotionalität des Kindes in der Kind-Mutter-Interaktion	4.8	0.9	3.1	1.1	3.7	1.1	+0.6	3.7	1.2	± 0.0
<b>Führung in der Interaktion</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_{1\Rightarrow M_6}$	$M_7$	$s_7$	$M_{6\Rightarrow M_7}$
- Mutter führt die Spielinteraktion	5.6	0.6	4.9	1.0	5.4	0.6	+ 0.5	5.4	0.9	± 0.0
- Kind akzeptiert die Führung durch Mutter in Spielinteraktion	5.5	0.7	3.9	1.3	4.6	1.4	+ 0.7	5.2	1.1	+ 0.6
- Kind führt die Spielinteraktion	1.4	0.8	2.3	1.3	2.0	0.9	- 0.3	1.5	0.8	- 0.5
<b>Trennungsstress für Kinder</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_{1\Rightarrow M_6}$	$M_7$	$s_7$	$M_{6\Rightarrow M_7}$
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter bereitwillig trennen	5.2	1.2	3.8	1.6	4.8	1.3	+ 1.0	4.7	1.2	- 0.1
- Kind kann sich offensichtlich von Mutter unbefangen lösen	5.3	1.1	3.8	1.6	4.7	1.2	+ 0.9	4.7	1.2	± 0.0
- Kind hat offensichtlich großes Vertrauen in die Mutter	5.3	1.1	3.8	1.6	4.7	1.5	+ 0.9	4.8	1.3	+ 0.1
- Kind kann sich offensichtlich von d. Mutter schwer trennen	2.0	1.3	3.3	1.5	2.6	1.4	- 0.7	2.5	1.2	- 0.1
<b>Trennungsstress für Mütter</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_{1\Rightarrow M_6}$	$M_7$	$s_7$	$M_{6\Rightarrow M_7}$
- Mutter kann das Kind bei der Trennung bereitwillig loslassen	5.8	0.4	5.0	1.3	5.2	1.0	+ 0.2	5.5	1.1	+ 0.4
- Mutter kann sich von ihrem Kind einfühlsam trennen	5.0	0.9	4.5	1.1	4.7	1.1	+ 0.2	4.6	1.0	- 0.1
- Mutter kann sich offensichtlich vom Kind nur schwer trennen	1.1	0.4	2.2	1.3	1.7	1.0	- 0.5	1.2	0.4	- 0.5
<b>Wiedervereinigungsverhalten</b>	$M_1$	$s_1$	$M_1$	$s_1$	$M_6$	$s_6$	$M_{1\Rightarrow M_6}$	$M_7$	$s_7$	$M_{6\Rightarrow M_7}$
- Mutter reagiert bei Rückkehr ins Zimmer sofort auf die Reaktionen ihres Kindes	6.0	0.0	5.8	1.0	5.8	0.8	± 0.0	5.9	0.4	+ 0.1
- Mutter ist bei ihrer Rückkehr ins Zimmer sehr einfühlsam	5.1	0.7	4.6	1.2	4.7	1.0	+ 0.1	4.8	0.8	+ 0.1
- Kind strebt bei Rückkehr der Mutter freudig auf diese zu	5.2	0.5	4.6	1.5	5.0	0.8	+ 0.5	5.1	1.0	+ 0.1
- Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter vollkommen	1.0	0.0	1.4	1.0	1.4	1.0	± 0.0	1.2	0.8	- 0.2

Anmerkung: Beobachtungsmethode war die Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (H-MIM). Es werden nur die Auswirkungen auf die Mutter-Kind Interaktion berichtet, da zu wenige Väter zu allen drei Zeitpunkten kamen, um sich bei der Interaktion mit ihrem Kind beobachten zu lassen. Die Notation des interaktiven Verhaltens erfolgte in 6-stufigen praxis-basiert operationalisierten Skalen.

In der Trennungssituation, wenn die Mütter für einige Minuten das Spielzimmer verließen, konnten sich beide offensichtlich bereitwillig und unbefangen voneinander trennen

(Mütter:  $M_1=5.2$ ; Kinder:  $M_1=5.3$ ). Die Kinder hatten offenbar großes Vertrauen in die Rückkehr ihrer Mütter ( $M_1=5.3$ ). Die meisten klinisch unauffälligen Kinder strebten bei der Rückkehr ihrer Mütter freudig auf diese zu ( $M_1=5.2$ ) und alle Mütter reagierten sofort auf ihre Kinder ( $M_1=6.0$ ). Keines der klinisch unauffälligen Kontrollkinder ignorierte die Rückkehr seiner Mutter (vgl. Tabelle 76).

Im Vergleich mit den klinisch unauffälligen Kindern wurde auch untersucht, wie Patient/innen mit rezektiven Sprachstörungen und ihre Mütter vor Beginn der Therapie, nach der Behandlung mit Theraplay sowie zwei Jahre nach der Therapie miteinander agierten: Die Mütter zeigten vor der Therapie in der Interaktion mit ihren Kindern wenig positive Emotionalität ( $M_1=3.8$ ), die sich bis zum Ende der Therapie kaum besserte ( $M_6=4.0$ ) und bis zwei Jahre nach der Therapie wieder in das alte Muster zurückfiel ( $M_7=3.8$ ). Die Kinder zeigten vor der Therapie beim Spielen noch weniger Emotionalität als ihre Mütter ( $M_1=3.1$ ). Das besserte sich jedoch etwas bis zum Ende der Therapie ( $M_6=3.7$ ), danach aber nicht mehr weiter ( $M_7=3.7$ ). Obwohl die rezektiv sprachgestörten Patient/innen und ihre Mütter in der Spielsituation nicht viel Emotionalität zeigten, wurde von den Klinikern doch eine im Therapieverlauf zunehmende Passung zwischen der Emotionalität der Mütter und der ihrer sprachverständnisgestörten Kinder beobachtet, die sich vom Beginn bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay von  $M_1=4.0$  um  $D_{1-6}=0.8$  auf  $M_6=4.8$  und in den zwei Jahren nach der Therapie weiter um  $D_{6-7}=0.3$  auf  $M_7=5.1$  besserte (vgl. Tabelle 76).

In der vor Beginn der Behandlung mit Theraplay beobachteten Spielsituation versuchten die rezektiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe zum Teil, die Führung zu übernehmen ( $M_1=2.3$  auf der 6-stufigen Skala) und nicht wenige der Mütter ließen sie gewähren. Die Mütter übernahmen ihre Führungsaufgabe eher zurückhaltend ( $M_1=4.9$ ). Möglicherweise wussten sie aus dem Alltag schon, dass ihre Führung nicht akzeptiert werden würde ( $M_1=3.9$ ). Diese für die Mütter der rezektiv sprachgestörten Kinder schwierige Situation besserte sich jedoch im Verlauf der Therapie und in den beiden Jahren nach der Therapie deutlich. Das Führungsverhalten der Mütter veränderte sich vom Beginn bis zum Ende der Behandlung ihrer Kinder von  $M_1=4.9$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=5.4$  und blieb in den zwei Jahren nach der Therapie stabil auf diesem Niveau. Die Akzeptanz des mütterlichen Führungsverhaltens durch ihre Kinder verbesserte sich sogar noch deutlicher von anfangs  $M_1=3.9$  um  $D_{1-6}=0.7$  auf  $M_6=4.6$  und in den zwei Jahren nach der Therapie weiter um  $D_{6-7}=0.6$  auf  $M_7=5.2$ . Sie näherte sich damit dem in der gleichen Situation beobachteten Akzeptanzverhalten der klinisch unauffälligen Kinder ( $M=5.5$ ) an (vgl. Tabelle 76).

Die therapiebedingte Veränderung der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe wirkte sich in der Stresssituation mehr auf das Trennungs- und Wiedervereinigungsverhalten der Kinder als auf das ihrer Mütter aus: Die Bereitwilligkeit der Kinder, sich unbefangen von ihren Müttern zu trennen, wenn diese das Spielzimmer verließen, stieg im Therapieverlauf von  $M_1=3.8$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=4.8$  und blieb in den zwei Jahren nach der Therapie stabil. In ähnlicher Weise nahm ihr Vertrauen auf die Rückkehr ihrer Mütter von  $M_1=3.8$  um  $D_{1-6}=0.9$  auf  $M_6=4.7$ , aber in den zwei Jahren nach der Therapie nur noch um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=4.8$  weiter zu. Einige dieser kleinen Patient/innen erlebten auch nach der Behandlung mit Theraplay noch Trennungsstress. Das von Anfang an bereitwilligere Trennungsverhalten der Mütter besserte sich dagegen im Therapieverlauf kaum von anfangs  $M_1=5.0$  um  $D_{1-6}=0.2$  auf  $M_6=5.2$  und in den zwei Jahren nach der Therapie nur um  $D_{6-7}=0.4$  weiter auf  $M_7=5.5$ . Allerdings war auf diesem schon hohen Niveau auch kaum noch eine weitere Besserung möglich. Bemerkenswerter ist, dass sich nach Einschätzung der Kliniker das Einfühlungsvermögen der Mütter bei der Trennung von ihren Kindern nicht wirklich besserte, weil es sich zwar zunächst von einem eher zurückgenommenen Niveau von  $M_1=4.5$  nur um  $D_{1-6}=0.2$  auf  $M_6=4.7$  und in den zwei Jahren nach der Therapie weiter um  $D_{6-7}=0.1$  auf  $M_7=4.6$  verschlechterte, was allerdings auch zufallsbedingt sein kann (vgl. Tab.76).

Nach der Therapie strebten die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen freudiger als vor Therapiebeginn auf ihre Mütter zu, wenn diese ins Spielzimmer zurückkehrten. Ihr Verhalten änderte sich von anfangs  $M_1=4.6$  um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=5.0$ , aber es änderte sich in den zwei Jahren nach der Therapie kaum noch auf  $M_7=5.1$ . Die Mütter reagierten nach Einschätzung der Kliniker fast ausnahmslos sofort auf die Zuwendung ihrer Kinder: Vor der Therapie  $M_1=5.8$ , direkt danach  $M_6=5.8$  und zwei Jahre später  $M_7=5.9$  (vgl. Tabelle 76).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung auf die Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen aus der Sicht der Eltern.** Dieser Teil der Untersuchung wurde als Befragung der Mütter und Väter der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe nach Abschluss der Behandlung mit Theraplay und zwei Jahre später durchgeführt. Es ist zu vermuten, dass von Eltern, insbesondere von Müttern, die ihre Kinder im Alltag oft besser als die Väter beobachten konnten, die therapiebedingten Veränderungen ihrer früher sprachverständnisgestörten Kinder wahrscheinlich realitätsnäher geschildert werden konnten als von den Klinikern, die die Patient/innen nur in der Ausnahmesituation der Therapie beobachteten (vgl. Tabellen 77 und 78).

Sowohl aus der Sicht der Mütter als auch der Väter wurde zwar anerkannt, dass sich



durch die Behandlung mit Theraplay für ihr sprachverständnisgestörtes Kind manches besserte, aber beide Elternteile beurteilten die Besserungen ihres Kindes eher zurückhaltend. Mütter sahen vornehmlich eine Besserung der Selbstsicherheit ( $M_6=4.9$ ), der Aufmerksamkeit ( $M_6=4.8$ ), des Mutes ( $M_6=4.6$ ) und der Bereitschaft ihrer Kinder zum Kontakt mit anderen Menschen ( $M_6=4.9$ ). Väter sahen das etwas zurückhaltender: Nach ihrer Meinung hatte sich durch die Therapie vornehmlich das Selbstbewusstsein ( $M_6=4.8$ ), die Aufmerksamkeit ( $M_6=4.7$ ) und der Mut ihrer Kinder ( $M_6=4.7$ ) gebessert (vgl. Tabelle 77).

**Tabelle 77: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der LSS-Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen auf deren Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl und Verhalten aus Sicht der Eltern**

Stichprobe: N=52 rezeptiv sprachgestörte LSS-Patient/innen, die mit Theraplay behandelt wurden.	aus Sicht der Mütter			aus Sicht der Väter		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Das Kind hat sich verbessert</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_6 \Rightarrow M_7$
in seiner Aufmerksamkeit	4.8 0.8	4.9 0.7	+ 0.1	4.7 0.8	4.7 0.7	$\pm 0.0$
in seiner Selbstsicherheit	4.9 0.7	4.9 0.7	$\pm 0.0$	4.5 1.2	5.0 0.8	+ 0.5
in seinem Selbstbewusstsein	4.5 1.2	5.1 0.7	+ 0.6	4.8 0.8	4.8 0.6	$\pm 0.0$
im Umgang mit sein. Gefühlen	4.6 1.0	4.5 1.0	- 0.1	4.5 0.7	4.5 0.8	$\pm 0.0$
im Umgang mit Missgeschick	4.3 1.0	4.4 1.1	+ 0.1	4.5 0.9	4.6 0.9	+ 0.1
im Mut, es ist mutiger geword.	4.6 1.1	4.9 1.0	+ 0.3	4.7 0.9	5.0 0.8	+ 0.3
generell im Kontakt m. anderen	4.7 0.9	4.9 0.9	+ 0.2	4.5 0.6	4.9 0.8	+ 0.4
in der Kontaktbereitschaft	4.4 1.1	5.0 0.7	+ 0.6	4.1 1.3	4.8 0.9	+ 0.7
Anmerkungen: $M_6$ , $s_6$ ; $M_7$ $s_7$ = Mittelwerte und deren Standardabweichungen nach Theraplay $t_6$ , $t_7$ .						

Zwei Jahre nach der Theraplay-Behandlung sahen die Eltern in einigen Aspekten eine weitere Besserung im Verhalten ihrer Kinder: Aus Sicht der Mütter hatte sich in den beiden Jahren vornehmlich das Selbstbewusstsein von  $M_6=4.5$  um  $D_{6,7}=0.6$  auf  $M_7=5.1$  und die Bereitschaft des Kindes, Kontakte zu anderen Menschen aufzunehmen, von  $M_6=4.4$  um  $D_{6,7}=0.6$  auf  $M_7=5.0$  weiter gebessert. Aus Sicht der Väter hatte sich nach der Therapie vornehmlich die anfangs eher geringe Bereitschaft ihrer Kinder, Kontakt zu anderen aufzunehmen, von  $M_6=4.1$  um  $D_{6,7}=0.7$  auf  $M_7=4.8$  und die Selbstsicherheit ihrer Kinder von  $M_6=4.5$  um  $D_{6,7}=0.5$  auf  $M_7=5.0$  noch weiter gebessert (vgl. Tabelle 77).

**Auswirkung der therapiebedingten Veränderung rezeptiv sprachgestörter Kinder auf die Eltern aus der Sicht der Eltern.** Ein wesentlicher Aspekt für die Mütter wie

die Väter war wohl, dass sie sich von der Therapeutin akzeptiert fühlten. Diese gute Erinnerung hatte zwei Jahre nach der Theraplay-Behandlung ihres Kindes sogar noch zugenommen, und zwar bei Müttern von  $M_6=5.4$  um  $D_{6,7}=0.3$  auf  $M_7=5.7$ , bei Vätern von  $M_6=4.7$  um  $D_{6,7}=0.6$  auf  $M_7=5.3$  (vgl. Tabelle 78).

**Tabelle 78: Auswirkung der therapiebedingten Veränderung der rezeptiven sprachgestörten Kinder auf ihre Eltern aus Sicht der Eltern**

Stichprobe: N=52 rezeptiv sprachgestörte LSS-Patient/innen, die mit Theraplay behandelt wurden.	aus Sicht der Mutter			aus Sicht des Vaters		
	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$	Ende der Therapie Zeitp. $t_6$	2 Jahre nach der Therapie Zeitp. $t_7$	Verän- derung $t_6 \Rightarrow t_7$
<b>Für mich hat sich verbessert:</b>	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_{6 \Rightarrow 7}$	$M_6$ $s_6$	$M_7$ $s_7$	$M_{6 \Rightarrow 7}$
Die Therapie mit Theraplay hat dem Kind und mir geholfen	5.0 1.3	5.1 1.1	+ 0.1	4.8 1.3	4.5 1.5	- 0.3
Ich habe das Gefühl, ich wurde von der Therapeutin akzeptiert	5.4 1.1	5.7 0.5	+ 0.3	4.7 1.6	5.3 0.8	+ 0.6
Durch die Therapie hat meine elterl. Sicherheit zugenommen	4.0 1.7	4.0 1.7	$\pm 0.0$	4.0 1.6	3.9 1.5	- 0.1
Für mich Stärkung und Stützung	5.0 1.2	5.0 1.3	$\pm 0.0$	4.9 1.2	4.9 1.1	$\pm 0.0$
Ich fühle mich merklich entlastet	4.3 1.4	4.2 1.7	- 0.1	4.1 1.4	3.8 1.5	- 0.3
Kann in schwierigen Situationen mit Kind entspannter umgehen	4.6 1.5	4.2 1.3	- 0.4	4.7 1.1	3.7 1.7	- 1.0
Kann mit Kind besser umgehen	4.8 1.5	4.2 1.7	- 0.6	4.6 1.2	4.1 1.5	- 0.5
Bindung mit Kind ist verbessert	3.9 1.8	3.5 2.0	- 0.4	4.1 1.5	3.3 1.6	- 0.8
Anmerkung: Die Mütter und Väter wurden unabhängig voneinander befragt. Ihre Antworten notierten sie selbst nach Anleitung in 6-stufigen Beurteilungsskalen (vgl. Kapitel 3.2, Abbildungen 6 und 7)						

Zwischen Müttern und Vätern gibt es jedoch einen bemerkenswerten Unterschied, der mit dem alltäglichen Erleben des Verhaltens ihres Kindes zusammenhängen mag: Während die meisten Mütter anerkannten und zwei Jahre später auch noch der Meinung waren, dass die Behandlung ihres rezeptiv sprachgestörten Kindes sowohl dem Kind als auch ihnen selbst geholfen habe (am Ende der Therapie  $M_6=5.0$ , zwei Jahre später  $M_7=5.1$ ), sahen die Väter das nicht so und zwei Jahre später noch weniger (am Ende der Therapie  $M_6=4.8$ , zwei Jahre später  $M_7=4.5$ ). Interessant ist, dass Mütter und Väter zwei Jahre nach der Therapie drei wesentliche Aspekte ihrer eigenen Möglichkeiten im Umgang mit ihrem Kind als weniger gut erlebten:

→ Sie hatten das Gefühl, dass sie nun weniger gut mit ihrem Kind umgehen könnten

(Mütter:  $M_6=4.8$ , zwei Jahre später  $M_7=4.2$ ; Väter:  $M_6=4.6$ , zwei Jahre später  $M_7=4.1$ ),

→ dass sie nun in schwierigen Situationen weniger entspannt mit dem Kind umgehen könnten

(Mütter:  $M_6=4.6$ , zwei Jahre später  $M_7=4.2$ ; Väter:  $M_6=4.7$ , zwei Jahre später  $M_7=3.7$ ),  
→ dass die Bindung zwischen ihrem Kind und ihnen sich verschlechtert habe  
(Mütter:  $M_6=3.9$ , zwei Jahre später  $M_7=3.5$ ; Väter:  $M_6=4.1$ , zwei Jahre später  $M_7=3.3$ )  
(vgl. Tabelle 78).

### 3.3.5.10 Zusammenfassung

**Beschreibung der Symptomatik.** Spracherwerb ist eine wesentliche Entwicklungsaufgabe des Kindes. Wissenschaftlich ist belegt (u.a. Bishop, 1997; Grimm, 1994, 1997, 2005; Resch 1999), dass der Erwerb der Sprache biologisch bedingt ist und auf der Wechselwirkung zwischen angeborenen Fähigkeiten und Einflüssen der Umwelt basiert. Alle Kinder, die sich normal entwickeln, lernen in etwa dem gleichen Lebensalter zu sprechen, nachdem sie vorausgehende Entwicklungsstufen abgeschlossen haben. Das hat neurobiologische Gründe: Der Cortex der linken Hirnhemisphäre, in der auch die Areale der Sprachverarbeitung (Wernicke-Zentrum) und der motorischen Sprachproduktion (Broca-Zentrum) lokalisiert sind, reift erst nach der rechten Hirnhemisphäre aus, von der angenommen wird, dass sie von Geburt an die Affekte des Neugeborenen und die für sein Überleben notwendige emotionale Bindung der versorgenden Bezugsperson reguliert.

**Art und Größe der Stichproben.** Von den 60 Patient/innen der kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) litten 52 (87%) unter rezeptiven Sprachstörungen unterschiedlicher Ausprägung. Von den 333 Patient/innen der Multi-Center-Studie (MCS) litten relativ weniger, nämlich 223 (67%) unter verzögerter oder mangelnder Entwicklung des Sprachverständnisses. Von diesen 223 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der MCS-Stichprobe hatten 83 (37%) eine schwere, 84 (38%) eine deutliche und 56 (25%) eine leichte Symptomatik. Von den 52 rezeptiv sprachgestörten Patient/innen der LSS-Stichprobe mit Sprachverständnisstörungen waren 38 (73%) Jungen und von den 223 Patient/innen der MCS-Stichprobe waren 151 (68%) Jungen. Die Relation von Jungen zu Mädchen betrug etwas mehr als 2:1.

**Entwicklungsstand der Kinder.** Die Diagnose einer rezeptiven Sprachstörung wird durch den Entwicklungsstand der betroffenen Patient/innen bestätigt: Gemessen am Entwicklungsstand der klinisch unauffälligen Kontrollkinder gleichen Alters und Geschlechts waren die Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen deutlich zurückgeblieben, jedoch weniger in ihrem Gedächtnis als in bestimmten Formen ihrer kognitiven und vor allem in ihrer Sprach- und in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung.

**Begleitsymptome.** Die Eingangsdagnostik der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen bestätigte in beiden Feldstudien (LSS- bzw. MCS-Stichprobe) hinsichtlich Häufigkeit und Ausprägung der Begleitsymptome den erwarteten Zusammenhang: 98% bzw. 94% der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen hatten auch expressive Sprachstörungen. Sie waren in beiden Studien durchschnittlich mit  $M_1=3.3$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.7$  ähnlich hoch ausgeprägt wie die rezeptive Sprachstörungen mit durchschnittlich  $M_1=3.3$ , in schweren Fällen mit  $M_1=4.0$  der 4-stufigen Dimensionalisierung von CASCAP-D. Bei 94% bzw. 93% der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen wurden auch Artikulationsstörungen diagnostiziert. Sie waren in der LSS-Stichprobe mit  $M_1=2.9$  und in der MCS-Stichprobe mit  $M_1=3.1$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.4$  bedeutsam ausgeprägt. 83% bzw. 85% der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen hatten Aufmerksamkeitsdefizite, etwa die Hälfte von ihnen, nämlich 38% bzw. 44% der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen waren zugleich hyperaktiv, 29% bzw. 40% auch impulsiv. Die Aufmerksamkeitsdefizite waren durchschnittlich mit  $M_1=2.7$  bzw.  $M_1=3.0$ , in schweren Fällen mit  $M_1=3.3$  deutlich ausgeprägt. Die rezeptiv sprachgestörten Patient/innen zeigten unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten: 75% bzw. 73% verhielten sich unkooperativ, 37% bzw. 60% oppositionell verweigernd, 38% bzw. 51% scheu und 35% bzw. 39% sozial zurückgezogen. 38% bzw. 52% zeigten Spielstörungen. Die begleitenden Verhaltensstörungen waren jedoch eher leicht bis deutlich ausgeprägt. So zeigten beispielsweise schwer rezeptiv sprachgestörte Patient/innen in Koinzidenz ein unkooperatives Verhalten mit durchschnittlich  $M_1=2.8$ , Spielstörungen mit  $M_1=2.6$ , Hyperaktivität mit  $M_1=2.2$ , Impulsivität mit  $M_1=2.1$ , oppositionell verweigerndes Verhalten mit  $M_1=2.1$  und Scheu mit  $M_1=2.1$ .

**Nachhaltigkeit.** Die rezeptiven Sprachstörungen besserten sich nicht nur im Verlauf der Behandlung mit Theraplay, sondern auch weiter in den beiden Jahren nach der Therapie. Gemessen an den klinisch unauffälligen Kontrollkindern mit  $M_1=1.0$  besserte sich das mangelnde Sprachverständnis rezeptiv sprachgestörter Patient/innen der LSS-Stichprobe mit großer Effektstärke ( $d_{1-6}=|0.88|$ ) und statistisch hoch signifikant ( $p_{1-6} < .0001$ ) von anfangs durchschnittlich  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=0.8$  bis Ende der Therapie auf  $M_6=2.3$  und nach der Therapie mit kleiner Effektgröße ( $d_{6-7}=|0.32|$ ) weiter bis auf eine zwar verringerte, jedoch letztlich noch bleibende Sprachverständnissstörung von  $M_7=2.0$ . Diese Ergebnisse wurden durch die MCS-Stichprobe bestätigt. In der MCS-Stichprobe reduzierte sich die rezeptive Sprachstörung im Therapieverlauf ebenfalls mit großer Effektstärke ( $d_{1-6}=|1.17|$ ) und signifikant ( $p_{1-6}=.0001$ ) von durchschnittlich  $M_1=3.1$  um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=2.1$  und in Fällen schwerer Symptomausprägung ebenfalls signifikant ( $p_{1-6}=.0001$ ) von  $M_1=4.0$  um  $D_{1-6}=1.4$  auf  $M_6=2.6$ . Je schwerer die

anfängliche Ausprägung der Symptomatik war, um so deutlicher war der therapeutische Effekt: Anfangs schwere Symptome besserten sich um  $D_{1-6}=1.4$  auf  $M_6=2.6$ , anfangs deutliche Symptome um  $D_{1-6}=1.0$  auf  $M_6=2.0$  und leichte Symptome um  $D_{1-6}=0.5$  auf  $M_6=1.5$ . Nur die Patient/innen mit anfänglich leichter rezektiver Sprachstörung konnten sich also bis zum Ende der Therapie dem normalen Sprachverständnis klinisch unauffälliger Kontrollkinder annähern. Letztlich reichte aber die ärztlich verordnete Therapiedauer in vielen Fällen noch nicht aus, den frühkindlich übersprungenen Entwicklungsschritt voll nachzuholen. Die therapeutischen Effekte waren bei Mädchen und Jungen weitgehend ähnlich, bei Mädchen mit geringfügig größerer Effektstärke ( $d_{1-6}=|1.29|$ ) als bei Jungen ( $d_{1-6}=|1.17|$ ), bei beiden aber hoch signifikant ( $p_{1-6}=.0001$ ). Mit dem wachsenden Sprachverständnis besserte sich zugleich die expressive Sprachstörung, und zwar in der LSS-Stichprobe statistisch signifikant ( $p_{1-6}=.0011$ ) von anfangs durchschnittlich  $M_1=3.3$  auf  $M_6=2.8$  und nach der Therapie weiter auf  $M_7=2.5$  ( $p_{6-7}=.0055$ ) und in der MCS-Stichprobe ebenfalls statistisch signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) auf  $M_6=2.5$ . Die in der Therapie angebahnte Sprachentwicklung wird durch den wiederholt diagnostizierten Sprachentwicklungsstand bestätigt. Er besserte sich bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay sowohl in der Fähigkeit zu sprachlicher Verständigung und in der Häufigkeit des Sprechens als auch in der Sprachimitation, im Wortschatz, im Sprechen ganzer Sätze und in der Wortartikulation. Letztlich konnte jedoch die therapeutisch eingeleitete Sprachentwicklung noch nicht den altersgemäßen Sprachentwicklungsstand erreichen.

Mit der Besserung des Sprachverständnisses besserte sich zugleich die Fähigkeit der Patient/innen zu angemessener sozialer Interaktion – oder auch umgekehrt. Das anfangs oppositionell verweigernde oder das scheue, sozial zurückgezogene Verhalten der rezektiv sprachgestörten Patient/innen besserte sich bis zum Ende der Behandlung überwiegend mit großer Effektstärke (von  $d_{1-6}=|0.66|$  bis  $d_{1-6}=|1.99|$ ) und statistisch hoch signifikant ( $p_{1-6}<.0001$ ) fast bis zu klinischer Unauffälligkeit und blieb auch in den beiden Jahren nach der Therapie gebessert. Unkooperatives Verhalten besserte sich bis zum Ende der Therapie zunächst nur von durchschnittlich  $M_1=2.5$  auf eine verbleibende leichte Symptomatik ( $M_6=1.5$ ) und näherte sich erst in den beiden folgenden Jahren den klinisch unauffälligen Kontrollkindern weiter an ( $M_7=1.3$ ). Aufmerksamkeitsstörungen als Begleitsymptome der rezektiven Sprachstörungen änderten sich zwar auch klinisch und statistisch signifikant, jedoch nur bis zu verbleibenden leichten Aufmerksamkeitsdefiziten. Hyperaktivität, Impulsivität und Spielstörungen, die sich bis zum Ende der Therapie deutlich verringert hatten, zeigten in den beiden Jahren nach der Therapie die Tendenz, sich wieder leicht zu verschlechtern.

**Zusammenhänge zwischen rezeptiven Sprachstörungen und anderen psychischen Störungen.** Korrelationskoeffizienten der Längsschnittstudie zeigen, dass zwischen rezeptiven und expressiven Sprachstörungen ein positiver Zusammenhang besteht ( $r=0.50$  bzw.  $r=.47$ ,  $p(r)<.0001$ ). Zwischen rezeptiven Sprachstörungen und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, Spielstörungen, Aufmerksamkeitsdefiziten, unkooperativem Verhalten kann aufgrund der Korrelationskoeffizienten ebenfalls ein mehr oder weniger bedeutsamer Zusammenhang angenommen werden.

**Effizienz von Theraplay.** Das beschriebene Therapieergebnis wurde in durchschnittlich 19-20 Therapiesitzungen erreicht. In Fällen schwerer Symptomatik waren durchschnittlich 22-23 Sitzungen notwendig. Bei leichten Sprachverständnisstörungen reichten durchschnittlich 16-17 Sitzungen, um die Sprache anzubahnen. Jungen brauchten durchschnittlich zwei Therapiesitzungen mehr als Mädchen.

**Auswirkungen der Besserung der Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen.** Die therapiebedingte Veränderung der rezeptiven Sprachstörungen der LSS-Patient/innen schlug sich nach Beobachtungen der Kliniker kaum in einer Besserung der Emotionalität der Mütter und ihrer Kinder nieder, wohl aber in einer besseren Passung der Emotionen beider, wenn sie Spielaufgaben gemeinsam lösten. Auch übernahmen die Mütter zunehmend mehr die Führung in den gemeinsamen Spielaktivitäten und behielten diese auch in den beiden Jahren nach der Therapie bei. Entsprechend nahm die Akzeptanz der Patient/innen zu, sich durch ihre Mütter führen zu lassen. Die Bereitschaft, sich unbefangen voneinander zu trennen, wenn die Mütter ohne weitere Erklärungen für einige Zeit das Spielzimmer verließen, besserte sich bei den Müttern, aber bei ihren Kindern kaum. Während die Mütter immer leichter loslassen konnten und fast die Unbefangenheit der Mütter klinisch unauffälliger Kinder erreichten, reagierte ein Teil der rezeptiv sprachgestörter Patient/innen trotz Therapie weiter mit Trennungsstress, der deutlich ausgeprägter war als bei den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe. Das änderte sich auch nicht in der Zeit nach der Therapie. Aus Sicht der Eltern besserte sich bei ihren Kindern vornehmlich deren Selbstbewusstsein und die Bereitschaft zum Kontakt mit anderen. Die Mütter empfanden mehr als die Väter, dass die Therapie sowohl ihren Kindern als auch ihnen selbst geholfen habe und dass sie sich seitdem in ihrer Rolle gestützt und gestärkt fühlten.

Insgesamt scheinen Mütter und Väter rezeptiv sprachgestörter Patient/innen der LSS-Stichprobe mit dem Erfolg der Theraplay-Behandlung ihrer Kinder weniger zufrieden gewesen zu sein als beispielsweise die Eltern der oppositionell verweigernden, d. h. der

Patient/innen mit auffälligen Störungen des Sozialverhaltens.

**Schlussfolgerungen.** Sprachentwicklung erfolgt normalerweise in aufeinander folgenden Schritten innerhalb bestimmter Zeitfenster. Das Sprachverständnis geht dabei der Fähigkeit zur Sprachproduktion voraus. Mangelnde oder verzögerte Sprachrezeption zeichnet sich zwangsläufig in Mängeln der Sprachexpression ab. Insoweit besteht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen rezeptiven Sprachstörungen und späteren *begleitenden* Störungen der interpersonalen Kommunikation. Mängel in der Kommunikation werden möglicherweise zu Ursachen späterer Lernstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Offenbar haben die Patient/innen mit anfangs rezeptiven Sprachstörungen, die möglicherweise nicht hirnganisch bedingt waren, im Verlauf der Behandlung mit Theraplay die vermutlich früher übersprungene Sprachentwicklungsstufe in der Therapie nachgeholt und, nachdem die Sprache angebahnt war, ihr Sprachverständnis stetig weiterentwickelt. Es ist zu erwarten, dass auch andere Klein- und Vorschulkinder mit rezeptiven Sprachstörungen das Risiko haben, nach der Einschulung neben Störungen des Sozialverhaltens auch Lernstörungen zu entwickeln. Da nach neueren Untersuchungen, zuletzt 2006 bei Einschulungsuntersuchungen der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg, ein nennenswerter Teil der Vorschulkinder therapiebedürftige Sprachdefizite hat, bietet sich mit Theraplay eine Therapieform an, die wahrscheinlich bei rezeptiven und in der Folge auch expressiven Sprachstörungen effektiv, nachhaltig und kosteneffizient helfen kann.

### **3.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZUR EVALUATION DER WIRKUNG VON THERAPLAY**

Theraplay gilt seit den 1970er Jahren vor allem im anglo-amerikanischen Raum als praxisbewährte, entwicklungsorientierte, interaktive, direktive Kurzzeit-Spieltherapie. Von 1998 bis Anfang 2006 wurde die Wirkung von Theraplay in Deutschland in einer zweistufigen Therapieerfolgskontrolle empirisch überprüft: In einer kontrollierten Längsschnittstudie (LSS) und in einer Multi-Center-Studie (MCS) zur Replikation der Ergebnisse der Längsschnittstudie. Beide Untersuchungen wurden als Feldstudien durchgeführt, um die Wirkung von Theraplay unter realen Diagnose- und Therapiebedingungen zu überprüfen.

Die Therapieerfolgskontrolle sollte die Frage beantworten, ob Theraplay als Kurzzeit-Spieltherapie geeignet ist, bei Klein- und Vorschulkindern die Symptome definierter psychischer Störungen mit hinreichender Effektgröße, statistisch signifikant, nachhaltig und kosteneffizient zu verringern.

Ausgehend von dieser Fragestellung wurden Hypothesen formuliert, die am Beispiel von sechs ausgewählten Kernsymptomen häufig beobachteter psychischer Störungen als unabhängige Variablen empirisch überprüft werden sollten:

- (1) Oppositionell verweigerndes (Trotz)Verhalten
- (2) Scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten
- (3) Autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit
- (4) Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS)
- (5) Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen ohne Hyperaktivität (ADS)
- (6) Rezeptive Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen).

Oppositionell verweigerndes, trotziges bzw. scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten (1, 2) repräsentieren zwei weitgehend gegensätzliche Formen von Störungen des Sozialverhaltens. Mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (3) wird eines der Kernsymptome autistischer Störungen mit unmittelbarer Auswirkung auf die interpersonale Kommunikation überprüft. ADHS und ADS (4, 5), die in Koinzidenz mit vielen psychischen Störungen auftreten können, repräsentieren Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit und ohne



Hyperaktivität und rezeptive Sprachstörungen (6) repräsentierten ein Kernsymptom von Sprachentwicklungsstörungen.

### **3.4.1 Bestätigung oder Widerlegung der Hypothesen zur Wirkung von Theraplay**

Die Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle geben eine klare Antwort auf die Frage, ob der therapeutische Anspruch von Theraplay bestätigt werden kann oder verworfen werden muss. Die Nullhypothese ( $H_0$ ) nimmt an, dass Theraplay auf die als unabhängige Variablen bestimmten Kernsymptome psychischer Störungen *nicht* wirkt. Sie wurde am Beispiel aller sechs untersuchten Kernsymptome durch die Ergebnisse *widerlegt*.

Die alternative Haupthypothese ( $H_1$ ) der Wirkung von Theraplay war in drei Punkten zu überprüfen, nämlich

1. ob Theraplay in der gewünschten Richtung wirkt, d.h. die störenden Symptome verringert,
2. ob Theraplay mit hinreichender Effektgröße klinisch und statistisch signifikant wirkt und
3. ob das Therapieergebnis zwei Jahre nach Ende der Behandlung nachhaltig war.

Die Haupthypothese ( $H_1$ ) wurde durch die Ergebnisse beider Studien der Therapieerfolgskontrolle weitgehend übereinstimmend *bestätigt*. Theraplay wirkte auf alle sechs beispielhaft untersuchten Kernsymptome psychischer Störungen in der gewünschten Richtung. Die definierten sechs Kernsymptome und ihre jeweils relevanten Begleitsymptome wurden mit hinreichender Effektgröße klinisch und statistisch signifikant reduziert.

Hinzu kam die Frage, ob die Behandlung mit Theraplay kosteneffizient sei. Die Effizienz wurde an der Therapiedauer in Relation zum erzielten Therapieeffekt gemessen, d.h. an der Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen bis zum Erreichen des Therapiezieles. Die Kosteneffizienz der Behandlung der sechs Kernsymptome mit Theraplay wurde ebenfalls durch die Untersuchungsergebnisse beider Studien weitgehend übereinstimmend *bestätigt*.

Allerdings erwies sich die Wirkung von Theraplay auf die sechs Kernsymptome und die relevanten Begleitsymptome als *unterschiedlich* effektiv und nachhaltig, abhängig von der Art der Symptomatik:

→ bei vermutlich eher *umweltbedingt* ausgebildeten *Kernsymptomen*  
psychischer Störungen des Sozialverhaltens,

→ bei vermutlich eher *umweltbedingt* ausgebildeten *Begleitsymptomen*  
vermutlich eher *anlagedisponierter* psychischer Störungen,

→bei vermutlich eher anlage oder anlage- und umweltbedingt ausgebildeten *Kernsymptomen* vermutlich eher genetisch oder hirnnorganisch *anlagedisponierter* psychischer Störungen,  
 →bei vermutlich *nachgeholten* Entwicklungsverzögerungen möglicherweise übersprungener allgemeiner oder Sprachentwicklungsstufen.

**1. Vermutlich eher umweltbedingt ausgebildete *Kernsymptome* psychischer Störungen des Sozialverhaltens** wie unkooperatives, oppositionell verweigerndes oder scheues, sozial zurückgezogenes Verhalten und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen ohne Hyperaktivität (ADS) wurden durch die Behandlung mit Theraplay in durchschnittlich 17-19 Sitzungen fast bis auf das Niveau der klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe gleichen Alters und Geschlechts reduziert und verringerten sich in der Katamnese bis zwei Jahre nach der Therapie entweder noch weiter bis zur Unauffälligkeit oder blieben nachhaltig auf dem therapeutisch erreichten Niveau nahezu unauffälligen Verhaltens (vgl. Tabelle 79).

**Tabelle 79: Schnelle und nachhaltige Verringerung der *Kernsymptome* von Störungen des Sozialverhaltens wie unkooperatives Verhalten, oppositionell verweigerndes Verhalten, scheues und sozial zurückgezogenes Verhalten nach Theraplay**

Substichproben				Symptome	Fälle		Verringerung der Symptomatik					
Art	Studie	N	%		N	%	M <sub>1</sub>	M <sub>6</sub>	M <sub>7</sub>	d <sub>1-6</sub>	d <sub>6-7</sub>	p <sub>1-6</sub>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>OPP</b>	LSS	23	38	→oppositionell verweig. Verhalten	23	100	<b>2.0</b>	<b>1.3</b>	<b>1.2</b>	0.78	0.27	<.0001
	MCS	186	56		186	100	<b>3.1</b>	<b>1.4</b>	-	2.55	-	<.0001
	LSS	23	38	→unkooperatives Verhalten	21	91	<b>3.0</b>	<b>1.6</b>	<b>1.4</b>	1.69	0.27	<.0001
	MCS	186	56		162	87	<b>2.9</b>	<b>1.4</b>	-	1.82	-	<.0001
<b>SCH</b>	LLS	22	37	→scheues, schüchternes Verhalten	22	100	<b>2.5</b>	<b>1.1</b>	<b>1.2</b>	2.46	0.22	<.0001
	MCS	167	50		167	100	<b>3.0</b>	<b>1.4</b>	-	2.26	-	<.0001
	LSS	22	37	→unkooperatives Verhalten	13	59	<b>2.0</b>	<b>1.4</b>	<b>1.1</b>	0.68	0.63	<.0001
	MCS	167	50		108	60	<b>2.3</b>	<b>1.3</b>	-	1.09	-	<.0001
	LSS	22	37	→sozial zurückgezogenes Verhalten	10	45	<b>1.6</b>	<b>1.1</b>	<b>1.0</b>	0.79	0.35	<.0001
	MCS	167	50		83	50	<b>1.9</b>	<b>1.2</b>	-	0.82	-	<.0001
LSS	22	37	→überangepasstes Verhalten	12	55	<b>1.1</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>	1.36	0.19	<.0001	
MCS	167	50		56	34	<b>1.9</b>	<b>1.2</b>	-	0.79	-	<.0001	
<b>ADS</b>	LSS	26	43	→Unaufmerksamkeit ohne Hyperaktivit.	26	100	<b>2.9</b>	<b>2.3</b>	<b>1.2</b>	0.90	1.80	0.0013
	MCS	123	37		123	100	<b>3.0</b>	<b>2.0</b>	-	1.30	-	<.0001
	LSS	26	43	→Antriebsminderung, Antriebsarmut	9	35	<b>1.5</b>	<b>1.1</b>	<b>1.1</b>	0.80	0.00	n.s
	MCS	123	37		52	42	<b>1.8</b>	<b>1.3</b>	-	0.60	-	<.0001

Erklärungen: OPP=oppositionell verweigernde Patient/innen, SCH=scheue Patient/innen, ADS=Patient/innen mit Aufmerksamkeitsdefiziten ohne Hyperaktivität, ADHS=Patient/innen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, AUT=Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, REZ =Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen. LSS=Längsschnittstudie (Nettostichprobe N=60), MCS=Multi-Center-Studie (Nettostichprobe N=333). M<sub>1</sub>, M<sub>6</sub>, M<sub>7</sub>=Mittelwerte der Symptome der 4-stufigen Dimensionalisierung nach CASCAP-D an den Erhebungszeitpunkten zu Beginn der Therapie (t<sub>1</sub>), am Ende der Therapie (t<sub>6</sub>), 2 Jahre nach der Therapie (t<sub>7</sub>), d<sub>1-6</sub> und d<sub>6-7</sub>=Effektgrößen der Symptomverringerng zwischen den Erhebungszeitpunkten t<sub>1</sub>-t<sub>6</sub> und t<sub>6</sub>-t<sub>7</sub>, p<sub>1-6</sub>=statistische Signifikanz der Symptomreduzierung, n.s.=nicht signifikant

Möglicherweise kann bei Anpassungs- und Bindungsstörungen von Adoptiv-, Pflege- und leicht traumatisierten Kindern die gleiche Wirkung von Theraplay erwartet werden. Wegen zu kleiner Stichprobenanteile der Adoptiv- und Pflegekinder konnte das nicht nicht zuverlässig geprüft werden, aber praxisbasierte Erfahrungen mit Adoptiv- und Pflegekindern in Großbritannien, Kanada und USA sprechen dafür.

**2. Vermutlich eher umweltbedingt ausgebildete Begleitsymptome vermutlich eher anlagebedingter psychischer Störungen.** Die Ätiopathogenese psychischer Störungen wie Autismus oder Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) ist nach heutigem Wissensstand (vgl. u.a. Knölker et al., 2000, S. 203 und 279) ungeklärt oder wird wie z.B. das hyperkinetische Syndrom als primär biologisch determinierte Störung angesehen. Eher *umweltbedingt ausgebildete Begleitsymptome* wie unkooperatives und oppositionell verweigerndes Verhalten vermutlich eher *anlagebedingt disponierter psychischer Störungen* wie ADHS oder autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit waren nach einer durchschnittlichen Therapiedauer von 20-24 Therapiesitzungen mit Theraplay mit großer Effektstärke klinisch und statistisch signifikant auf das Niveau einer *verbleibenden leichten Symptomatik* reduziert. Dieses Therapieergebnis war *nachhaltig*. In den zwei Jahren nach Ende der Therapie gab es keine signifikanten Rückfälle der eher umweltbedingten Begleitsymptome von ADHS oder autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit (vgl. Tabelle 80).

**Tabelle 80: Nachhaltige Wirkung von Theraplay auf eher umweltbedingt ausgebildete Begleitsymptome vermutlich eher anlagebedingter psychischer Störungen wie ADHS und autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit**

Substichproben				Symptome	Fälle		Verringerung der Symptomatik					
Art	Stud.	N	%		N	%	M <sub>1</sub>	M <sub>6</sub>	M <sub>7</sub>	d <sub>1-6</sub>	d <sub>6-7</sub>	p <sub>1-6</sub>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>ADHS</b>	LSS	24	40	→unkooperatives Verhalten	20	83	<b>2.9</b>	<b>1.7</b>	<b>1.7</b>	1.30	0.00	<.0001
	MCS	127	38		106	83	<b>2.9</b>	<b>1,5</b>	-	1.70	-	<.0001
	LSS	24	40	→oppositionell verweig. Verhalt.	14	58	<b>2.3</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	1.10	0.10	0.0007
	MCS	127	38		99	78	<b>2.7</b>	<b>1.4</b>	-	1.50	-	<.0001
<b>AUT</b>	LSS	14	23	→unkooperatives Verhalten	14	100	<b>3.5</b>	<b>1.8</b>	<b>1.8</b>	2.26	0.00	<.0001
	MCS	67	20		61	76	<b>2.8</b>	<b>1.6</b>	-	1.02	-	<.0001
	LSS	14	23	→oppositionell verweig Verhalt.	4	29	<b>1.8</b>	<b>1.2</b>	<b>1.3</b>	0.62	0.18	n.s.
	MCS	67	20		34	51	<b>2.1</b>	<b>1.4</b>	-	0.76	-	<.0001
	LSS	14	23	→soziale Unzugänglichkeit	5	21	<b>2.2</b>	<b>1.1</b>	<b>1.1</b>	1.14	0.00	0.0025
	MCS	67	20		52	45	<b>2.3</b>	<b>1.4</b>	-	0.95	-	<.0001

Erklärungen siehe Tabelle 79.

**3. Vermutlich eher anlage- und umweltbedingt ausgebildete Kernsymptome vermutlich eher genetisch oder hirnorganisch anlagedisponierter psychischer Störungen** wie Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) oder autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, ein Kernsymptom der Störungen des autistischen Spektrums, waren nach der Behandlung mit Theraplay mit großer Effektstärke klinisch und statistisch signifikant reduziert, aber nur bis auf das Niveau bleibender leichter Symptomatik. Für die Behandlung von ADHS waren durchschnittlich 20-21 Sitzungen, bei autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit waren durchschnittlich 23-28 Sitzungen notwendig, um das beschriebene Therapieergebnis zu erreichen. Diese Wirkung war jedoch *nicht nachhaltig*. In den beiden Jahren nach der Therapie verschlechterten sich die Symptome wieder etwas, statistisch nicht signifikant, aber klinisch durchaus bedeutsam (vgl. Tabelle 81).

**Tabelle 81: Relativ schnelle, jedoch keine nachhaltige Wirkung auf die Kernsymptome von ADHS und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit nach Theraplay**

Substichproben				Symptome	Fälle		Verringerung der Symptomatik					
Art	Stud.	N	%		N	%	M <sub>1</sub>	M <sub>6</sub>	M <sub>7</sub>	d <sub>1-6</sub>	d <sub>6-7</sub>	p <sub>1-6</sub>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>ADHS</b>	LSS	24	40	→Unaufmerksamkeit	24	100	<b>3.1</b>	<b>2.1</b>	<u><b>2.1</b></u>	1.10	0.00	<.0001
	MCS	127	8		127	100	<b>3.4</b>	<b>2.2</b>	-	1.60	-	<.0001
	LSS	24	40	→Hyperaktivität	24	100	<b>3.0</b>	<b>1.6</b>	↑ <u><b>2.0</b></u>	1.70	0.40	<.0001
	MCS	127	38		127	100	<b>3.1</b>	<b>1.9</b>	-	1.60	-	<.0001
	LSS	24	40	→Impulsivität	18	75	<b>2.5</b>	<b>1.6</b>	↑ <u><b>1.7</b></u>	0.90	0.10	0.0004
	MCS	127	38		107	84	<b>2.9</b>	<b>1.8</b>	-	1.20	-	<.0001
	LSS	24	40	→Spielstörungen	11	46	<b>2.1</b>	<b>1.5</b>	↑ <u><b>1.8</b></u>	0.60	0.20	0.0044
	MCS	127	38		69	54	<b>2.2</b>	<b>1.4</b>	-	0.80	-	<.0001
<b>AUT</b>	LSS	14	23	→Unaufmerksamkeit	13	93	<b>3.5</b>	<b>2.6</b>	↑ <u><b>2.9</b></u>	0.90	0.27	0.0081
	MCS	67	20		53	79	<b>3.0</b>	<b>2.0</b>	-	0.94	-	<.0001
	LLS	14	23	→aut. Mangel an soz. Gegenseitigkeit	14	100	<b>3.1</b>	<b>2.1</b>	<u><b>2.0</b></u>	1.10	0.10	0.0011
	MCS	67	20		67	100	<b>3.0</b>	<b>1.9</b>	-	1.38	-	<.0001
	LSS	14	23	→Spielstörungen	12	86	<b>3.1</b>	<b>1.9</b>	↑ <u><b>2.6</b></u>	1.19	0.39	0.0002
	MCS	67	20		49	73	<b>2.7</b>	<b>1.7</b>	-	0.98	-	<.0001
	LSS	14	23	→autistoider Mangel an Empathie	10	71	<b>2.7</b>	<b>1.7</b>	↑ <u><b>1.9</b></u>	0.89	0.20	0.0032
	MCS	67	0		33	49	<b>2.1</b>	<b>1.5</b>	-	1.57	-	<.0001
	LSS	14	23	→antriebgesteigertes Verhalten	8	57	<b>2.6</b>	<b>1.7</b>	↑ <u><b>2.4</b></u>	0.76	0.74	<.0001
	MCS	67	20		32	48	<b>2.1</b>	<b>1.4</b>	-	0.69	-	0.0169

Erklärungen siehe Tabelle 79. ↑ = erneuter Anstieg der Symptomatik in den zwei Jahren nach Ende der Therapie (Zeitp. t<sub>7</sub>)

**4. Vermutlich nachgeholte Entwicklungsverzögerungen möglicherweise übersprungener Sprachentwicklungsstufen.** Rezeptive Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen) sind möglicherweise entweder die Folge genetischer bzw. hirnorganischer Faktoren oder das Ergebnis einer in der frühkindlichen Entwicklung übersprungenen

Entwicklungsstufe (vgl. Tabelle 1). Damit bietet sich eine neue Interpretation der Wirkung von Theraplay an: Bei rezeptiven Sprachstörungen, bei denen eine Sprachentwicklungsverzögerung infolge einer übersprungenen Entwicklungsstufe vermutet werden kann, scheint Theraplay geeignet zu sein, durch Reduzierung der eher umweltbedingt ausgebildeten *Begleitsymptome* und infolge der neuronalen Plastizität des kindlichen Gehirns anfangs fehlendes Sprachverständnis anzubahnen bzw. verzögertes Sprachverständnis klinisch und statistisch signifikant zu bessern. Diese Annahme wurde übereinstimmend durch beide Studien der Therapieerfolgskontrolle *bestätigt*: Die rezeptiven und expressiven Sprachstörungen der Patient/innen im Kleinkind- und Vorschulalter zeigten sich nach durchschnittlich 19-23 Therapiesitzungen klinisch und statistisch signifikant und nachhaltig verringert. Das Sprachverständnis und die Aufmerksamkeitsstörungen der rezeptiv sprachgestörten Patient/innen besserten sich in den zwei Jahren nach der Therapie noch weiter. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich das Sprachverständnis auch aufgrund einer lebensaltersbedingt spontan einsetzenden Sprachentwicklung besserte. Überzeugender ist jedoch die Annahme, dass die diagnostizierten rezeptiven Sprachstörungen nach Reduzierung eher umweltbedingt ausgebildeter *Begleitsymptome* angebahnt oder gefördert wurden. Jedenfalls nahm der Wortschatz, die Fähigkeit zur Satzbildung, die Anwendung von Grammatik und die Fähigkeit zur Sprachproduktion zu und entwickelte sich, einmal angebahnt, auch nach der Behandlung mit Theraplay noch weiter (vgl. Tabellen 70 und 82).

**Tabelle 82: Verringerung und Nachhaltigkeit der Verringerung rezeptiver Sprachstörungen sowie weitere Besserung des angebahnten Sprachverständnisses in den zwei Jahren nach Ende der Behandlung mit Theraplay**

Substichproben				Symptome	Fälle		Verringerung der Symptomatik					
Art	Stud.	N	%		N	%	M <sub>1</sub>	M <sub>6</sub>	M <sub>7</sub>	d <sub>1-6</sub>	d <sub>6-7</sub>	p <sub>1-6</sub>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>REZ</b>	LSS	52	87	→Rezeptive Sprachstörungen	52	100	<b>3.1</b>	<b>2.3</b>	↓ <b>2.0</b>	0.88	0.32	<.0001
	MCS	223	67		223	100	<b>3.1</b>	<b>2.1</b>	-	1.17	-	<.0001
	LSS	52	87	→Expressive Sprachstörungen	51	98	<b>3.3</b>	<b>2.8</b>	↓ <b>2.5</b>	0.55	0.30	0.0011
	MCS	223	67		210	94	<b>3.3</b>	<b>2.5</b>	-	0.84	-	<.0001
	LSS	52	87	→Aufmerksamkeitsstörungen bei REZ	43	83	<b>2.7</b>	<b>2.1</b>	↓ <b>1.9</b>	0.63	0.20	<.0001
	MCS	223	67		190	85	<b>3.0</b>	<b>1.9</b>	-	1.14	-	<.0001
	LSS	52	87	→unkooperatives Verhalten	39	75	<b>2.5</b>	<b>1.5</b>	↓ <b>1.3</b>	1.08	0.29	<.0001
	MCS	223	67		163	73	<b>2.6</b>	<b>1.4</b>	-	1.19	-	<.0001
	LSS	52	87	→oppositionell verweig. Verhalten	19	37	<b>1.8</b>	<b>1.2</b>	↓ <b>1.1</b>	0.72	0.25	0.0002
	MCS	223	67		127	60	<b>2.2</b>	<b>1.3</b>	-	0.98	-	<.0001

Erklärungen siehe Tabelle 79. ↓ = weitere Verringerung der Symptomatik in den zwei Jahren nach dem Ende der Therapie.

**Moderatorvariable zur Unterscheidung der therapierbaren Symptome.** Die je nach Symptomatik unterschiedlichen Effekte der Wirkung von Theraplay legen die Überlegung nahe, zur Diagnostik und Entscheidung, ob eine Intervention mit Theraplay eine signifikante Verringerung der Symptome erwarten lässt, die in dieser Arbeit diskutierte Moderatorvariable differentialdiagnostisch zu nutzen hinsichtlich der Unterscheidung

- in vermutlich eher *umweltbedingt* ausgebildete *Kernsymptome* von Verhaltensstörungen,
- in vermutlich eher *umweltbedingt* ausgebildete *Begleitsymptome* vermutlich *anlage- und umweltbedingt* disponierter psychischer Störungen,
- in *Kernsymptome* vermutlich eher *anlagedisponiert* oder *anlage- und umweltbedingt* ausgebildeter psychischer Störungen,
- in *Kernsymptome* von Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen vermutlich frühkindlich übersprungener Entwicklungsstufen.

Vor der Verordnung von Theraplay sollte vom behandelnden Arzt geprüft werden, ob die aktuellen kassenärztlichen Vereinbarungen erlauben, bei Diagnose von umweltbedingt ausgebildeten *Begleitsymptomen* vermutlich *anlagedisponierter* psychischer Störungen oder bei Diagnose von *Kernsymptomen* *rezeptiver* Sprachstörungen infolge möglicherweise frühkindlich übersprungener Entwicklungsstufen gegebenenfalls die Anzahl der zu verordnenden Therapiesitzungen über die üblicherweise verordneten max. 20 Sitzungen hinaus weiter zu verordnen, bis durch die verlängerte Therapiedauer die Symptomatik klinisch und statistisch signifikant möglichst bis zu klinischer Unauffälligkeit reduziert ist.

Für künftig erfahrungsbasierte Indikationen bei Symptomen psychischer Störungen ist möglicherweise auch der Umkehrschluss von praktischer Bedeutung, dass vermutlich eher umweltbedingt ausgebildete Symptome behandelt wurden, wenn sie nach durchschnittlich 20 Therapiesitzungen mit Theraplay bis zur klinischen Unauffälligkeit verringert werden konnten. In diesen Fällen könnten Beratungsgespräche mit den Eltern bzw. mit den Bezugspersonen der Patient/innen erwogen werden, um gemeinsam nach den möglichen Quellen der umweltbedingten Pathogenese zu suchen, um mögliche Ursachen der psychischen Störungen zu erkennen, damit die Eltern sie künftig vermeiden können, und um diese Quellen als mögliche Verursacher von Rezidiven auszuschließen, also dem sogen. „Drehtüreffekt“ vorzubeugen. Diese Maßnahmen werden dadurch erleichtert, dass üblicherweise die Eltern der kleinen Patient/innen, mindestens aber die Bezugspersonen, die die Kinder zur Behandlung mit Theraplay begleiten, in die Therapie integriert werden, indem sie von Anfang

an den Therapieverlauf beobachten können, um zwischen den Therapiesitzungen das Gelernte zu Hause selbst anzuwenden und um bei ausreichendem Selbstvertrauen nach entsprechender Einweisung in der Therapie die Rolle der Ko-Therapeutin zu übernehmen.

**Bestätigung oder Widerlegung der Hypothesen der Therapieerfolgskontrolle.** Im Rahmen der Untersuchungsplanung der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wurden verschiedene Unterschieds-, Veränderungs- und Zusammenhangshypothesen formuliert, die unter Berücksichtigung der in der Untersuchung gefundenen Modertorvariablen (eher umweltbedingt versus eher anlage- und umweltbedingt) zu prüfen sind, ob sie bestätigt werden können oder verworfen werden müssen.

Die **Unterschiedshypothese 1** (1. Ausgangshypothese) kann *uneingeschränkt bestätigt* werden: Vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Messzeitpunkt  $t_1$ ) bestand ein klinisch bedeutsamer Unterschied zwischen den angefallenen Patient/innen der LSS- bzw. MCS-Stichprobe und den in Alter und Geschlecht vergleichbaren klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe. Die Patient/innen hatten in allen untersuchten Kern- und Begleitsymptomen leichte bis schwere Symptomausprägungen, die klinisch unauffälligen Kontrollkinder dagegen keine oder nur sehr geringe, nicht behandlungsbedürftige Symptome.

Die **Unterschiedshypothese 2** (1. Schlusshypothese) kann *nur* für vermutlich eher umweltbedingt ausgebildete *Kernsymptome* oder für eher *umweltbedingt* ausgebildete *Begleitsymptome* von vermutlich eher anlage- *und* umweltbedingten psychischen Störungen *bestätigt* werden. Nach der Behandlung dieser Symptome mit Theraplay bestand kein bedeutsamer Unterschied mehr zwischen den angefallenen, anfangs mehr oder weniger schwer gestörten Patient/innen und den klinisch unauffälligen Kontrollkindern gleichen Alters und Geschlechts. *Kernsymptome* eher *anlage-* oder *anlage- und* umweltbedingter psychischer Störungen wurden zwar ebenfalls klinisch und statistisch signifikant reduziert, aber nur bis auf das Niveau bleibender leichter Symptomatik, die je nach Art der Symptome nachhaltig blieb oder wieder leicht zurückfiel, statistisch zwar nicht signifikant, aber klinisch bedeutsam.

Die **Unterschiedshypothese 3** (2. Ausgangshypothese) kann ebenfalls *bestätigt* werden: Vor Beginn der Behandlung mit Theraplay (Messzeitpunkt  $t_1$ ) bestand hinsichtlich der untersuchten Kernsymptome und ihrer Begleitsymptome ein klinisch bedeutsamer Unterschied zwischen den in der MCS-Stichprobe angefallenen Patient/innen mit schwerer, deutlicher bzw. leichter Ausprägung der jeweiligen Symptomatik (MCS-M, MCS-D bzw. MCS-L). Die LSS-Stichprobe konnte aufgrund zu geringer Größe der Stichprobe nicht nach dem Schweregrad der jeweiligen Symptomatik differenziert werden.

Die **Unterschiedshypothese 4** (2. Schlusshypothese) kann nur für die eher *umwelt*bedingten Kern- und Begleitsymptome *bestätigt* werden. Zwischen den anfangs schwer (MCS-S), deutlich (MCS-D) bzw. leicht (MCS-L) ausgeprägten Symptomen der Patient/innen der MCS-Stichprobe bestand nach der Behandlung mit Theraplay (Erhebungszeitpunkt  $t_6$ ) kein praktisch bedeutsamer Unterschied mehr. Je schwerer die Symptome vor der Therapie ausgeprägt waren, desto mehr waren sie nach der Therapie reduziert, sodass Patient/innen mit anfangs unterschiedlich schwer ausgeprägten Symptomen nach Ende der Therapie ähnlich unauffällig waren wie die klinisch unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe. Das gilt *nicht* für eher anlage- *und* umweltbedingt ausgebildete Symptome und die Symptome möglicherweise frühkindlich *übersprungener Entwicklungsstufen*. Sie waren nach der Therapie nur bis auf das Niveau verbliebener leichter bis deutlicher Symptomausprägungen reduziert. Je nach Art der Störungen zeigten manche Patient/innen zwei Jahre nach der Therapie leichte Rückfälle, andere blieben nachhaltig auf dem Niveau leichter Störungen.

Die **Veränderungshypothese 1 ( $H_1$ ) zur Effektivität von Theraplay** kann *bestätigt* werden: Alle sechs vor Beginn der Behandlung mit Theraplay leicht, deutlich oder schwer ausgeprägten Kernsymptome der angefallenen Patient/innen der LSS- bzw. MCS-Stichprobe waren nach dem Ende der Therapie (Erhebungszeitpunkt  $t_6$ ) mit hinreichender Effektgröße klinisch bedeutsam und statistisch signifikant verringert.

Die **Veränderungshypothese 2 ( $H_1$ ) zur Effektivität von Theraplay** kann ebenfalls *bestätigt* werden: Mit der signifikanten Verringerung der sechs untersuchten Kernsymptome waren zugleich auch die relevanten Begleitsymptome der Patient/innen bis zum Ende der Behandlung mit Theraplay klinisch bedeutsam und sogar in der kleineren LSS-Stichprobe in fast allen Fällen statistisch signifikant verringert.

Die **Veränderungshypothese 3 ( $H_1$ ) zur Nachhaltigkeit der erreichten Therapieergebnisse**. Die Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses kann für die eher *umwelt*bedingt ausgebildeten *Kern-* oder *Begleitsymptome* und für die *rezeptiven Sprachstörungen* *bestätigt* werden. Sie hatten sich in den zwei Jahren nach der Therapie (Erhebungszeitpunkt  $t_7$ ) entweder weiter gebessert, z.T. bis auf das Niveau klinischer Unauffälligkeit, oder zumindest nachhaltig das erreichte Niveau verringerter Symptomatik aufrecht erhalten. Das gilt jedoch *nicht* für die eher anlage- *und* umweltbedingt ausgebildeten Symptome eher *anlagedisponierten Störungen*, bei denen z.T. sogar leichte Rückfälle beobachtet wurden, z.B. bei Hyperaktivität oder autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit.



Die **Veränderungshypothese 4 ( $H_1$ ) zur Effizienz von Theraplay hinsichtlich der Besserung eines anfänglich sozial störenden Verhaltens** der Patient/innen, z.B. eines oppositionell verweigernden oder scheuen Verhaltens, kann für die Stichproben beider Studien *bestätigt* werden. Durchschnittlich waren 18-19 Therapiesitzungen notwendig, um die Symptome nachhaltig bis zu klinischer Unauffälligkeit zu verringern.

Die **Veränderungshypothese 5 ( $H_1$ ) zur Effizienz von Theraplay hinsichtlich der Besserung eines anfänglichen autistoiden Mangels an sozialer Gegenseitigkeit** kann nur für eine klinisch und statistisch signifikante *Symptomreduzierung* bis auf das Niveau einer verbleibenden leichten Störung *bestätigt* werden. Im Durchschnitt waren etwa 27 Therapiesitzungen notwendig, um das beschriebene Therapieergebnis zu erreichen. Die Veränderungshypothese 5 muss jedoch hinsichtlich der *Nachhaltigkeit* des erreichten Therapieergebnisses *verworfen* werden. Es gab z.T. leichte Rückfälle, die zwar statistisch nicht signifikant, aber praktisch doch bedeutsam waren.

Die **Veränderungshypothese 6 ( $H_1$ ) zur Effizienz von Theraplay hinsichtlich einer Besserung rezeptiver Sprachstörungen** kann *bestätigt* werden. Bis zum Abschluss der Therapie hatte sich anfangs mangelndes Sprachverständnis angebahnt bzw. geringes Sprachverständnis weiterentwickelt und bis zwei Jahre nach der Therapie noch weiter gebessert. Im Durchschnitt waren 19-20 Therapiesitzungen notwendig, um die Symptome rezeptiver Sprachstörungen zu reduzieren und das Sprachverständnis anzubahnen oder zu fördern. Es ist noch zu untersuchen, ob bei nicht hirnganisch bedingten, sondern bei offenbar in der frühen Kindheit übersprungenen Sprachentwicklungsschritten das angebahnte Sprachverständnis rezeptiv sprachgestörter Patient/innen durch mehr Therapiesitzungen beschleunigt gefördert werden könnte.

Die **Zusammenhangshypothese 1 ( $H_1$ ) über einen Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten und Störungen des Sozialverhaltens** kann *bestätigt* werden: In der LSS- und der MCS-Stichprobe der Patient/innen mit Aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitätsstörungen (ADHS) wurden trotz z.T. kleiner Teilstichproben statistisch signifikante Korrelationskoeffizienten zwischen ADHS und beispielsweise Hyperaktivität ( $r=.48$  bzw.  $r=.60$ ), Spielstörungen ( $r=.65$  bzw.  $r=.41$ ) und unkooperativem Verhalten ( $r=.58$  bzw.  $r=.39$ ) festgestellt. In der LSS- bzw. MCS-Stichprobe der Patient/innen mit Aufmerksamkeitsdefiziten ohne Hyperaktivität (ADS) wurden ebenfalls Zusammenhänge mit positiven Korrelationskoeffizienten festgestellt, beispielsweise zwischen ADS und sozial zurückgezogenem Verhalten ( $r=.30$  bzw.  $r=.22$ ), unkooperativem Verhalten (LSS:  $r=.44$ ) und

antriebsgemindertem Verhalten (MCS:  $r=.32$ ). Es ist offensichtlich, dass ADHS bzw. ADS jeweils mit Verhaltensauffälligkeiten unterschiedlicher Art zusammenhängen. Aufgrund der vorliegenden Daten können die Wechselbeziehungen zwar bestätigt, jedoch Kausalitäten der Zusammenhänge nicht erklärt werden.

Die **Zusammenhangshypothese 2 ( $H_1$ ) über einen Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten und einem autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit** kann ebenfalls zumindest tendenziell *bestätigt* werden. Zwischen *ADHS* und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit fand sich in der LSS-Stichprobe eine positive Korrelation von  $r=.43$  und zwischen *ADHS* und mangelnder Empathie eine Korrelation von  $r=.66$ . Auch zwischen *ADS* und autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit fanden sich in beiden Stichproben positive Korrelationen von  $r=.58$  bzw.  $r=.30$  und zwischen *ADS* und autistoidem Mangel an Empathie positive Korrelationen von  $r=.35$  bzw.  $r=.27$ .

Die **Zusammenhangshypothese 3 ( $H_1$ ) über einen Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten und rezeptiven Sprachstörungen** kann auf Basis beider Feldstudien ebenfalls *bestätigt* werden, und zwar sowohl für einen positiven Zusammenhang zwischen rezeptiven Sprachstörungen und Aufmerksamkeitsdefiziten *mit* Hyperaktivität (*ADHS*) mit  $r=.48$  bzw.  $r=.45$  als auch Aufmerksamkeitsdefiziten *ohne* Hyperaktivität (*ADS*) mit  $r=.57$  bzw.  $r=.32$ .

Die **Zusammenhangshypothese 4 ( $H_1$ ) über einen Zusammenhang zwischen rezeptiven und expressiven Sprachstörungen**, der seit Mitte der 1990er Jahre (vgl. u.a. Bishop, 1997; Grimm, 1994, 1997, 2005; Resch, 1999) bekannt ist, wurde durch die Therapieerfolgskontrolle der Wirkung von Theraplay erneut *bestätigt*. In der LSS- und MCS-Stichprobe korrelierten rezeptive und expressive Sprachstörungen statistisch hoch signifikant ( $p|r|<.0001$ ) positiv miteinander ( $r=.70$  bzw.  $r=.68$ ).

**Schlussfolgerungen.** Die Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay lassen trotz symptomspezifisch unterschiedlicher Effektivität und Nachhaltigkeit die Schlussfolgerung zu, dass diese Therapieform vermutlich geeignet ist, bei Patient/innen im Kleinkind- und Vorschulalter Symptome eher *umweltbedingt* ausgebildeter Störungen des Sozialverhaltens oder Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (*ADS*) mit großer Effektstärke und hoher statistischer Signifikanz nachhaltig bis zu klinischer Unauffälligkeit zu bessern. Für Symptome eher *anlage-* oder *anlage- und umwelt*disponierter Störungen und für rezeptive Sprachstörungen scheint Theraplay zumindest soweit eine effektive Therapie zu sein, als *umweltbedingte Begleitsymptome* klinisch unauffällig werden,

und schwere bzw. deutliche Symptome sich zu leichten Symptomen sowie leichte Symptome sich bis zu klinischer Unauffälligkeit verringern. Die Besserung rezeptiver Sprachstörungen lässt erwarten, dass sich bei früher übersprungenen Entwicklungsstufen das Sprachverständnis nach der Behandlung mit Theraplay weiter bessert, wenn es erst einmal angebahnt worden ist.

### **3.4.2 Hypothetisches Modell der Wirkung von Theraplay**

Die Effekte der je nach Art der Symptome unterschiedlichen Wirkung von Theraplay lassen sich unter Berücksichtigung der nachträglich eingeführten Moderatorvariablen in einem hypothetischen Modell abbilden. (vgl. Abbildung 46).

Mit diesem Modell wird versucht, die aus den empirischen Untersuchungsergebnissen der Therapieerfolgskontrolle abgeleiteten Interpretationen (vgl. Seiten 161ff, 190ff, 223ff, 280ff und 324ff) in Verbindung mit den theoretischen Überlegungen (vgl. Seite 33ff) die symptomspezifisch unterschiedliche Wirkung von Theraplay zusammenfassend vereinfacht darzustellen. Das Modell zeigt, dass sich vermutlich eher *umweltbedingt* ausgebildete psychopathologische Symptome psychisch gestörter Patient/innen im Therapieverlauf und in den zwei Jahren nach der Therapie positiv bis zu klinischer Unauffälligkeit zurückbilden können, sodass die Patient/innen nach der Therapie sich von klinisch unauffälligen Klein- und Vorschulkindern gleichen Alters und Geschlechts kaum noch unterscheiden, dass sich jedoch eher *anlage- und umweltbedingt* ausgebildete Symptome psychischer Störungen je nach Art der Symptomatik nach der Behandlung mit Theraplay unterschiedlich weiterentwickeln können, indem sie sich entweder im Laufe der Zeit klinischer Unauffälligkeit annähern oder weitgehend nachhaltig als leichte Symptome fortbestehen oder nach der Therapie wieder leicht zurückfallen und rezidivieren. Als eher *anlagebedingt* ausgebildete psychische Störungen werden die umschrieben, bei denen genetische Dispositionen, prä- und perinatale Einflüsse oder biologische Geburtstraumata eine Rolle gespielt haben könnten. Als eher *anlage- und umweltbedingt* ausgebildete psychische Störungen werden jene gesehen, bei denen vermutlich zusätzlich zur Anlagedisposition auch emotional oder sozial prägende Umwelteinflüsse mitwirkten. Es wird unterstellt, dass eher *umweltbedingt* ausgebildete Symptome sich erst nach der Geburt eines Kindes ausgebildet haben und nicht die Folge anlagebedingter Störungen sind. Dieses Modell ist als vorläufig anzusehen, solange es nicht durch replizierende Studien bestätigt oder verworfen wird. Es führt das Modell von Resch (1999, S. 246) fort bis zur Symptomveränderung *nach* Behandlung mit Theraplay. (vgl. Abbildung 46).

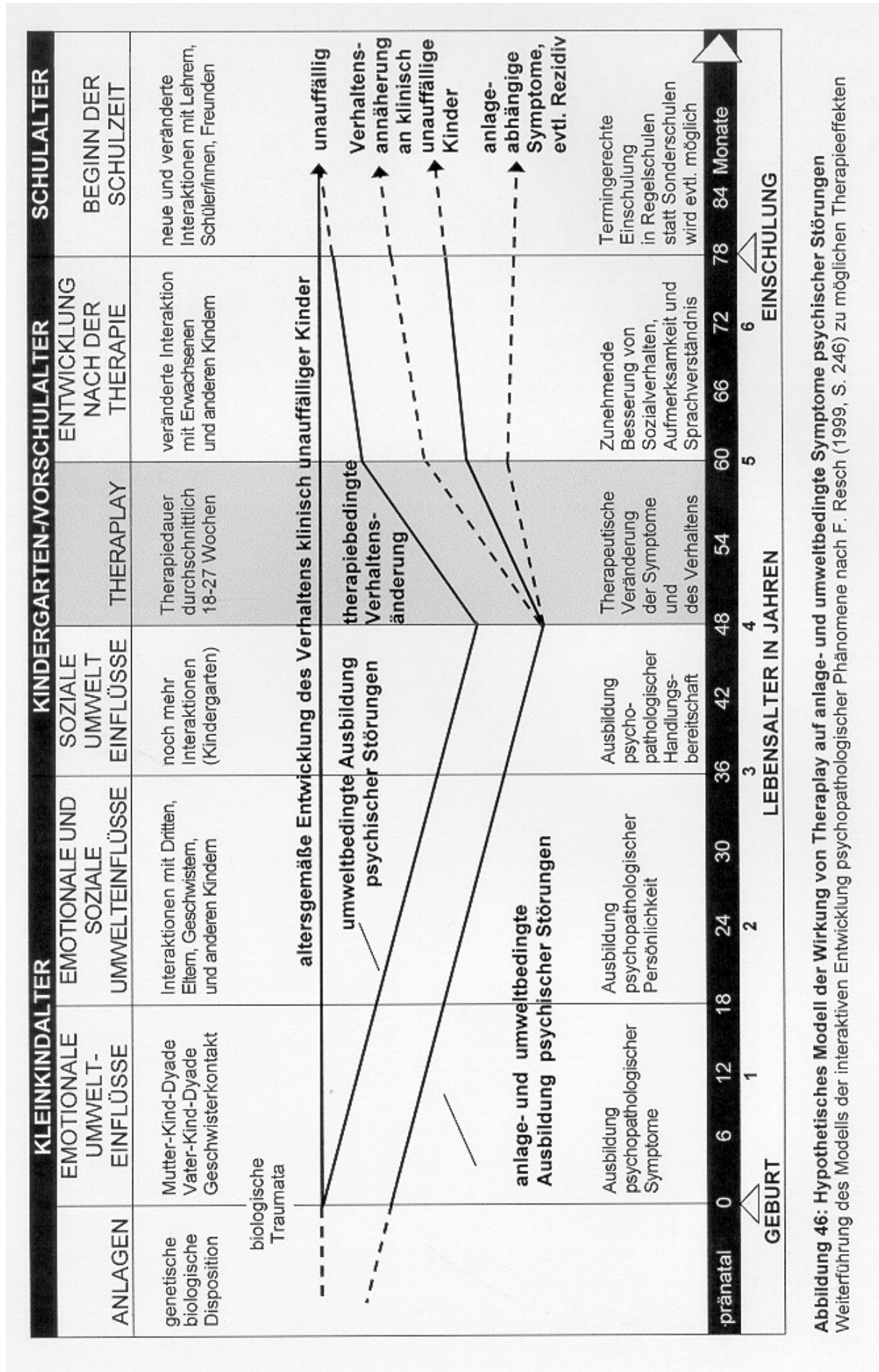


Abbildung 46: Hypothetisches Modell der Wirkung von Theraplay auf anlage- und umweltbedingte Symptome psychischer Störungen  
Weiterführung des Modells der interaktiven Entwicklung psychopathologischer Phänomene nach F. Resch (1999, S. 246) zu möglichen Therapieeffekten

### 3.4.3 Versuch einer Erklärung der Wirkung von Theraplay

Es kann nicht genügen, nur nachzuweisen, *dass* und mit welcher Effektgröße und Nachhaltigkeit Theraplay wirkt. Es sollte auch versucht werden, anhand bekannter Theorien zu erklären, *warum* sich das anfangs gestörte Verhalten der Patient/innen im Kleinkind- und Vorschulalter durch die Behandlung mit Theraplay positiv verändern kann oder warum die Symptome eher anlage- bzw. anlage- *und* umweltbedingt disponierter psychischer Störungen nur bis auf ein Niveau bleibender leichter Symptomatik gebessert oder warum Sprachentwicklungsverzögerungen infolge möglicherweise frühkindlich übersprungener Entwicklungsstufen später unter dem Einfluss der Therapie nachgeholt werden können. Zwei Aspekte sollen in den Vordergrund gestellt werden, um zu versuchen, die Wirkung von Theraplay zu erklären:

1. Die Art der therapeutischen Aktivitäten von Theraplay.
2. Die neuronale Plastizität des kindlichen Gehirns.

**1. Die Art der therapeutischen Aktivitäten von Theraplay** orientiert sich an dem Modell einer guten Mutter-Kind-Beziehung und dem Entwicklungsstand der Patient/innen. Diese Aktivitäten imitieren im therapeutischen Spiel entsprechend dem Entwicklungsalter der Patient/innen die typischen Verhaltensmuster zwischen Mutter und Kind, beispielsweise das Bemühen um eine wechselseitige Anpassung an die subjektiven Bedürfnisse, aus denen eine Bindung entsteht, die Vermittlung der therapeutischen Aktivitäten im interaktiven Spielen, liebevolles, sanftes, tröstendes, fürsorgliches Berühren, wie es gute Eltern ganz unbewusst tun, miteinander sprechen, singen, spielen, lachen, agieren, wobei die Therapeut/in führt und das Kind spürt, hört, mitmacht, bis es gelernt hat, selbst zu agieren. Alle Aktivitäten dienen dem Ziel, dem indizierten Kind je nach seiner Symptomatik und auf seinem Entwicklungsstand Struktur und Regeln für das Miteinander zu vermitteln, antriebsgesteigerte Kinder zu beruhigen, antriebsgeminderte Kinder anzuregen, ihren Mut und ihre Risikobereitschaft herauszufordern, ihnen durch Fürsorglichkeit das Gefühl zu vermitteln, dass sie willkommen sind, dass sie sich sicher, warm und wohl behütet fühlen können, dass sie liebevolle Zuwendung und Trost finden werden, wenn sie sich traurig, gekränkt oder verletzt fühlen.

**2. Die neuronale Plastizität des kindlichen Gehirns.** Das Gehirn passt sich zeitlebens plastisch an die Bedingungen und Anforderungen der sozialen Umwelt an. Diese Neuroplastizität ermöglicht es einem verhaltensgestörten oder entwicklungsverzögerten Kind,

unter therapeutischen Bedingungen erlebte positive Erfahrungen als neue synaptische Verbindungen zu speichern, diese bei Wiederholungen zu vertiefen, sein Verhalten positiv zu verändern und früher geprägte, sich in störendem Verhalten ausdrückende synaptische Verbindungen verblassen zu lassen. Das erst in den letzten Jahren gewonnene neuropsychologische Wissen über die Neuroplastizität des kindlichen Gehirns ist eine weitere Erklärung, warum Theraplay vermutlich so wirkt, wie es sich in der mehrstufigen Therapieerfolgskontrolle gezeigt hat.

Der autistoide Mangel an Empathie und sozialer Gegenseitigkeit lässt sich inzwischen auch aus Erkenntnissen der neurobiologischen Forschung erklären. Sogenannte Spiegelneuronen (Bauer, 2005: mirror neurons) ermöglichen es einem Kind, intuitiv die Gefühle anderer mitzuempfinden und so gegebenenfalls mögliche Absichten anderer Menschen vorauszusehen (*Theory of Mind*). Spiegelneuronen „feuern“ (nach Rizzolatti et al., 2002) in den gleichen Hirnarealen und gleich stark, unabhängig davon, ob eine Person nur an eine Handlung denkt, diese vollzieht oder ob sie einen anderen Menschen, das Kind z.B. seine Bezugsperson bei einer entsprechenden Handlung beobachtet. Diese Fähigkeiten der Spiegelneuronen scheinen jedoch bei Stressbelastungen nicht mehr zu funktionieren. Auch scheinen manche Kinder weniger oder gar keine Spiegelneuronen zu besitzen und deshalb zu Empathie und sozialer Gegenseitigkeit unfähig zu sein. Wie die Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle gezeigt haben, lässt sich jedoch vermutlich der autistoide Mangel an Empathie und an sozialer Gegenseitigkeit bis zu einem geringeren Grad der Symptomatik reduzieren, wenn zunächst in einer begrenzten Anzahl Therapiesitzungen durch die Behandlung mit Theraplay die eher *umwelt*bedingt ausgebildeten Begleitsymptome störenden Sozialverhaltens bis zu klinischer Unauffälligkeit verringert wurden.

#### **3.4.4 Stärken und Schwächen**

##### **des Forschungsprojektes zur Evaluation der Wirkung von Theraplay**

Nach Abschluss der beiden Feldstudien der mehrstufigen Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay sind einige Schwächen des Forschungsprojekts erkennbar geworden, die, wenn sie bereits bei der Untersuchungsplanung bekannt gewesen wären, die Möglichkeit gegeben hätten, diese Studien optimal zu gestalten. Bis 1997, als dieses Forschungsprojekt geplant wurde, gab es in der deutsch- und englischsprachigen Fachliteratur noch keine Berichte über empirische Studien zur Evaluation der Wirkung von Theraplay, an denen eine Orientierung möglich gewesen wäre, um Schwächen rechtzeitig

erkennen zu können. Einige Aspekte der hier berichteten Therapieerfolgskontrolle erscheinen jedoch nur wie Schwächen der Untersuchungsanlage. Tatsächlich haben sie sich als Stärken einer realitätsgerechten Evaluation der Wirkung von Theraplay erwiesen.

**Die Entscheidung zwischen Feldstudien und Experimenten.** Sicher kann man die Entscheidung für die empirische Überprüfung der Wirkung von Theraplay in Feldstudien kritisieren. Erfolgskontrollen verlangen a priori nach einer systematischen Variation einer oder mehrerer unabhängiger Variablen, also nach einem experimentellen Untersuchungsansatz. Das setzt allerdings voraus, dass man die zu variierenden Variablen schon kennt oder sie so eng bestimmen kann, dass sie systematisch variiert werden können. Dieses Wissen fehlte 1997 bei der Untersuchungsplanung. Grundlage der Entscheidung für Feldstudien waren Überlegungen, die später in einem Vortrag von Rudolf (1999), damals Leiter der Klinik für Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg, als richtig bestätigt wurden, nämlich dass die Effektivität und Effizienz einer Therapie dort in der ganzen Variabilität ihrer therapiebedingten Prozesse zu untersuchen sei, wo sie üblicherweise durchgeführt wird, nämlich in den vielfältig verschiedenen realen Diagnose- und Therapiesituationen des therapeutischen Alltags, also in Ambulanzen, Beratungsstellen, Kliniken und niedergelassenen Praxen, nicht in Laborexperimenten. Das hat sich nach Meinung des Verfassers in den hier vorgestellten Feldstudien als richtig bestätigt. Ohne die Behandlung der in unterschiedlichen therapeutischen Institutionen aus unterschiedlichen Patientenpopulationen anfallenden Patient/innen mit Theraplay unter Alltagsbedingungen wäre wahrscheinlich nicht erkennbar gewesen, dass Theraplay zwar auf alle der beispielhaft definierten Kernsymptome mit großer Effektstärke klinisch und statistisch signifikant wirkt, jedoch je nach Art der Symptomatik unterschiedlich effektiv und nachhaltig. Ohne den glücklichen Zufall, dass die Längsschnittstudie im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum durchgeführt werden konnte, weil der ärztliche Leiter, Dr. med. Viktor Uttenweiler, damit einverstanden war und seine Therapeutin, Ulrike Franke, jahrelange Erfahrung in der Anwendung von Theraplay hatte, wäre wahrscheinlich nicht erkannt worden, dass Theraplay eine Therapieform zu sein scheint, mit der bei Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen die Sprache angebahnt und gefördert werden kann, denn in anderen Ländern wurde Theraplay bisher nicht zur Therapie von Sprachstörungen angewendet.

**Bestimmung der Patientenpopulationen als Grundgesamtheiten der Stichproben.**

Es ist sicher zu kritisieren, dass für dieses Forschungsprojekt nicht von vornherein ganz bestimmte Merkmale psychischer Störungen definiert wurden, an denen die Wirkung von Theraplay hätte systematisch überprüft werden können. Doch zum Zeitpunkt der

Untersuchungsplanung 1997 lag nur praxisbasiertes Wissen aus den USA, Kanada und in Deutschland aus dem Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum in Heidelberg vor, dass Theraplay bei den bis dahin behandelten Patient/innen gewirkt hat. Für die Art der Patient/innenpopulationen, die mit Theraplay behandelt wurden, war also die therapeutische Institution bestimmend, in der die jeweiligen Therapeut/innen tätig waren und zu der die Patient/innen bzw. deren Eltern durch die Ärzte in Kinder- und Jugendpsychiatrien, Kinderkliniken und niedergelassen Praxen überwiesen wurden. Ein weiterer Aspekt war, dass die teilnehmenden therapeutischen Institutionen nicht frei gewählt werden konnten, weil es von der Einstellung der Leitung der jeweiligen Institution abhing, ob dort Theraplay angewendet wurde, und – wegen der ärztlichen Schweigepflicht – von deren Bereitschaft, ob die dort mit Theraplay behandelnden Therapeut/innen teilnehmen und ihre Patient/innen wiederholt diagnostiziert, beobachtet, getestet und deren Eltern wiederholt befragt werden durften. Sollte Theraplay einmal in Deutschland so weit verbreitet sein wie derzeit schon in den USA, Kanada, United Kingdom, Finnland, etc., wird es möglicherweise leichter sein, die teilnehmenden Institutionen nach einem systematischen Schlüssel oder nach dem Zufallsprinzip auszuwählen.

**Auswahl der Stichproben.** Die Forderung, dass eine Stichprobe repräsentativ für die Grundgesamtheit sein sollte, um von den Ergebnissen in der Stichprobe auf die Verhältnisse in der Population schätzen zu können, wird üblicherweise durch eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit realisiert. Dabei muss jedes Mitglied der Population dieselbe von Null verschiedene Chance haben, bei der Ziehung in die Stichprobe zu gelangen. Diese Methode der Stichprobenziehung ist bei zufällig anfallenden Patient/innen unterschiedlicher Symptomatik in unterschiedlichen therapeutischen Institutionen nicht durchführbar, weil es keine epidemiologischen Untersuchungen der verschiedenen Grundgesamtheiten der angefallenen Patient/innenpopulationen gibt. Allerdings wurden in der Längsschnittstudie die anfallenden Patient/innen nach Zufall zwei Teilgruppen zugewiesen, an denen die Homogenität der Varianz ausgewählter Merkmale wie Alter, Geschlecht und psychopathologischer Befund überprüft wurde. In den überprüften Merkmalen wurden keine signifikanten Abweichungen zwischen den beiden Gruppen gefunden (vgl. Tabelle 10).

**Verzicht auf eine nicht behandelte Kontrollgruppe gleicher Symptomatik.** In der Untersuchungsplanung wurde 1997 *keine Kontrollgruppe* von Patient/innen mit vergleichbar schwerer multipler Symptomatik ernster Störungen des Sozialverhaltens und der Sprachentwicklung vorgesehen, um sie bei gleicher Art und Schwere der Symptome und für die gleiche Zeitdauer *nicht* mit Theraplay zu behandeln. Aus ethischen Gründen und aus



Verantwortung für die betroffenen Patient/innen und deren Eltern musste darauf verzichtet werden, denn diese Patient/innen hätten, um die Kontrollfunktion zu erfüllen, für die durchschnittliche Therapiedauer von bis zu einem halben Jahr und darüber hinaus für die Dauer der Katamnese von zwei Jahren nicht behandelt werden dürfen. Dem hätten weder die Eltern der Patient/innen noch die behandelnden Ärzte zustimmen können. Ersatzweise wurde eine Wartezeitkontrollgruppe (WKG) gebildet. Dazu wurden die anfallenden Patient/innen nach Zufall zwei Therapiegruppen zugewiesen (TG1; TG2), von denen einer Therapiegruppe (TG2) zunächst eine aufgrund von Praxiserfahrungen bestimmte Wartezeit von 16 Wochen verordnet wurde, nach der sie mit Theraplay behandelt werden sollten, während die andere Therapiegruppe (TG1) unmittelbar nach der Eingangsdiagnostik der Behandlung mit Theraplay zugeführt wurde. Auf die Darstellung der psychopathologischen Befunde der Patient/innen der WKG zu Beginn der Wartezeit musste in dieser Arbeit verzichtet werden, weil in einem Teil der teilnehmenden therapeutischen Institutionen entgegen den getroffenen Vereinbarungen der psychopathologische Befund nicht zu Beginn der Wartezeit und wiederholt am Ende der Wartezeit, sondern gewohnheitsmäßig erst vor Beginn der Therapie erhoben wurde. Dadurch liegt für den Beginn der Wartezeit leider keine volle Datenmenge der psychopathologischen Befunde vor.

**Therapieerfolgskontrolle ohne Test einer vergleichbaren Therapieform.** Die Wirkung von Theraplay wurde *nicht* im Vergleich mit einer *alternativen* Therapieform kontrolliert. Andere Spieltherapien konnten nicht zum Vergleich herangezogen werden, weil sie in den teilnehmenden therapeutischen Institutionen schon aufgrund der fehlenden Zulassung im deutschen Heilmittelkatalog nicht gebräuchlich waren und weil es – vermutlich deshalb, weil Spieltherapien von den Krankenkassen nicht honoriert werden, in Deutschland im Vergleich mit den rund 14.000 Spieltherapeut/innen der USA zu wenig Spieltherapeut/innen gibt. Ersatzweise wurde im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum (PPZ) eine Kontrollgruppe mit Logopädie behandelt (vgl. Tabelle 2: LKG). Die Datenerhebung wurde jedoch nach 22 Fällen abgebrochen, weil die Daten der LKG keinen zuverlässigen Vergleich der Wirkung von Logopädie und Theraplay erlaubt hätten. Die Patient/innen, denen Logopädie verordnet wurde, waren in ihrer Symptomatik einfach nicht mit den Patient/innen vergleichbar, denen Theraplay verordnet wurde, denn die mit Logopädie behandelten Patient/innen waren zwar expressiv sprach- oder sprechgestört, aber *nicht* verhaltensauffällig oder hatten keine rezeptiven Sprachstörungen.

**Mögliche Artefakte durch Messwiederholung.** Mögliche Messfehler bei wiederholter Erhebung gleicher Fakten wurden in Kapitel 3.2.1 (Rahmenbedingungen zum

Untersuchungsansatz) beschrieben. Für die Zielsetzung, eine therapiebedingte Veränderung der Symptome von Patient/innen im Kleinkind- und Vorschulalter zu erheben, ist eine wiederholte Erhebung der Befunde jedoch unverzichtbar. Die dadurch möglichen Messfehler müssen leider akzeptiert und bei der Beurteilung der Daten berücksichtigt werden.

**Validität praxisbasiert operationalisierter Erhebungsinstrumente.** Validität ist in psychologischen Experimenten ein testtheoretisches Gütekriterium, das den Grad der Genauigkeit angibt, mit der ein Test vorgibt, die Testergebnisse zu messen. Für die vorliegende Therapieerfolgskontrolle gab es zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung 1997 für einen Teil der Aufgabenstellungen keine geeigneten, validierten, altersnormierten Tests. Das Problem resultierte aus der Art der zu therapierenden Symptome psychischer Störungen, der Besonderheit der Therapieform, für die es keine vergleichbare Therapie gab, der Forderung nach wiederholter Erhebung emotional, sozial und psychisch bedeutsamer Kriterien und psychopathologischer Befunde bei überwiegend sprachverständnisgestörten Klein- und Vorschulkindern im Alter zwischen zweieinhalb und unter 7 Jahren unter realen Diagnose- und Therapiebedingungen. Dafür waren 1997 zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung teilweise noch keine validierten und altersnormierten Tests verfügbar. So mussten amerikanische Testverfahren übernommen, übersetzt und in kleinen Pilotstudien ausprobiert oder Items und Skalen praxisbasiert selbst operationalisiert werden, auf die Gefahr hin, dass sie nicht das messen würden, was gemessen werden sollte (vgl. Tabellen 8 und 9 sowie die Beschreibung der Erhebungsinstrumente). Einige der übersetzten Erhebungsinstrumente wie z.B. das Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) bewährten sich dann auch nicht, jedenfalls konnten die in den USA ausgewiesenen Faktoren in den hier gemessenen Daten nicht wiedergefunden werden. Andere Tests, z.B. der Sprachverständnistest von Pizzamiglio, waren und sind bis heute nicht altersnormiert. Alternativen gab es nicht, also musste mit dem Vorhandenen untersucht werden. Aus Mangel an anderen damals verfügbaren und für die Aufgabenstellung geeigneten, validen und altersnormierten Tests mussten für viele Fragestellungen und insbesondere für die Beobachtung der Verhaltensänderungen der therapierten Patient/innen entsprechende Items und Skalen praxisbasiert operationalisiert werden, deren mögliche Validität erst jetzt, nachdem erstmals entsprechende Daten vorliegen, statistisch geprüft werden konnte.

**Unterscheidung nach eher anlage- bzw. umweltbedingten Symptomen.** Durch die Ergebnisse der beiden Feldstudien ist bewusst geworden, dass eine Moderatorvariable in die Auswertung der Daten hätte eingeführt werden sollen (vgl. Kapitel 3.4.2, Abbildung 46), denn eines der wesentlichen Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der

Wirkung von Theraplay war die Entdeckung der Bedeutung einer ätiopathogenetischen Unterscheidung in eher *umweltbedingt* ausgebildete versus eher *anlagedisponierte* Symptome, weil diese Unterscheidung die unterschiedliche Effektivität und Nachhaltigkeit der Wirkung von Theraplay aufdeckt. Rückblickend wäre es sinnvoll gewesen, über die differenzierte, symptomorientierte, die Schwere der Symptomatik dimensionalisierte Erhebung des psychopathologischen Befunds hinaus diese Unterscheidung systematisch zu treffen und dazu einen geeigneten Test anzuwenden. Tatsächlich gab es damals keinen für Klein- und Vorschulkinder geeigneten deutschsprachigen Test zur Identifikation z.B. der umweltbedingten Symptome. Der Umwelt-Struktur-Test (UST) und der Allgemeine Interessen-Struktur-Test (AIST), beide 1993 veröffentlicht, messen anhand von Schul- und Berufstätigkeiten und sind erst ab einem Alter von 14 Jahren einsetzbar. Der Bildertest 1-2 (BT 1-2, 1994), die deutsche Bearbeitung des Moray House Picture Intelligence Test 1, ist für Schulkinder im Alter von 6 bis 8 Jahren gedacht. Andere validierte Tests zur Erhebung dieses Kriteriums gab es damals noch nicht.

**Altersunterschiede.** Das Alter der Patient/innen wurde zum Zeitpunkt des Erstkontaktes differenziert nach Monaten erhoben. Nach den vorliegenden Ergebnissen ist das Alter weniger interessant in Hinsicht auf die Wirksamkeit von Theraplay als hinsichtlich der Effizienz der Therapie, also in Hinsicht auf die notwendige Therapiedauer bis zum Erreichen des Therapiezieles bei jüngeren bzw. schon etwas älteren Kindern (z.B. jünger als 4 Jahre; 4 Jahre und älter). Deshalb wurde nur über das durchschnittliche Alter der Stichproben berichtet.

**Geschlechtsunterschiede.** Alfermann (2005) hatte bereits angemerkt, dass nicht nur nach den Unterschieden, sondern auch nach den Ähnlichkeiten der Geschlechter gesucht werden sollte. Baron-Cohen (2004) führte die Theorie ein, dass Mädchen und Jungen „vom ersten Tag anders“ seien, dass es so etwas wie ein eher weibliches bzw. eher männliches Gehirn gäbe. Die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen in ihrer Reaktion auf die Behandlung mit Theraplay wurden nur anhand der genügend großen MCS-Substichproben berichtet, denn die Substichprobe der Mädchen wäre in der LSS-Nettostichprobe zu klein gewesen, um zu validen Aussagen zu kommen. Die Hypothese von Baron-Cohen wurde möglicherweise noch nicht überprüft. Es müsste noch untersucht werden, ob die beobachteten Unterschiede nicht nur ein Ergebnis unterschiedlicher Reaktion auf die Therapie, sondern möglicherweise auch der unterschiedlichen sozialen Umweltgegebenheiten war, beispielsweise des unverhältnismäßig großen Anteils unehelicher Kinder, allein

erziehender Mütter, zweisprachig erzogener Kinder mit Migrantenhintergrund, etc. Das sind jedoch Fragen der differentiellen Psychologie, die nicht unmittelbar mit der Therapieerfolgskontrolle zu tun haben. Sie sollten eher unter epidemiologischen Perspektiven hinsichtlich der Vulnerabilität der Patient/innen untersucht werden. Die Daten der beiden Feldstudien stehen dafür zur Verfügung.

**Temperamentsunterschiede.** Ausgehend von den Untersuchungen von Thomas & Chess (dt. 1980), die den Unterschied zwischen Kindern mit aktivem bzw. passivem Temperament deutlich machten, stellt sich die Frage, warum das Temperament in dieser Therapieerfolgskontrolle nicht erhoben wurde, obwohl doch z.B. die Unterscheidung in aufmerksamkeitsdefizitgestörte Patient/innen *mit* bzw. *ohne* Hyperaktivität nahelegt, Unterschiede aufgrund des Temperaments und hyperkinetischer Symptome zu differenzieren. 1997 stand kein geeigneter, validierter, altersnormierter Test zur Verfügung und bis heute ist keiner verfügbar. Von Brickenkamp (1997) wurde damals zu diesem Zweck der *Deutsche HSPQ* (1977, High School Personality Questionnaire) für Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren und das *Eysenck-Persönlichkeits-Inventar* (1983, EPI) mit der Differenzierung nach Introversion vs. Extraversion und emotionaler Stabilität vs. Instabilität für Jugendliche und Erwachsene empfohlen. Beide waren für Patient/innen im Alter von 2 ½ – 7 Jahre ungeeignet.

**Intelligenzunterschiede.** Nach allgemeiner Vorstellung über die Aussagefähigkeit psychologischer Untersuchungen sollte keine empirische Studie darauf verzichten, die Intelligenz als Außenkriterium zu erfassen, obwohl noch strittig ist, was Intelligenz ist, z.B. akademische, wissensbasierte, kristallisierte, fluide, problemlösungsorientierte, soziale, verbale, emotionale Intelligenz. Es war beabsichtigt, einen Intelligenztest einzusetzen. Verschiedene non-verbale Tests wie z.B. die *Snijders-Oomen Nichtverbale Intelligenzreihe* (1975) wurden in einem Pilottest bei einer kleinen Stichprobe verhaltensauffälliger und zugleich sprachgestörter Patient/innen ausprobiert. Doch die sprachverständnisgestörten Patient/innen konnten keinen davon bearbeiten. Sie verstanden schon die Anleitungen durch die Diplompsychologin nicht. Deshalb wurde entschieden, stattdessen den aktuellen Entwicklungsstand der Patient/innen mittels der non-verbale Untertests des *Wiener Entwicklungstest (WET)* und den Sprachentwicklungsstand anhand praxisbasiert operationalisierter Skalen zu erheben, denn beides hatte sich zumindest bei einem Teil der Kinder als durchführbar erwiesen. Ohnehin ist es ein Prinzip der Anwendung von Theraplay, dass sich die Therapeut/innen in ihren Aktivitäten am Entwicklungsstand und nicht am Lebensalter der Patient/innen orientieren.

**Medizinische Korrelate.** Parallel zur Beobachtung der Verhaltensmuster und zur Diagnose des psychopathologischen Befundes konnten in der Therapiesituationen *keine* medizinischen oder hormonellen Korrelate und *keine* Elektroenzephalogramme (EEG) erhoben werden, obwohl sie interessante Aussagen hätten erwarten lassen, da jede Form von Erregung oder Stress der Patient/innen auch von einer entsprechenden Reaktion des adrenergen und cholinergen Systems und des Encephalons begleitet wird. Nach Auffassung des Verfassers sollten derartige Untersuchungen künftigen besser kontrollierbaren (Labor-)Experimenten vorbehalten bleiben. In Feldstudien lassen sich die Situationen der Daterfassung nicht ausreichend kontrollieren, um auszuschließen, dass die gemessenen Werte verzerrt werden. Nach Wissen des Verfassers werden von Purvis & Cross (2005, Texas University) in Kooperation mit dem Labor der North-Western University, Illinois, Untersuchungen zur Wirkung von Theraplay bei gleichzeitiger Erfassung medizinischer Parameter geplant, deren Ergebnisse erst einmal abgewartet werden sollten.

**Irrationale Antworten der befragten Eltern.** Die Eltern der mit Theraplay behandelten Patient/innen wurden wiederholt befragt, bei gemeinsam erziehenden Eltern die Mütter und Väter unabhängig voneinander. Themen waren u.a. die elterliche Beurteilung des häuslichen Verhaltens ihres Kindes (Erhebungsbogen EB 32), die Eltern-Kind-Beziehung (EB 33), die elterliche Einschätzung der Auswirkungen des therapiebedingt veränderten Verhaltens ihres Kindes auf das Kind und auf sie selbst (EB 34) sowie die elterliche Einschätzung des Therapieerfolgs (EB 35.0/FB 3). Zur Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehungen war das in amerikanischen Praxen für Kinderpsychotherapie weit verbreitete *Parent-Child Relationship Inventory* (1994, A.B. Gerard: PCRI) aus den USA übernommen, übersetzt und in einer Pilotstudie bei je 34 bilingualen Elternpaaren deutscher bzw. anglo-amerikanischer Herkunft auf Validität untersucht worden. Die in der Therapieerfolgskontrolle zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten wiederholt von den Elternteilen erfragten Antworten sind zum Teil in sich und zum Teil in Relation zu den Antworten des anderen Elternteils nicht schlüssig, sodass die Reliabilität dieser Antworten noch diskutiert werden muss.

### 3.4.5 Ausblick

**Replikationen der Ergebnisse.** Die beiden Feldstudien geben zwar deutliche Hinweise darauf, dass die Behandlung der untersuchten Kernsymptome und der relevanten Begleitsymptome mit Theraplay vermutlich außerordentlich effektiv und effizient war. Nach Auffassung des Verfassers sollten jedoch noch weitere replizierende Studien durchgeführt

werden, bevor Theraplay nach den Bewertungskriterien der American Psychiatric Association (APA) als zuverlässig wirksam bestätigt werden kann. Für Forscher, die die vorliegenden Ergebnisse replizieren möchten, werden die Daten und deren Auswertungen auf die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Studien beim Verfasser zur Verfügung gehalten. Die im Anhang beigegefügt Erhebungsbogen sollen ermöglichen zu prüfen, was getan wurde und was u.U. methodisch verbessert werden könnte. Die Originale der Beobachtungs- und Erhebungsbogen und die Videoprotokolle der beobachteten Therapien und der Eltern-Kind-Interaktionen werden ebenfalls auf die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Datenerhebungen verfügbar gehalten und können, da sie aus datenschutzrechtlichen Gründen getrennt von den Auswertungen in D-68723 Oftersheim bei Heidelberg archiviert worden sind, nach vorheriger Absprache dort eingesehen werden.

**Interkulturelle Replikationen der Ergebnisse.** Nach Informationen von The Theraplay Institute, Wilmette, Ill. 60091, USA, Tel. 001-847-256-7334, Managing Director Gayle Christensen, eMail [gayle@theraplay.org](mailto:gayle@theraplay.org), werden derzeit an verschiedenen Universitäten in den USA Studien zur Wirksamkeit von Theraplay geplant, in einem Fall unter gleichzeitiger Erhebung medizinischer Korrelate. An der Universität Helsinki, Finnland, wurden unter Leitung von Prof. Dr. med. Jukka Mäkelä, Helsinki, Tel. ++358-9-4584018, eMail [jukka.makela@theraplay.fi](mailto:jukka.makela@theraplay.fi), in den letzten Jahren einige kleinere Studien durchgeführt, deren Ergebnisse allerdings in finnischer Sprache veröffentlicht wurden. Weitere Replikationen in anderen Ländern und anderen Sprachen sollten angestrebt werden.

**Kulturabhängige Unterschiede.** Es wäre empfehlenswert, sobald in weiteren Ländern unterschiedlicher Kulturen die Wirkung von Theraplay evaluiert wurde, sie in einer Metaanalyse kulturvergleichend auf ähnliche und unterschiedliche Effekte zu untersuchen.

**Generalisierung der Wirkung von Theraplay auf andere Symptome.** Im Rahmen der beiden berichteten Feldstudien wurden über die sechs beschriebenen Kernsymptome hinaus auch Daten zur Wirkung von Theraplay auf weitere Symptome erhoben. Zunächst sollten diese Daten ausgewertet werden, um den Nachweis für das Spektrum der durch Theraplay erfolgreich behandelbaren Symptome zu erweitern. Interessierten Forschern stehen die vorliegenden Daten für weitere Untersuchungen gern zur Verfügung. Es wäre sicher sinnvoll, wenn von anderen Forschern darüber hinausgehend gezielt die Wirkung von Theraplay auch auf weitere Symptome untersucht würde.

**Therapiedauer mit der größten Effizienz.** Die vorliegende Therapieerfolgskontrolle hat gezeigt, dass die notwendige Zahl Therapiesitzungen je nach Art der Symptomatik

unterschiedlich war. Zugleich wurde auch festgestellt, dass selbst bei gleicher Kernsymptomatik die Varianz zwischen den Kindern sehr groß war. Vielfach wurden die Kinder ohne klare Diagnose überwiesen. Es wäre sicher empfehlenswert, in Hinsicht auf die Behandlung von Patient/innen mit unklarer Diagnose jedes Mal zu prüfen, welche Verlängerung der Therapie für die jeweilige Symptomatik möglich wäre, immer unter der Prämisse, dass bei besserer Kenntnis der Symptomatik die Therapie gezielt auf diese orientiert werden könnte.

**Untersuchung des Alterseinflusses.** Für jedes der mit Theraplay behandelten Kinder liegen genaue Angaben des Alters vor. Mit diesen Daten könnte beispielsweise im Sinne einer Indikation für eine präventive Behandlung untersucht werden, ob es effektiver und effizienter wäre, die kleinen Patient/innen möglicherweise noch im Kleinkindalter mit Theraplay zu behandeln oder ob es besser wäre, bis ins Vorschulalter zu warten, also sie erst rechtzeitig vor der Einschulung zu therapieren. Interessierten Forschern können die Daten aus den beiden vorliegenden Feldstudien für entsprechende differenzierte Analysen der Altersgruppen zur Verfügung gestellt werden.

**Publikation der Wirkung von Theraplay.** Vom Verfasser wurden die Ergebnisse der Therapieerfolgskontrolle zur Evaluation der Wirkung von Theraplay in Zusammenarbeit mit Ulrike Franke und z.T. auch mit anderen deutschen und amerikanischen Autor/innen auf einigen Fachkongressen in Deutschland, Österreich, Schweiz, United Kingdom und USA und durch Veröffentlichungen in einem amerikanischen Fachbuch (Schaefer & Kaduson, 2006. *Contemporary Play Therapy. Theory, Research, and Practice*, New York: The Guilford Press) und in deutschen und amerikanischen Fachzeitschriften vorgestellt. Dieser Arbeit ist im Anhang ein Verzeichnis der bisherigen Veröffentlichungen beigelegt.

## 4 ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRAKT)

**Hintergrund:** In Deutschland fallen zunehmend mehr Schüler/innen durch Lernstörungen, störendes Sozialverhalten und Sprachdefizite auf. Sie tragen selbst ein erhebliches Lernrisiko und behindern andere im Unterricht. Zugleich fordert die stetig sinkende Geburtenrate nach geeigneten Maßnahmen, um das Potential an qualifizierten Schulabgänger/innen zu steigern und den Anteil sonderpädagogisch zu fördernder Kinder zu senken. Es gilt, gefährdete Kinder bereits frühzeitig zu erkennen und noch im Vorschulalter zu therapieren. Dazu bedarf es dringend evidenzbasierter, effektiver, nachhaltig wirksamer und kosteneffizienter Therapien für Klein- und Vorschulkinder mit Störungen der Aufmerksamkeit, der Sprachentwicklung und vor allem des sozialen Verhaltens.

**Therapieform:** Nach den Ergebnissen der mehrstufigen Therapieerfolgskontrollen könnte Theraplay diese Forderungen erfüllen. Theraplay ist eine entwicklungsorientierte, interaktive, von Therapeut/innen geführte Kurzzeit-Spieltherapie für psychisch gestörte Kinder unter Einbindung der Eltern. Sie wurde im Rahmen des amerikanischen Head Start Projekts zur kostensenkenden Behandlung größerer Zahlen bindungs-, entwicklungs- und verhaltensgestörter Kinder konzipiert. Sie hat sich in der Praxis bewährt, wurde aber bis zum Beginn dieses Forschungsprojektes nicht wissenschaftlich evaluiert.

**Methodik:** Zur Evaluation der Wirkung von Theraplay wurden zwei Feldstudien durchgeführt: 1998-2006 eine kontrollierte Längsschnittstudie (LSS) mit Nachuntersuchung zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung (Klassifikation A- der American Psychiatric Association) und 2000-2006 eine Multi-Center Studie (MCS) in neun therapeutischen Einrichtungen mit unterschiedlichen Patient/innen-Populationen. Die MCS wurde als Prä-Post-Untersuchung (APA-Klassifikation B) zur Replikation der Ergebnisse der LSS durchgeführt. Die LSS basiert auf einer nach Zufall angefallenen Nettostichprobe von 60 Patient/innen mit multiplen Störungen des Sozialverhaltens und der Sprachentwicklung (random sample) sowie einer Kontrollstichprobe mit 30 klinisch unauffälligen Kindern gleichen Alters und Geschlechts (matched sample) und deren jeweiligen Eltern. Die nach Zufall angefallene Nettostichprobe der MCS umfasste 333 Patient/innen mit ähnlichen multiplen Diagnosen. In den LSS- bzw. MCS-Stichproben wurden 23 bzw. 186 Patient/innen



mit oppositionell verweigerndem Verhalten, 22 bzw. 167 Patient/innen mit scheuem, sozial zurückgezogenem Verhalten, 14 bzw. 67 Patient/innen mit autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, einem Kernsymptom des autistischen Spektrums, 24 bzw. 127 Patient/innen mit ADHS, 26 bzw. 123 Patient/innen mit ADS und 52 bzw. 223 Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen diagnostiziert. Die MCS-Substichproben konnten aufgrund ihrer Größe in Patient/innen mit schwerer, deutlicher oder leichter Symptomatik differenziert werden.

**Ergebnisse:** Die Hypothesen über die Wirksamkeit von Theraplay wurden durch die Ergebnisse beider Studien bestätigt. Die Therapie erwies sich als geeignet, oppositionell verweigerndes Verhalten, scheues Verhalten, autistoiden Mangel an sozialer Gegenseitigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität und rezeptive Sprachstörungen klinisch bedeutsam (Effektgröße  $d > |0.80|$ ) und statistisch signifikant (Fehlerwahrscheinlichkeit  $p < .0001$ ) zu verringern. Sie wirkte jedoch auf die untersuchten psychischen Störungen unterschiedlich effektiv.

Eher *umweltbedingte* Verhaltensstörungen wie oppositionell verweigerndes, unkooperatives, scheues oder sozial zurückgezogenes Verhalten und Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS) besserten sich in durchschnittlich 17-20, bei schwerer Symptomatik in durchschnittlich 23-24 Therapiesitzungen so sehr, dass Patient/innen mit diesen Störungen sich nach der Therapie nicht mehr von den klinisch unauffälligen Kindern der Kontrollgruppe unterschieden. Die Wirkung war nachhaltig. Bis zwei Jahre nach der Therapie gab es keine Rückfälle.

Störungen mit einer Wechselwirkung von vermutlich anlage- und umweltbedingten Symptomen wie Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörungen (ADHS) und autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit oder Entwicklungsstörungen wie rezeptive Sprachstörungen verringerten sich im Therapieverlauf ebenfalls mit großer Effektstärke und statistisch signifikant, weil die umweltbedingten Symptome sich bis zur klinischen Unauffälligkeit besserten, aber wegen der ätiopathogenetisch eher anlage-, neuronal oder hirnnorganisch bedingten Symptome verringerten sie sich nicht im gleichen Maße. Nach durchschnittlich 23-28, in schweren Fällen nach durchschnittlich 30-31 Therapiesitzungen veränderten sich die eher anlagebedingten Symptome zwar auch klinisch und statistisch signifikant, jedoch nur bis zu letztlich verbleibender leichter bis deutlicher Symptomatik. Nur die Patient/innen mit anfangs leichter Symptomatik waren nach der Therapie klinisch unauffällig. Einige der vermutlich eher anlagebedingten Symptome tendierten jedoch dazu, sich bis zwei Jahre nach der Therapie wieder leicht zu verschlechtern. Die Rückfälle waren zwar statistisch nicht signifikant, aber klinisch durchaus bedeutsam.

Patient/innen mit rezeptiven Sprachstörungen hatten, wenn ihre Symptome nicht hirnorganisch bedingt waren, vermutlich frühkindlich eine wichtige Entwicklungsstufe übersprungen, die sie in der Therapie nachholten. Ihr Sprachverständnis wurde in durchschnittlich 19-20, bei schweren Störungen in durchschnittlich 22-23 Therapiesitzungen angebahnt, nachdem die begleitenden Verhaltensstörungen durch die Behandlung mit Theraplay weitgehend reduziert worden waren. Das angebahnte Sprachverständnis entwickelte sich auch in den Jahren nach der Therapie weiter fort.

**Schlussfolgerung:** Die Wirkung von Theraplay hat sich bei den untersuchten Störungen auf unterschiedlichem Niveau als wirksam, hinsichtlich der zur Erreichung des Therapieziels notwendigen Anzahl Therapiesitzungen als effizient und in den meisten Fällen als nachhaltig erwiesen. Modellhaft kann erwartet werden, dass Theraplay auf eher umweltbedingte Symptome von Störungen, insbesondere auf Verhaltensauffälligkeiten als Kern- oder Begleitsymptome, so effektiv wirkt, dass sich sogar anfangs schwer störendes Sozialverhalten nachhaltig bis auf das Niveau klinisch unauffälliger Klein- und Vorschulkinder verringert. Eher anlagebedingte Symptome werden zwar bis zum Ende der Therapie effektiv und statistisch signifikant reduziert, bleiben jedoch letztlich je nach anfänglicher Schwere auf einem leichten bis deutlichen Störungsniveau und zeigen teilweise eine Tendenz zu geringen Rückfällen. Rezeptive Sprachstörungen, reduzieren sich, wenn sie nicht hirnorganisch bedingt sind, nachdem das Sprachverständnis erst einmal angebahnt ist, auch nach der Therapie noch weiter. Die hohe Übereinstimmung der positiven Symptomveränderungen in beiden Feldstudien deutet darauf hin, dass die durch die Behandlung mit Theraplay erzielten Therapieergebnisse valide und reliabel sind.

**Schlüsselbegriffe (z.T. Psyndex-Terms):** ADHS – ADS – Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität – Autismus – autistoider Mangel an sozialer Gegenseitigkeit – Effektgröße – Effektivität – Effizienz – Eltern-Kind-Beziehungen – Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit – evidenzbasierte Praxis – Feldforschung – Fürsorglichkeit – Hyperkinese – interpersonale Interaktion – klinische und statistische Signifikanz – Kontrollgruppen – Längsschnittstudien – Lernstörungen – Mehrfachstörungen – Messwiederholung – Multi-Center-Studie – Multiple Diagnose – Nachhaltigkeit – Nachuntersuchungen – oppositionell verweigerndes Verhalten - Psychische Störungen – Rückzugsverhalten – Schüchternheit – Selbstsicherheit – Selbstvertrauen – Selbstwertgefühl – Sprachentwicklungsstörungen – Sprachverständnisstörungen – Störungen des Sozialverhaltens – Struktur – Therapieerfolgskontrolle – Tiefgreifende Entwicklungsstörungen – Verhaltensänderungen – Verhaltensstörungen

## **SUMMARY (Abstract)**

**Background.** An increasing number of students in Germany are being diagnosed with learning disorders, language deficits, and social-behavior problems. They present serious problems for educators and disruptive to other students in the classroom. The continuously dropping birth rate increases importance of finding methods of effectively educating these children and enabling them to become productively employed. It is also important to find methods of integrating them into the mainstream classrooms with other regular education children. Early identification of these children at risk is important so that remediation can be started as early as preschool. Furthermore, there is an urgent need for evidence-based, effective, and cost-efficient therapy to treat toddler and preschool children suffering from ADHD/ADD, developmental language disorders, and social conduct disorders.

**Treatment.** Based on the results of a multistage study of treatment efficacy, Theraplay could meet these above requirements. Theraplay is a developmentally oriented, interactive, and directed short-term play therapy system designed to treat psychiatrically disordered children. Parent involvement is integral to the approach. This therapy was constructed within the scope of the American Head Start Project to cost-efficiently treat a greater number of attachment, development, and conduct disordered children. The treatment was practice-proved but not scientifically evaluated until the beginning of this research.

**Method.** Two field-studies were carried out to evaluate the effectiveness of Theraplay: 1998 through 2006 a longitudinal study with control groups (CLS) and a follow-up study two years after the end of the therapy (classification A- of the American Psychiatric Association) and 2000 through 2006 a multi-center study (MCS) carried out in nine therapeutic facilities with different populations of impaired children. The MCS was approached as a pre-post study (APA classification B) to replicate the results of the CLS. The base of the CLS was a random sample of 60 preschool children suffering from dual diagnosis of social or conduct disorders as well as retarded language development, a control group of clinically non-symptomatic children matched in age and sex, and their relevant parents. The random sample of the MCS included 333 female and male preschool children suffering similar diagnoses. Twenty-three and 186 patients out of the sample of CLS and MCS, respectively, were diagnosed with oppositional defiance, 22 and 167 with shyness, 14 and 67 with an autistic type social deficits, 24 and 127 patients with ADHD, 26 and 123 patients with ADD, and 52 and 223 patients

suffered from receptive language disorders. Because of the greater number of patients of the MCS-subsamples they were divided into subgroups of children suffering heavy, severe or minor symptoms.

**Results.** The hypothesis concerning the effectiveness and cost-efficiency of the treatment using Theraplay was confirmed by both studies. The therapy was proved to be suitable to decrease clinically and statistically significant (effect size  $d > .80$ , probability  $p < .0001$ ) oppositional defiant or shy-withdrawn behavior, autistic lack in social mutuality, attention deficit disorders with and without hyperactivity, and receptive language disorders. However, the effectiveness of the therapy varied in effectiveness for different psychiatric symptoms.

Behavior disorders presumably caused by the environmental factors, such as oppositional defiance, non-cooperativeness, shy or socially withdrawn behavior, and attention deficit disorders without hyperactivity (ADD), improved within 17 to 20 sessions. Clients with more severe symptoms showed improvement in 23 to 24 therapeutic sessions. In many cases patients improved enough that they didn't differ from clinically non-symptomatic children of the control group. The effectiveness was lasting. Two years after finishing the therapy there were no relapses.

Impairments with presumably constitutional or genetically determined factors interacting with environmentally variables, such as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), an autistic lack in social mutuality, or developmental disorders as receptive language delay decreased during the therapeutic process with great effect size and statistically significant, too, after the deficits caused by environment improved to clinically non-symptomatic state. However, symptoms did not decrease to the same degree because of the genetic, neuronal or brain-organic symptoms. After 23 to 31 therapeutic sessions, on average, the more constitutional and genetically determined symptoms decreased significant; however, clinically significant symptoms continued to exist. Only patients with minor symptoms at the beginning of the therapy seemed to be clinically non-symptomatic after treatment. Two years after the end of the treatment some of the presumably more genetic, constitutionally determined symptoms tended to recur. Actually, the relapses were clinically important but statistically not significant.

Presumably, patients suffering receptive language disorders missed an important developmental stage in their early childhood which they made up during the therapy. Their language comprehension was improved in 22-23 therapeutic sessions and behavioral

symptoms decreased largely after treatment with Theraplay. The initiated language comprehension developed extensively in the subsequent years.

**Conclusion.** Psychiatric symptoms from mild to severe levels were improved with the application of Theraplay. Based on the number of therapeutic sessions the treatment was cost-efficient. Based on the found hypotheticodeductive model it may be expected that Theraplay will work successfully on disorders caused by environmental factors, especially when conduct problems are the central symptom. Even substantial social behavior problems showed lasting improvements in toddler and preschool children. Symptoms with a more constitutional, genetic, or neuronal basis also improved at clinically effective and statistically significant levels during the therapeutic process. Seriousness of symptoms at the beginning of the therapy was reflected in end results and people with more severe symptoms were more likely to relapse. Receptive language disorders showed further improvement even after treatment was terminated. The results of both field studies corresponded with significant positive changes in psychiatric symptoms, indicating that the therapeutic effects of the treatment using Theraplay were valid and reliable.

**Key words (partly Psyndex Terms):** ADHD – ADD – assertiveness – attention deficit disorder with and without hyperactivity – autism – autistoid lack in social mutuality – behavior change – behavior disorders – clinical and statistical significance – conduct disorders – control groups – developmental disabilities in early childhood – dual diagnosis – efficiency – effectiveness – effect size – evidence-based practice – field research – follow-up studies – hyperactivity – interpersonal interaction – lasting effectiveness – learning disorders – longitudinal study – mental disorders – multi-center study – multiple disorders – nurturing – oppositional defiant behavior – parent-child relationship – pervasive developmental disorders – receptive language disorders – repeated measurement – retarded language development – shyness – self confidence – self esteem – structure – treatment effectiveness evaluation – withdrawal

## 5 LITERATURVERZEICHNIS

- Achenbach, T. M.** (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ahrens, H.-J.** (1991). Strukturen individueller Differenzierung bei politischer Wahl und Urteilsbildung. In Manfred Amelang, Hans-Joachim Ahrens & Hans Werner Bischoff (Hrsg.) (1991). *Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Ainsworth, M.D.S.** (1964). Pattern of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. In *Merryl-Palmer Quarterly*, 10, 51-58.
- Ainsworth, M.D.S.** (1969). Object Regulations, Dependency and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. In *Child Development*, 1969, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M.D.S.** (1973). The Development of infant-mother attachment. In B.M. Caldwell & H.N. Ricciuti (eds.) *Review of child development research*, Vol. 3. Chicago: University of Chicago Press.
- Alfermann, D.** (2005). Geschlechtsunterschiede. In Hannelore Weber & Thomas Rammsayer (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie, Band 2, Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*, 2005, 305-317. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Amorosa, H., von Benda, U. & Wagner, E.** (1986). Die Häufigkeit psychiatrischer Auffälligkeiten bei 4- bis 8jährigen mit unverständlicher Spontansprache. In *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 14, 289-295 (1986).
- Amorosa, H. & Noterdaeme, M.** (2003). *Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Antonovsky, A.** (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A.** (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist** (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Archer, C. & Burnell, A.** (Eds.) (2003). *Trauma, Attachment and Family Permanence. Fear Can Stop You Loving*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Asendorpf, J. B.** (1996). *Psychologie der Persönlichkeit. Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Association for Play Therapy** (2006). *About Play Therapy. Overview*. Fresno: Association for Play Therapy (A4PT) unter [www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm](http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm).
- Axline, V.M.** (1969). *Play Therapy*. New York: Ballantine. Originally published 1947.
- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. In *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barnett, W. S.** (1996). *Lives in the balance: Age-27 benefit-cost analysis of the High/Scope Perry Preschool Program*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Barnett, W. S.** (2000). Economics of early childhood intervention. In S. J. Meisels (Ed.) *Handbook of early childhood intervention*. 2<sup>nd</sup> ed., pp.589-610. New York, NY: Cambridge University Press.
- Barnett, W. S.** (2004). Maximizing Returns From Prekindergarten Education. Paper presented at the Conference on Education and Economic Development. In Martha Diefendorf & Susan Goode: *The Long Term Economic Benefits Of High Quality Early Childhood Intervention Program*. 2004. Chapel Hill, NC: NECTAC University of North Carolina. [Internet] Verfügbar über: <http://www.nectac.org/~pdfs/pubs/econbene.pdf> [16.03.2005].
- Baron-Cohen, S.** (2004). *Vom ersten Tag an anders. Das weibliche und das männliche Gehirn*. Düsseldorf: Walter Verlag. [Engl. Originalausgabe: *The Essential Difference. Men, Women and the Extreme Male Brain*. 2003. Allen Lane: Penguin Books.]
- Bates, E., Bretherton, J., & Snyder, L.** (1988), *From first words to grammar. Individual differences and dissociable mechanisms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bateson, P. P. G.** (1979). How do sensitive periods arise and what are they for? In *Animal Behavior*, 27, 470-486.
- Bauer, J.** (2005). *Warum fühle ich, was du fühlst? Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen*. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.
- Baumgartner, R. & Spescha, I.** (2004). Testführer. Ein Überblick der Testverfahren für die logopädische Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen, S. 42 Pizzamiglio. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH).
- Beitchman, J.H., Hood, J., & Inglis, A.** (1990). Psychiatric risk in children with speech and language disorders. In *Journal of abnormal Psychology*, 18, 283-296 (1990).
- Belfield, C. R.** (2004). *Early childhood education. How important are the cost-savings to the school system?* [Internet] [http://www.winningbeginningny.org/databank/documents/belfield\\_report\\_000.pdf](http://www.winningbeginningny.org/databank/documents/belfield_report_000.pdf) [22.09.2004].

- Bierhoff-Alfermann, D.** (1989). *Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Binet, A. & Simon, T.** (1905). Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence. *Année Psychologique*, 11, 163-190.
- Birkenkamp, R.** (Hrsg.) (1997). *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, 2. vollst. überarbeitet und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Bishop, D.V.M.** (1997). *Uncommon understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. East Sussex, UK: Psychology Press, Publishers.
- Bortz, J.** (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 4. vollst. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N.** (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*, 2. vollst. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Booth, Ph.** (2005). Current Theraplay Best Practice: Focussing on Attunement and Regulation in Play. Wilmette, IL: *The Theraplay Institute Newsletter*, Summer 2005.
- Bowlby, J.** (1969, 1982). *Attachment* [Vol. 1 Attachment and Loss]. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J.** (1987). Bindung. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
- Briegel, W., Wettig, H. & Franke, U.** (2005). Evaluation der Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit rezeptiver Sprachstörung und komorbider Störung des Interaktionsverhaltens – eine erste Längsschnittstudie. Poster präsentiert auf dem XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Heidelberg. In: Franz Resch (Hg.) *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung*, 2005, 279-280. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brockhaus Psychologie, Der** (2001). *Psychologie. Fühlen, Denken und Verhalten verstehen*. Mannheim: F. A. Brockhaus Lexikonredaktion.
- Brody, V.** (1966). *Changes in Test Behavior of Children Treated by a Structured Approach to Therapy*. Paper presented to the Research Seminar, Psychosomatic and Psychiatric Institute, Michael Reese Hospital, Chicago, 1966.
- Brody, V.** (1978). Developmental Play: A Relationship-Focussed Program for Children. In *Journal of Child Welfare*, 57, (9), 591-599.



- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2003). *Kinderspiele. Anregungen zur gesunden Entwicklung vom Baby bis zum Kindergartenkind*. Köln: BZgA.
- Bundy-Myrow, S.** (2005, June). Treating Children on the Autistic Spectrum: How to Meet Varied Needs with Activities Suited to Different Ages and Abilities. Vortrag präsentiert anlässlich 2<sup>nd</sup> International Theraplay Conference, Chicago, IL.
- Buss A.H. & Plomin, R.** (1975). *A temperament theory of personal development*. New York: Wiley-Interscience.
- CASCAP-D** (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche*. Dt. Version der Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology. Siehe Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Cattell, R.B.** (1966). Psychological theory and scientific method. In Raimond B. Cattell (Ed.): *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand McNally & Comp.
- Cattell, R.B.** (1971), *Abilities: Their structure, growth, and action*, chapt. 1. Boston: Houghton-Mifflin.
- Chambless, D. L. & Hollon, S.D.** (1998). Defining empirically supported therapies. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Children Behavior Checklist (CBCL)** (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Siehe Achenbach, T. M.. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Copland, J.** (1987). The Early Language Milestone Scale (ELM-Scale), autorisierte deutsche Fassung von U. Knölker, 1996. In Knölker, U., Mattejat, F. Und Schulte-Markwort, M. *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch*, 2. Auflage. Bremen: Uni-Med Verlag AG.
- Der Wiener Entwicklungstest (WET)** (1998). Siehe Kastner, U. & Deimann, P. Der Wiener Entwicklungstest. Ein allgemeines Entwicklungstestverfahren für Kinder von 3 bis 6 Jahren. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- DesLauriers, A.** (1962). *The Experiment of Reality in Childhood Schizophrenia*. New York: International University Press.
- Deutsches Jugendinstitut** (2003). Datenbank. Zeitreihenanalyse. Entwicklung der Lebensgeborenen und Gestorbenen seit 1871. Unter: <http://www.dji.de> [21.02.2004].
- Diefendorf, M. & Goode, S.** (2004). *The Long Term Economic Benefits Of High Quality Early Childhood Intervention Programs*. Chapel Hill, NC: NECTAC University of

- North Carolina. Verfügbar über: <http://www.nectac.org/~pdfs/pubs/econbene.pdf> [16.03.2005].
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E.** (Hrsg.) (1997). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO World Health Organization, ICD-10, Kapitel V (F) Forschungskriterien*. unveränderter Nachdruck der 1. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E.** (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO World Health Organization, ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage*. Bern: Hans Huber.
- Döpfner, M.** (2003). Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? In *Psychotherapeutenjournal*, 4/2003, 258-266.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. und Steinhausen, H.-C.** (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- DSM-IV** (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. Version IV*. Siehe Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. Dt. Bearb. der Diagnostic Criteria from DSM-IV der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Eagly, A.H., Wood, W. & Diekmann, A.B.** (2000). Social-role theory of sex differences and similarities: Implications for the partner preferences of women and men. In A.H. Eagly, A.E. Beall & R.J. Sternberg (Eds.). *The psychology of gender* (2<sup>nd</sup> edition, 269-295. New York: Guilford Press.
- Fagot, B.I., Rodgers, C.S. & Leinbach, M.D.** (2000). Theories of gender socialization. In T. Eckes & H.M. Trautner (Eds.) *The developmental social psychology of gender*, pp. 65-89. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Feingold, A.** (1988). Cognitive gender differences are disappearing. *American Psychologist* 43, 95-103.
- Fiedler, P.** (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P.** (1999). Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In Rolf Oerter, Cornelia von Hagen, Gisela Röper und Gil Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*, Kapitel 12, 314-334. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Field, T.** (1993). The therapeutic effect of touch. In G. Branningan & M. Merrens (Eds.) *The Undaunted Psychologists: Adventures in Research*. New York: McGraw Hill, Inc.
- Field, T.** (2001). *Touch*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Flammer, A.** (2003). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. 3. korr. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Fonagy, P.** (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. In *Infant Mental Health Journal*, 1991, 12, 201-218.
- Franke, U.** (2004). *Theraplay Aktivitäten*. Oftersheim: Theraplay Press Verlag.
- Franke, U. & Wettig, H. H. G.** (2005). *H-MIM – The Heidelberg Marschak Interaction Method to assess the mother-child interactive behavior. Quality criteria: construct validity, effect-size, sensitivity, retest reliability*. Presented at the 2<sup>nd</sup> International Theraplay Conference, June, 2005 in Chicago, IL, University of Chicago, Gleacher Center.
- Geary, D.C.** (1998). *Male, female. The evolution of human sex differences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Geider, F. J.** (1995). Hypothesen. In Klaus-Eckart Rogge (Hrsg.) *Methodenatlas*, 61-68. Berlin: Springer-Verlag.
- Geider, F. J.** (1995). Datenaufbereitung und erste Ergebnisse. In Klaus-Eckart Rogge (Hrsg.) *Methodenatlas*, 185-195. Berlin: Springer-Verlag.
- Geider F. J. & Rogge, K.-E.** (1995). Statistische Hypothesen. In Klaus-Eckart Rogge (Hrsg.) *Methodenatlas*, 126-135. Berlin: Springer-Verlag.
- Gerard, A. B.** (1994). *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)*. Los Angeles: WPS Western Psychological Services.
- Gerhardt, S.** (2004). *Why love matters – how affections shape a baby's brain*. London: Brunner-Routledge.
- Gigerenzer, G.** (1984). Messung, Modellbildung und die „kognitive Wende“. In Manfred Amelang & Hans Joachim Ahrens (Hrsg.) *Brennpunkte der Persönlichkeitsforschung*, S. 49-65. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Goetze, H.** (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Graham, P., Rutter, M., & George, S.** (1973). Temperamental Characteristics as Predictors of Behavior Disorders in Children. In *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 3, 328-339.

- Greenspan, S.I. & Wieder, S.** (1988). *The Child with Special Needs*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Grimm, H.** (1994). Sprachentwicklungsstörung: Diagnose und Konsequenzen für die Therapie. In H. Grimm & S. Weinert (Hrsg.) *Intervention bei sprachgestörten Kindern. Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag (1994).
- Grimm, H.** (1997). Prävention von Entwicklungsstörungen. In Ulrike Franke (Hrsg.) *Prävention von Kommunikationsstörungen*, 1997, 48-56. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Grimm, H.** (2005). Diagnose sprachlicher Entwicklungsstörungen im Vorschulalter: Was wird wann und warum diagnostiziert?. In P. Arnoldy & B. Traub (Hrsg.), *Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln*. Bericht über den XXVI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Heidelberg, 2005, 105-122. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Grimm, H. & Schöler, H.** (1991). *Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Grimm, H. & Weinert, S.** (Hrsg.) (1994). *Intervention bei sprachgestörten Kindern. Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Groffmann, K. J.** (1964). Die Entwicklung der Intelligenzmessung. In R. Heiss (Hrsg.) *Psychologische Diagnostik*, Bd. 6 von *Handbuch der Psychologie*, 148-199. Göttingen: Hogrefe.
- Groos, K.** (1896). *Die Spiele der Tiere*. Jena.
- Haffner, J., Parzer, P., Raue, B., Steen, R., Münch, H., Giovannini, S., Esther, C., Klett, M. und Resch, F.** (2001). *Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel. Ergebnisse einer epidemiologischen Verlaufsstudie zu Lebensbedingungen, Verhalten und Problemen von Kindern zu Beginn und Ende der Grundschulzeit*. Heidelberg: Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg.
- Hall, G. St.** (1904). *Adolescence*. New York.
- Harlow, H.F.** (1958). The nature of love. In *American Psychologist*, 1958, 13, 673-685.
- Heckhausen, H.** (1964). Entwurf einer Psychologie des Spielens. In *Psychologische Forschung* 27, 225-243.
- Heimlich, U.** (1993). *Einführung in die Spielpädagogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Heubrock, D. & Petermann, F.** (2005). Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie, Kap. 4: Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs- und neuropsychologische Diagnostik. In

- Franz Petermann & Hans Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 178-190. Göttingen: Hogrefe.
- Heubrock, D. & Petermann, F.** (2005). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In Franz Petermann & Hans Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 604-613. Göttingen: Hogrefe.
- Horn, J.L.** (1970). Organization of data on life-span development of human abilities. In L.R. Goulet & P.B. Baltes (Eds.), *Life-span development psychology: Research and theory*, chapt. 1, 423-466. New York: Academic Press.
- Hughes, D.A.** (1998). *Building the Bonds of Attachment. Awakening Love in Deeply Troubled Children*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Hüther, G.** (1999). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G.** (2005). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. 5. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien** (1997). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO, 10. Version, Forschungskriterien*. Siehe Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.), unveränderter Nachdruck der 1. Auflage. Bern: Hans Huber.
- ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien** (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO, 10. Version, Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Siehe Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.), 3. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Jacobs, B.** (1997/last update 1999). *Praktische Bedeutsamkeit der Effektstärke in der Versuchsplanung*. Saarbrücken: Universität Saarbrücken, pf00bj@rz.uni-sb.de. Im Internet unter: <http://www.phil.uni-sb.de/jacobs/seminar/vpl/bedeutung/bedeut.htm.alt> am 27.07.2005.
- Jäger, R.S. & Petermann, F.** (1992). *Psychologische Diagnostik: ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Jernberg, A. M.** (1979). *Theraplay. A New Treatment Using Structured Play for Problem Children and Their Families*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Jernberg A. M.** (1987). *Theraplay. Eine direktive Spieltherapie* [Übersetzung Ulrike Franke]. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

- Jernberg, A.M. & Booth, Ph.B.** (1999). *Theraplay. Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*, 2<sup>nd</sup> edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kagan, J.** (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books
- Kandel, E. R.** (2006). *In Search of Memory. The Emergence of a New Science of Mind*. New York: W.W. Norton. Deutsch: *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*. München: Siedler Verlag, Verlagsgruppe Random House.
- Kastner, U. & Deimann, P.** (1998). *Der Wiener Entwicklungstest. Ein allgemeines Entwicklungstestverfahren für Kinder von 3 bis 6 Jahren. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Keller, H.** (Hrsg.) (2003). *Handbuch der Kleinkindforschung*. 3. Aufl., Bern: Hans Huber.
- Keller, H.** (2003). Kontinuität und Entwicklung. In Heidi Keller (Hrsg.) *Handbuch der Kleinkindforschung*, 2003, 3. erw. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Knölker, U., Mattejat, F. und Schulte-Markwort, M.** (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie systematisch*. 2. Auflage. Bremen: UNI-MED Verlag.
- Kreuzer, K.-J.** (Hrsg.) (1984). *Handbuch der Spielpädagogik*, Bd. 1. Düsseldorf: Schwann Verlag (2. Aufl. 1986).
- Kultusministerkonferenz, Statistische Veröffentlichungen** (1999). *Die Sonderschulen in der Bundeseinheitlichen Schulstatistik 1988 bis 1997*. Dokumentation Nr. 148, Januar 1999. Bonn: Sekretariat der Kultusministerkonferenz.
- Kultusministerkonferenz, Statistische Veröffentlichungen** (2005). *Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1994 bis 2003*. Dokumentation Nr. 177, November 2005. Bonn: Sekretariat der Kultusministerkonferenz.
- Landreth, G.L.** (2002). *Play Therapy. The Art of the Relationship*. New York: Brunner-Routledge.
- Lantermann, E. D.** (1982). Person-Umwelt-Interaktion aus handlungspsychologischer Sicht. In Ernst D. Lantermann (Hrsg.). *Wechselwirkungen. Psychologische Analysen der Mensch-Umwelt-Beziehung*, 1982, 42-54. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Lowenfeld, M.** (1969). Die 'Welt'-Technik in der Kinder-Psychotherapie. In G. Biermann (Hrsg.) *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, S. 442-451. München: Reinhardt Verlag.

- Magnusson, D. & Endler, N. S.** (Eds.) (1977). *Personality at the crossroads: current issues in interactional psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Main, M. & Cassidy J.** (1988). Categories of responses to reunion with the parent at age six: Predictable from infant attachment classification and stable over a one-month period. In *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Marschak, M.** (1960). A Method for Evaluating Child-Parent Interactions Under Controlled Conditions. In *Journal of Genetic Psychology*, 97, 3-22.
- Mathieu, S.** (2000). Sprachverständnis. In Barbara Zollingern (Hrsg.) *Kinder im Vorschulalter*. 2. Aufl., 2000. Bern: Verlag Paul Haupt.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D.** (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. In *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, (2), S. 94-103. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Montada, L.** (1995). Fragen, Konzepte, Perspektiven. Der Nachweis und die Bedeutung von Anlageeinflüssen. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.) (1995). *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*, 3. erw. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Moustakas, C.** (1959). *Psychotherapy with Children: The Living Relationship*. New York: Harper & Row.
- Munns, E.** (2003). Theraplay: Attachment-Enhancing Play Therapy. In Charles E. Schaefer (Ed.) *Foundations of Play Therapy*, 2003, chapter 7, 156-174.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J. & Huston, A. C.** (1993). *Lehrbuch der Kinderpsychologie*. Band 1 und 2. Stuttgart: Klett-Cotta. Übersetzung aus: *Child Development and Personality* (1990). New York: Harper Collins Publishers.
- Myrow, D.** (1999). Theraplay for Children with ADHD. In: *Newsletter. Special issue for parents*, No. 11, 1999. Chicago: The Theraplay Institute.
- Noterdaeme, M., Minow, F. & Amorosa, H.** (1999). Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie anhand der Child Behavior Checklist. In *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 3, 141-154 (1999).
- Oaklander, V.** (1978). *Windows to our children*. Moab-Utah: Real People Press. Deutsch: Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett, 1981.
- O'Connor, K.** (1991). *The Play Therapy Primer. An Integration of Theories and Techniques*. New York: John Wiley & Sons., Inc.

- Oerter, R.** (1995), Kindheit. 1. Spiel und die kindliche Entwicklung. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Kapitel 5, 1995, 3. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz Psychologische VerlagsUnion.
- Oerter, R. & Noam, G.** (1999). Der konstruktive Ansatz. In Rolf Oerter, Cornelia von Hagen, Gisela Röter und Gil Noam (Hrsg.) *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. 1999, Kapitel 2, 45-78. Weinheim: Beltz Psychologische VerlagsUnion.
- Oerter, R., Schneewind, K. A. & Resch, F.** (1999). Modelle der Klinischen Entwicklungspsychologie. In Rolf Oerter, Cornelia von Hagen, Gisela Röter und Gil Noam (Hrsg.) *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. 1999, Kapitel 3, 79-118. Weinheim: Beltz Psychologische VerlagsUnion.
- Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)** Anthony B. Gerard (1994) *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)*. Los Angeles: WPS Western Psychological Services.
- Percevic, R., Bauer, S. & Kordy, H.** (2004). Was ist klinisch bedeutsam an klinisch bedeutsamer Veränderung? In *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (3), 165-171. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 2004.
- Petermann, F.** (1995). Methodische Grundlagen der Entwicklungspsychologie. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Kap. 44, S. 1147-1176. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Niebank, K. und Scheithauer, H.** (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Piaget, J.** (1969). *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett.
- Piaget, J.** (1973). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pinel, J.P.J.** (2001). *Biopsychologie*. 2. dt. Auflage. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Platte, P. & Pauli, P.** (2005). Evolutionäre und genetische Grundlagen psychischer Störungen. In Franz Petermann & Hans Reinecker (Hrsg.). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. 2005, 25-34.
- Pohl, P.** (Hrsg.) (2001). *Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Pohl, P.** (2003). Kostbare Nachkommen. Entwicklungsdiagnostik in einer kinderarmen Gesellschaft. In *report psychologie Fachzeitschrift des BDP*, 28, 9/2003, 518-523
- Popper, K.R.** (1934, 2005). *Logik der Forschung*. Heidelberg: J.C.B. Mohr (Paul Siebek).



- Purvis, K. S. & Cross, D.** (2005). [*Neurotransmitter testing providing a significant second tier of evidence following behavioral evidence about the efficacy of Theraplay.*] Information about a joint study on children suffering autism spectrum disorders. Research with wait-time control planned by Texas Christian University, Department of Psychology, Fort Worth, TX, in collaboration with Northwestern University, The Falk Center of NeuroScience, Evanston, IL., USA. Persönliche Mitteilung, eMails vom 12.12.2005 und 30.12.2005.
- Reber, A.S.** (1995). *Dictionary of Psychology*. New Edition. London: Penguin Books Ltd.
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I.** (2006). *Asperger-Syndrom*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Remschmidt, H. & Niebergall, G.** (2000). Störungen des Sprechens und der Sprache. In Remschmidt, H. (Hrsg. unter Mitwirkung von G. Niebergall und K. Quascher) *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*, 3. neu bearb. und erw. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Resch, F.** (1999). Beitrag der klinischen Entwicklungspsychologie zu einem neuen Verständnis von Normalität und Pathologie. In Rolf Oerter, Cornelia von Hagen, Gisela Röter und Gil Noam (Hrsg.) *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. 1999, Kapitel 25, 606-622. Weinheim: Beltz Psychologische Verlags Union.
- Resch, F.** (2005). *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung*. Bericht über den XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Heidelberg, März 2005.
- Resch, F.** unter Mitarbeit von Parzer, P., Brunner, R.M., Haffner, J., Koch, E., Oelkers, R., Schuch, B. und Strehlow, U. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie VerlagsUnion.
- Ritterfeld, U. & Franke, U.** (1994). *Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode. (H-MIM). Zur diagnostischen Beurteilung der dyadischen Interaktion mit Vorschulkindern*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V.** (2002). From mirror neurons to imitation: facts and speculations. In: Andrew Mettloff & Wolfgang Prinz (Eds.) *The Initiative Mind*. Cambridge: University Press.
- Robertson, J. A.** (1952). *A Two-Year-Old Goes to Hospital*. Film. London: Tavistock Child Development Research Unit.

- Rogge, K.-E.** (1995). Meßtheorie. In Klaus-Eckart Rogge (Hrsg.) *Methodenatlas*, 1995. Berlin: Springer Verlag.
- Roth, G.** (2004). Neurobiologische Grundlagen psychischer Erkrankungen und der Psychotherapie. Anlässlich *V. Europäischer Kongress für Familientherapie und Systemische Praxis*. Berlin: 29.9.-2.10.2004.
- Rubin, Ph.** (1978). Theraplay in the Public Schools: Opening the Door to Communication. Paper presented to the *Illinois Speech and Hearing Association Convention*, Chicago, April 1978.
- Rudolf, G.** (1999). *Psychotherapie und Psychotherapieforschung heute*. Vortrag anlässlich des Kongresses 'Forschung in der Psychotherapie heute'. Universität Heidelberg. Tonband 262, Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag.
- Rutter, M.** (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- SAS Statistical Analysis System** (2005). Version 9.0. Heidelberg: SAS Institute, Inc.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I.** (1998). *DSM-IV. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV*. (Dt. Bearb. der Diagnostic Criteria from DSM-IV der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Scheuerl, H.** *Das Spiel*. Bd. 1: Untersuchungen über sein Wesen, seine pädagogischen Möglichkeiten und Grenzen. Weinheim: Beltz (1990: 12. Aufl., Neuauflage).
- Schmidtchen, S.** (1978). *Klientenzentrierte Spieltherapie – Beschreibung und Kontrolle ihrer Wirkweise*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Schore, A. N.** (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Hilldale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Schore, A. N.** (2000). The neurobiology of mother-infant attachment communication. Anlässlich der *International Conference, Healthy Children for the 21<sup>st</sup> Century*. Luxemburg: November 2000. Deutsch: Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind. In: Heidi Keller (Hrsg.) (2003). *Handbuch der Kleinkindforschung*. 3. Aufl., Bern: Hans Huber.
- Schore, A. N.** (2001). The Effect of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. In *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66, reprinted at [www.trauma-pages.com](http://www.trauma-pages.com), 07.07.2003
- Schore, A. N.** (2003). *Affect Dysregulation & Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton & Company.

- Selye, H.** (1956). *Stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Siegel, D.J.** (1999). *The Developing Mind. How Relationships And The Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: The Guilford Press. Deutsch (2006) *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Snijders, J. T., Snijders-Oomen, N, Tellegen, P.J., Huijnen, M.A.H. & Laros, J.A.** (1975). *Snijders-Oomen nicht-verbaler Intelligenztest (SON-5 ½-17)*. Groningen: Wolters-Nordhoff.
- Spencer, H.** (1873). *Prinzipien der Psychologie*. Stuttgart.
- Spitzer, M.** (2002). *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2003)**. Statistische Jahrbuch 2003 der Bundesrepublik Deutschland. Sterbetafeln, Tabelle 3.24-3.30, 67-73. Verfügbar unter: [http://www.destatis.de/themen/d/thm\\_bevoelk.htm](http://www.destatis.de/themen/d/thm_bevoelk.htm) [16.12.2005].
- Statistisches Bundesamt (2005)**. Statistisches Jahrbuch 2005 der Bundesrepublik Deutschland. Natürliche Bevölkerungsbewegung, Tabellen 2.24–2.29, 49. Mitteilung durch Statistisches Bundesamt, eMail [gruppe-viib@destatis.de](mailto:gruppe-viib@destatis.de) [16.12.2005].
- Stern, D.N.** (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Sternberg, R.J.** (1981). Peoples conceptualisations of intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 37-55.
- Stolz, M.** (2006). *Stolz stellte erste Ergebnisse des Modellprojekts "Neukonzeption der Einschulungsuntersuchung" vor*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. [www.sm.baden-wuerttemberg.de.22.11.2006]
- Thomae, H.** (1968). *Das Individuum und seine Umwelt*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Thomas, A. & Chess, S.** (1980). *Temperament und Entwicklung. Über die Entstehung des Individuellen* [Übers. Helmut Remschmidt]. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. Titel der Originalausgabe: *Temperament and Development* (1977). New York: Brunner/Mazel Inc. and Mark Paterson & Associates.
- van der Kooij, R.** (1989). Spiel- und Verhaltensstörungen. In: H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.). *Handbuch der Sonderpädagogik*, Bd. 6. Pädagogik bei Verhaltensstörungen, S. 354-372. Berlin: Spiess Verlag.
- Velden, M.** (2005). *Biologismus – Folge einer Illusion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- von Suchodoletz, W. & Kleiner, T.** (1998). Psychiatrische Aspekte bei sprachgestörten Kindern. In *pädiatrische praxis*, 54, 395-402 (1998).

- Vygotsky, L. S. (1967).** Play and its role in the mental development of the child. In *Soviet Psychology*, 5, 6-18.
- Watson, J. B. (1924, reprint 1970).** *Behaviorism*. New York: Norton.
- Wechsler, D. (1964).** Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Bern: Huber Verlag.
- Werner, E. (2005).** Lessons from the lives of individuals who thrived despite adversity. Vortrag gehalten auf dem Kongress *Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände*. Zürich: Februar 2005.
- Werner, J. (1997).** *Lineare Statistik. Allgemeines lineares Modell*. Weinheim: Beltz Psychologische Verlags Union.
- Wettig, H. H. G. & Franke, U. (2005).** Die Wirkung von Theraplay bei rezeptiven Sprachstörungen. In P. Arnoldy & B. Traub (Hrsg.), *Sprachentwicklungsstörungen erkennen und behandeln. Bericht über den XXVI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Heidelberg, 2005*, 391-408. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Winnicott, D.W. (1965).** *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth Press.
- Zentner, M.R. (1998).** *Die Wiederentdeckung des Temperaments. Eine Einführung in die Kinder-Temperamentsforschung*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag, Serie Geist und Psyche.
- Zentner, M.R. (2000).** Das Temperament als Risikofaktor in der frühkindlichen Entwicklung. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauser (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*, S. 257-281. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Zollinger, B. (1987).** Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie. Bern: Verlag Paul Haupt.
- Zollinger, B. (1995).** Die Entdeckung der Sprache. Beiträge zu Heil- und Sonderpädagogik. Bern: Verlag Paul Haupt.
- Zollinger, B. (2006).** Normierung des Pizzamiglio-Sprachverständnistests durch Susanne Mathieu, 2000, in Barbara Zollinger (Hrsg.) *Kinder im Vorschulalter*. 2. Aufl. 2000. Persönliche eMail-Information durch Barbara Zollinger an Ulrike Franke, 9.3.2006.

## 6 ANHANG

### VERZEICHNIS DES ANHANGS

**Anhang A:** Informierte Zustimmung der Eltern zur Teilnahme ihre Kinder an der Forschung

**Anhang B: Muster der Erhebungsinstrumente (EB) der Längsschnittstudie (LSS)**

(Nur die Erhebungsinstrumente, über deren Ergebnisse in dieser Dissertation berichtet wird)

Erhebungsbogen zur Erfassung des Kindes und seiner Familie vor Therapiebeginn

EB 11: Erhebungsbogen zur Anamnese des Kindes (Patient/in)

EB 12: Erhebungsbogen zur Person des Kindes und seiner Eltern

Erhebungsbogen zur wiederholten Diagnostik und klinischen Beurteilung des Kindes

EB 14-1: Sprachentwicklungsstand des Kindes, erhoben durch Logopäd/innen

EB 14-2: Sprachentwicklungsstand des Kindes, aus der Sicht der Eltern

EB 18: Psychopathologischer Befund des Kindes, durch Psycholog/innen

EB 23: Sprachverständnisstand des Kindes, erhoben durch Logopäd/innen

EB 24: Entwicklungsstand des Kindes, erhoben durch Psycholog/innen

EB 25: Interaktionsverhalten im Spiel zwischen Elternteil und Kind (H-MIM)

EB 26-1: Beurteilung jeder Therapiesitzung aus Sicht der Therapeut/innen

EB 26-2: Beurteilung des Therapieverlaufs anhand von 18 operationalisierten  
Veränderungsvariablen durch je zwei geschulte Kliniker

Erhebungsbogen zur wiederholten Beurteilung des Kindes durch sein Eltern

EB 32 : Beurteilung des Verhaltens des Kindes aus der Sicht der Eltern

EB 34: Beurteilung der Veränderungen des Kindes aus der Sicht der Eltern

Erhebungsbogen zur einmaligen Erfassung nach der Therapie

EB 35-0 Erfassung der Therapiedauer und  
Teilnahmehäufigkeit der Eltern an der Therapie durch Therapeut/innen

**Anhang C: Muster der Erhebungsinstrumente der Multi-Center Studie (MCS)**

FB 1, Teil 1: Erhebungsbogen zur Person des Kindes

FB 1, Teil 2: Erhebungsbogen zur Anamnese des Kindes

FB 2: Psychopathologischer Anfangs- und Schlussbefund des Kindes

FB 3: Therapiedauer und Teilnahme der Elternteile an der Therapie

**Anhang D: Informationen zum Verfasser der Dissertation**

D1 Lebenslauf des Verfassers der Dissertation Herbert H.G. Wettig

D2 Publikationen des Verfassers zur Wirkung von Theraplay

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

.....

Erklärung gegenüber Familie/Frau/Herr	Anschrift	(PLZ) Ort	(Vorwahl) Telefon
---------------------------------------	-----------	-----------	-------------------

.....  
für das Kind (Patient- bzw- Patientin-Vorname/Name)

**Dank für Ihre Mitarbeit und Zusicherung der Vertraulichkeit**

Sehr geehrter Mutter, sehr geehrter Vater.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, an diesem wissenschaftlichen Forschungsprojekt, das die Behandlung Ihres Kindes begleiten wird, mitzuarbeiten. Wir werden Ihnen persönlich vor Beginn, im Verlauf und nach Abschluß der Therapie Ihres Kindes - und gegebenenfalls im Rahmen der Katamnese auch noch zwei bzw. fünf Jahre nach Abschluß der Behandlung - einige Fragen stellen bzw. Ihnen hin und wieder einen kurzen Fragebogen zur Beantwortung vorlegen. Bitte unterstützen Sie unsere Forschung, indem Sie diese Fragen vollständig und unabhängig vom anderen Elternteil, den wir gern unbeeinflusst befragen möchten, beantworten. Gleichzeitig danken wir Ihnen, daß Sie uns gestatten, die Beobachtungs- und Behandlungsergebnisse Ihres Kindes, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, für dieses Forschungsprojekt nachträglich zusammen mit den Daten anderer beteiligter Kinder **anonym** auszuwerten. Selbstverständlich können Sie jederzeit die Beantwortung von Fragen verweigern oder die Teilnahme an dem Forschungsprojekt beenden.

Um sowohl die strikte Anonymität Ihrer persönlichen Antworten als auch die der Behandlungsdaten Ihres Kindes zu gewährleisten, werden alle entsprechenden Fragebogen und Unterlagen lediglich durch eine anonymisierende mehrstellige Zahlenkombination gekennzeichnet und jeglicher Hinweis auf Ihren Namen vermieden. Wir sichern Ihnen ausdrücklich strengste Vertraulichkeit zu.

Heidelberg, den .....

.....  
Ulrike Franke, Logopädin, Leiterin des Forschungsprojekts

**Zustimmung**

Ich bin (wir sind) gern bereit, an der wissenschaftlichen Forschung zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern teilzunehmen, entsprechende Fragen zu beantworten und ich stimme (wir stimmen) hiermit der anonymen Auswertung der Beobachtung- und Behandlungsdaten meines (unseres) Kindes zu.

Heidelberg, den .....

.....

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**FRAGEBOGEN**

[1.1]

für die Eltern

Anamnese zur kindlichen Hör-, Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörung  
Erhebungsbogen 1.1

..... Datum der Anamnese [..] [..] [..] [..] [..] . [..] [..]  
PatientInnen-Kennzeichnung

..... / ..... / ..... PatientIn (Vorname, Name) Geburtsdatum Berichterstatter

Erhebungszeitpunkt bitte ankreuzen: [00] vor Beginn der Wartezeit [10] Beginn der Therapiezeit

Liebe Eltern, bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen zur Vorgeschichte ihres Kindes.  
Kreuzen oder kringeln Sie die für Sie passenden Antworten an. Danke.

**1. Warum sind Sie mit Ihrem Kind zu uns gekommen? Besteht ein Verdacht auf**

- Sprachstörung  Hörstörung  ...Sprechstörung  
 Verhaltensstörung  Entwicklungsstörung

oder wollen Sie die

- Abklärung einer Störung, d.h. wollen Sie wissen, was das Kind hat?

**2. Wie sehr sind Sie wegen der Auffälligkeiten beunruhigt? (Bitte einkringeln oder ankreuzen)**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
kaum beunruhigt sehr beunruhigt

**3. Welche Verhaltensweisen oder Störungen beunruhigen Sie besonders? Beschreiben Sie bitte kurz:**

.....  
.....

**4. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache dieser Verhaltensweisen oder Störung?**

.....

**5. Hatte jemand in Ihrer Familie eine Erkrankung**

im Hör-, Sprach-, Stoffwechsel-, Augen-, Haut-, Nierenbereich, eine Mißbildung oder ein Nervenleiden?

- nein  
 ja, nämlich .....





**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Soziodemographische Daten**

[EB 12]

**Erhebungsbogen 1.2 (in Verbindung mit 1.3)**

...../...../.....      ...../...../.....      .....  
Erhebungsdatum      Geburtsdatum      TestleiterIn/BerichterstatterIn      [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...|...]  
[.] Erhebungszeitpunkt bitte ankreuzen: [00] vor der Wartezeit (t'<sub>0</sub>) [10] vor Beginn der Therapiezeit (t<sub>0</sub>)

<u>Merkmale</u>	<u>Kind (PatientIn)</u>	<u>Mutter</u>	<u>Vater</u>
<b>Alter</b>	[...;...] (Jahre;Monate)	[... ...] Jahre	[... ...] Jahre
<b>Geschlecht:</b>	[...] weiblich [...] männlich	[...] weiblich	[...] männlich
<b>Familienstand:</b>	[...] eheliches Kind [...] nicht eheliches Kind [... ...] leibliches Kind [...] Adoptivkind	[...] ledig [...] verheiratet [...] geschieden/getrennt lebend [...] verwitwet	[...] ledig [...] verheiratet [...] geschieden/getr.leb. [...] verwitwet
<b>Erziehung:</b>	[...] gemeinsam erziehend (Mutter und Vater in der Familie da) oder [.] allein erziehend ohne Partner, nämlich > [...] Mutter allein [.] Vater allein [.] andere allein, z.B.Oma		
<b>Geschwister:</b>	[...] Anzahl davon [...] weiblich [... ...] männlich [...] aus einer Ehe/Verbindung [...] aus verschied. Ehen/Verb.	[...] Anzahl davon [...] weiblich [... ...] männlich [...] aus einer Ehe/Verbindung [...] aus verschied. Ehen/Verb.	[...] Anzahl davon [...] weiblich [... ...] männlich [...] aus einer Ehe/Verbindung. [...] aus versch.Ehen/Verbindungen
<b>Stellung in Geschwister- reihenfolge:</b>	[...] erstes/ältestes Kind [...] dazwischen wenn mehr als 2 K [...] letztes/jüngstes Kind	[...] erstes/ältestes Kind [...] dazwischen wenn mehr als 2 K [...] letztes/jüngstes Kind	[...] erstes/ältestes Kind [...] dazwischen wenn mehr als 3 Kd. [...] letztes/jüngstes Kind
<b>Geburtsland:</b>	[...] Deutschland (+ früh. DDR) [...] anderes Land, und zwar: .....	[...] Deutschland (+ früh. DDR) [...] anderes Land, und zwar: .....	[...] Deutschland (+ frühere DDR) [...] anderes Land, u. z.: .....
<b>Muttersprache:</b>	[...] deutsch [...] andere Muttersprache und zwar: .....	[...] deutsch [...] andere Muttersprache .....	[...] deutsch [...] and.. Muttersprache .....
<b>zweisprachig aufgewachsen?</b>	[...] ja [.] nein	[...] ja [.] nein	[...] ja [.] nein

<b>Kindergarten besucht?</b>	[...] ja [...] nein, w.n., k.A.	[...] ja [...] nein, w.n., k.A.	[...] ja [...] nein, w.n., k.A.
<b>Schulbildung</b>	[...] noch kein Schulkind [...] Schulkind derzeit in Klasse [.....]	[...][...] Anzahl der Schuljahre ↓ ankreuzen, wenn zutreffend: [...] abgeschlossene Lehre [...] Fachschule oder ähnl. [...] Hochschule/Uni o.ä. [...][...] mit [...][...] ohne Abschluß	[...][...] Anzahl Schuljahr. ↓ ankreuzen, wenn zutreff. [...] abgeschloss. Lehre [...] Fachschule od. ähnl. [...][...] Hochschule/Uni o.ä. [...][...] mit [...][...] ohne A.
<b>Religion:</b>	[...] römisch-katholisch [...] evangelisch [...] griech./russ.-orthodox [...] andere christl. Religion [...] islamisch/islamiitisch [...] andere Religion	[...] römisch-katholisch [...] evangelisch [...] griech./russ.-orthodox [...] andere christl. Religion [...] islamisch/islamiitisch [...] andere Religion	[...] römisch-katholisch [...] evangelisch [...] griech./russ.-orthod. [...] and. christl Religion [...] islamisch/islamiit. [...] andere Religion
und zwar:	..... [...] keiner Religion angehörend	..... [...] keiner Religion angehörend	..... [...] keiner Rel. angehörnd
<b>Sonstiges:</b>	.....		

Erhebungsbogen 1.3 (in Verbindung mit 1.2)

**Außergewöhnliche Ereignisse,  
denen das Kind und die Elternteile ausgesetzt waren**

[13]

- (1) Außergewöhnliche Ereignisse,  
denen das **Kind im letzten Jahr vor Beginn** der THERAPLAY®-Behandlung ausgesetzt war:
- .....
- .....
- (2) Außergewöhnliche Ereignisse, denen **die Mutter** ausgesetzt war:
- .....
- .....
- (3) Außergewöhnliche Ereignisse, denen **der Vater** ausgesetzt war:
- .....
- .....
- (4) Außergewöhnliche Ereignisse, denen **das Kind während der THERAPLAY-Behandlung** ausgesetzt war,  
werden erst am Ende der Therapie zu den Zeitpunkten  $t_0$  bzw.  $t_{\infty}$  mit dem Erhebungsbogen 3.5 erhoben  
und dann hier nachgetragen.
- .....





**GRAD DER VERÄNDERUNG**  
**DER KOMMUNIKATIONSSTÖRUNG DES KINDES IM THERAPIEVERLAUF [142]**  
(nur Zeitpunkte > t<sub>0</sub> bzw. > t''<sub>0</sub>)

4. Der Grad der nonverbalen Kommunikationsstörung des Kindes ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt ...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr gering sehr groß

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**5. Beschreibung der Merkmale der zum gegenwärtigen Zeitpunkt beobachteten nonverbalen Kommunikationsstörung**

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

6. Der Grad der Veränderung der nonverbalen Kommunikationsstörung des Kindes zeigt verglichen mit der vorhergehenden Beobachtung ...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
keine Veränderung sehr große Veränderung

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**7. Sonstige Bemerkungen**

.....

.

.....

.

.....



**Psychopathologischer Aufnahmebefund und Endbefund**

[18]

© Arbeitsgruppe Psychopathologischer Befund, Köln, 1991, für den Inhalt

klassifiziert nach ICD-10: F 90.x / F 92.x /...../..... nach DSM-IV: 314.0x/ - /...../.....		Glossar	in der Untersuchung					außerhalb der Untersuchung				
			① ② ③ ④ ⑤					① ② ③ ④ ⑤				
<b>03</b>	<b>Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle</b>											
03 01	Antriebsarmut / verminderte körperliche Aktivität	S. 26+45	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
03 02	Antriebssteigerung / gesteigerte körperliche Aktivität / Unruhe	S. 26	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
03 03	Impulsivität / mangelnde Impulskontrolle	S. 27	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
03 04	Aufmerksamkeitsstörungen (unaufmerksam / ablenkbar)	S. 28	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤

klassifiziert nach ICD-10: F 81.x / F 82.x / F 95.x /..... nach DSM-IV: 315.x / 315.x / 307.2x /.....		Glossar	in der Untersuchung					außerhalb der Untersuchung				
			① ② ③ ④ ⑤					① ② ③ ④ ⑤				
<b>04</b>	<b>Störungen der Psychomotorik</b>											
04 01	Störungen der Motorik / motorische Tics / verbale Tics	S. 24+29	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
04 02	Spielstörungen	S. 25	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
04 03	Störungen schulischer Fertigkeiten	S. 25	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
04 05	andere Störungen der Psychomotorik/abnorme Gewohnheiten:	S. 31	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤

klassifiziert nach ICD-10: F 80.x / F 94.0x / F 98.5 /..... nach DSM-IV: 315-3x / 313.23 / 307.9x /.....		Glossar	in der Untersuchung					außerhalb der Untersuchung				
			① ② ③ ④ ⑤					① ② ③ ④ ⑤				
<b>05</b>	<b>Kommunikationsstörungen des Sprechens und der Sprache</b>											
05 01	Artikulationsstörung	S. 22	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
05 02	expressive Sprachstörung (Syntax-, Grammatikerwerbstörung)	S. 22	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
05 03	rezeptive Sprachstörung (Sprachverständnisstörung)	S. 23	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
05 04	Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern, Poltern)	S. 24	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
05 05	Mutismus (absichtliche oder psychische Sprechverweigerung)	S. 14	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
05 06	Logorrhoe (krankhafte Geschwätzigkeit)	S. 45	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
05 07	andere qualit. Störungen der Kommunikation/Intelligenzmindg.	S. 21	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤

klassifiziert nach ICD-10: F 93.x /...../...../..... nach DSM-IV: 309.2x /...../...../.....		Glossar	in der Untersuchung					außerhalb der Untersuchung				
			① ② ③ ④ ⑤					① ② ③ ④ ⑤				
<b>06</b>	<b>Angststörungen</b>											
06 01	soziale Angst	S. 33	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
06 02	Trennungsangst	S. 31	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
06 03	Leistungsangst	S. 33	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
06 04	Agoraphobie	S. 34	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
06 05	andere spezifisch umschriebene Phobien:.....	S. 32	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
06 06	Panikattacken	S. 35	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
06 07	generalisierte Angst	S. 36	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤

klassifiziert nach ICD-10: F 92.x / F 93.x /..... nach DSM-IV: - / 309.2x /.....		Glossar	in der Untersuchung					außerhalb der Untersuchung				
			① ② ③ ④ ⑤					① ② ③ ④ ⑤				
<b>07</b>	<b>Störungen von Stimmung und Affekt</b>											
07 01	klagsam		④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 02	reizbar / dysphorisch (bedrückt, freudlos)	S. 39	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 03	depressiv / traurig verstimmt	S. 38	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 04	mangelndes Selbstvertrauen / Insuffizienzgefühle	S. 40	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 05	Schuldgefühle / Selbstvorwürfe	S. 41	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 06	affektarm	S. 42	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 07	affektlabil	S. 43	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 08	ambivalent		④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 09	inadäquat		④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 10	innere Unruhe / getrieben	S. 43	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 11	gesteigertes Selbstwertgefühl	S. 44	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 12	euphorisch (heitere Gemütsverfassung, hochgestimmt)	S. 44	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤
07 13	andere Störungen von Stimmung und Affekt:.....		④	③	②	①	⑤	④	③	②	①	⑤

EB 1.8 © 2000 Theraplay-Institut Ulrike Franke und Herbert Wettig GmbH & Co KG 71229 Leonberg Obere Burghalde 42

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Sprachverständnis des Kindes  
Pizzamiglio-Sprachverständnistest**

**[EB 23]**

für 4-6-jährige Kinder

(In der Interpretation nach Zollinger und der Praxiserfahrungen von Logopädin Ulrike Franke mit diesem PatientInnenkollektiv)

**Erhebungsbogen 2.3**

...../...../.....    ...../...../.....    .....;.....    [.....]Min.    [.....].....    [..] [..] [..] [..] [..]  
[...][...]  
Testdatum    Geburtsdatum    Alter (J;M)    Testdauer    TestleiterIn/BerichterstatterIn    PatientInnen-Kennzeichnung

**Erhebungszeitpunkt bitte ankreuzen [..]**

<b>Therapiegruppe (nur Therapiezeit)</b>	<b>Kontrollgruppe (Wartezeit)</b>	<b>Kontrollgruppe (Therapiezeit)</b>
[10] zu Beginn der Therapiezeit ( $t_0$ )	[00] vor Beginn der Wartezeit ( $t'_0$ )	[20] = Beginn der Therapiezeit ( $t''_0$ )
[16] nach Ende der Therapiezeit ( $t_6$ )	[01] Ende der Wartezeit ( $t'_1 = t''_0$ ) =	[26] nach Ende der Therapiezeit ( $t''_6$ )

**Abb. Text der Therapeutin**

**|falsch|richtig| k.A. |**  
| = 0 | = 1 | = 9 |

1.	Der Junge rennt dem Hund nach.....	0	1	9
2.	Das Mädchen kämmt sich.....	0	1	9
3.	Der Hund steht vor dem Auto.....	0	1	9
4.	Der Hund ist auf dem Stuhl.....	0	1	9
5.	Der Junge geht von der Tür zum Fenster .....	0	1	9
6.	Die Katze sitzt dicht beim Stuhl.....	0	1	9
7.	Die Blumen sind nicht in der Vase.....	0	1	9
8.	Das Glas fällt vom Tisch.....	0	1	9
9.	Der Hund wird (gleich) springen.....	0	1	9
10.	Sie geht.....	0	1	9
11.	Der Junge ist geschwommen.....	0	1	9
12.	Das Haus steht hinter dem Baum.....	0	1	9
13.	Der Junge geht malen.....	0	1	9
14.	Der Lastwagen zieht das Auto.....	0	1	9
15.	Ihr Auto.....	0	1	9
16.	Stühle.....	0	1	9
17.	Das Flugzeug fliegt hinauf.....	0	1	9
18.	Die Katze springt von der Mauer.....	0	1	9
19.	Der Vogel fliegt nicht.....	0	1	9
20.	Der Ball ist unter dem Tisch.....	0	1	9



**Sprachverständnis des Kindes**  
**Pizzamiglio-Sprachverständnistest**

für 4-6-jährige Kinder  
(In der Interpretation nach Zollinger und der Praxiserfahrungen von Logopädin Ulrike Franke mit diesem Patientenkollektiv)

**Abb. Text der Therapeutin**

|falsch|richtig| k.A. |  
| = 0 | = 1 | = 9 |

21. Der Baum ist vor dem Haus.....	0	1	9
22. Er rennt runter.....	0	1	9
23. Der Vater setzt sich den Hut auf.....	0	1	9
24. Männer.....	0	1	9
25. Der Junge ist Rad gefahren.....	0	1	9
26. Der Hund rennt vom Haus zum Baum.....	0	1	9
27. Das Mädchen wird trinken.....	0	1	9
28. Die Mutter steht zwischen Vater und Kind.....	0	1	9
29. Der Ball ist nicht in der Vase.....	0	1	9
30. Das Mädchen schubst den Jungen.....	0	1	9
31. Der Hund ist gesprungen.....	0	1	9
32. Sie fahren.....	0	1	9
33. Der Hund zieht den Mann.....	0	1	9
34. Die Katze springt nicht.....	0	1	9
35. Der Stuhl ist zwischen Ball und Tisch.....	0	1	9
36. Das Auto ist hinter dem Fahrrad.....	0	1	9
37. Der Junge trägt Gläser.....	0	1	9
38. Der Junge zieht die Eisenbahn nicht.....	0	1	9
39. Das Glas ist runtergefallen.....	0	1	9
<b>Rohwerte</b>	[=....]	[=....]	[=....].
<b>T-Werte</b>	[=....]	[=....]	[=....]

**Bemerkungen/Interpretation:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Entwicklungsstand des Kindes** [24]

Feststellung der Entwicklungsfortschritte im Verlauf der Warte- bzw. Therapiezeit

**Wiener Entwicklungstest (WET)**

(Gesamtform von Ursula Kastner-Koller & Pia Deimann)

Verkürzte Form nach Vorschlägen von Diplompsychologin Helga Brand wegen der eingeschränkten Konzentrationsspanne der Patienten bzw. Patientinnen

**Erhebungsbogen 2.4**

...../...../.....      ...../...../.....      .....;.....      [.....]Min.      [...].....      [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...|...]  
Testdatum      Geburtsdatum      Alter (J;M)      Testdauer      TestleiterIn/BerichterstatterIn      PatientInnen-Kennzeichnung

Erhebungszeitpunkt [..] bitte ankreuzen

Therapiegruppe (nur Therapiezeit)      **Kontrollgruppe (Wartezeit)**      **Kontrollgruppe (Therapiezeit)**  
[00] vor Beginn der Wartezeit (t'₀)      [20] = Beginn der Therapiezeit (t''₀)  
[10] vor Beginn der Therapiezeit (t₀)      [01] Ende der Wartezeit (t'₁ = t''₀) =      [26] nach Ende der Therapiezeit (t''₆)  
[16] nach Ende der Therapiezeit (t₆)

Funktionsbereich	Subskala (Vorgabeposition)	Summen-score	C-Wert	T-Wert
Visumotorik/ Visuelle Wahrnehmung	Nachzeichnen (11)			C- Wert
	Bilderlotto (3)			
Lernen und Gedächtnis	Schatzkästchen (5)			
	unmittelbar			
	nach 20 min			
	Lerndurchgänge			
	gesamt Σ =			
	Zahlen Merken (7)	Gedächtnisspanne/Anzahl der vorgegebenen Items	/	
Kognitive Entwicklung	Muster Legen (8)			
	Gegensätze (12)			
Sprache	Wörter Erklären (9)			
	Puppenspiel (4)			
Sozial-emotionale Entwicklung	Fotoalbum (13)			
	Elternfragebogen			
Gesamtsumme (ohne Elternfragebogen)				

3. Bilderlotto (3;0-5;11)							
	1	2	3	4			
Tafel 0: Hund						Bewertung: 0/1	
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Summe
Tafel 1: Blume							
Tafel 2: Dorf							
Tafel 3: Urwald							
Tafel 4: Meer							
							Summe

4. Puppenspiel (3;0-5;11)	
Probeitem: 0. Die Mutter erlaubt, daß das Mädchen sich hinlegt.	
Item	0/1
1. Der Vater streichelt den Hund.	
2. Laß das Mädchen zum Vater gehen.	
3. Der Hund wird vom Mädchen gefüttert.	
4. Das Mädchen läßt den Hund auf den Klotz springen.	
5. Die Mutter erlaubt dem Mädchen, den Hund zu füttern.	
6. Das Mädchen wird vom Buben (Jungen) umarmt.	
7. Der Bub (Junge) erlaubt, daß das Mädchen die Mutter umarmt.	
8. Das Mädchen erlaubt dem Buben (Jungen), den Hund festzuhalten.	
9. Das Mädchen läßt den Vater den Buben (Jungen) umarmen.	
10. Der Vater, der den Buben (Jungen) umarmt, stößt den Hund um.	
11. Bevor der Bub (Junge) den Hund füttert, geht er zur Mutter.	
12. Der Hund beißt den Vater, der das Mädchen festhält.	
13. Die Mutter, die der Bub (Junge) festhält, stößt den Hund um.	
Summe:	

5. Schatzkästchen (3;0-5;11)			
Item		Reproduktion	
		unmittelbar	nach 20 min
Achtung: Abrufen des Gelesnten nach 20 Minuten!			
1. Lade 12	Armbanduhr		
2. Lade 4	Puppe		
3. Lade 1	Auto		
4. Lade 18	Kugel		
5. Lade 10	Ring		
6. Lade 8	Schlüssel		
Anzahl der Lerndurchgänge:		Summe:	

7. Zahlen Merken (3;0-5;11)					
Item		+/-	Item		+/-
2 Zahlen	2 - 5		5 Zahlen	8 - 4 - 9 - 3 - 6	
	9 - 4			5 - 2 - 4 - 8 - 3	
3 Zahlen	3 - 8 - 6		6 Zahlen	3 - 8 - 9 - 1 - 6 - 4	
	6 - 1 - 5			2 - 9 - 6 - 1 - 8 - 3	
4 Zahlen	3 - 4 - 1 - 6		Gedächtnisspanne (letztes +)		Zahlen
	9 - 1 - 5 - 8		Anzahl vorgegebener Items (Summe +/-)		

8. Muster Legen (3;0-4;11)					
Achtung: Wird nur bis 4;11 Jahre vorgegeben!					
Item-Nr.	0/1	Item-Nr.	0/1	Item-Nr.	0/1
1.		5.		9.	
2.		6.		10.	
3.		7.		Summe:	
4.		8.			

9. Wörter Erklären (3;0-5;11)			
Item	0/1/2	Item	0/1/2
1. Bilderbuch		6. Gitarre	
2. Papier		7. Geschirr	
3. Lied		8. Briefträger (Postbote)	
4. Gehsteig (Bürgersteig)		9. Ball	
5. Poster (Kissen)		10. Zeichnen	
			Summe:

Erhebungsbogen 2.4  
**Entwicklungsstand des Kindes: Wiener Entwicklungstest (WET)**

11. Nachzeichnen (3;0–5;11)		
Item	Fehlerkategorien	0/1
1. waagrecht Strich		
2. schräger Strich		
3. senkrechter Strich		
4. Kreuz		
5. Kreis		
6. 3 Kreise		
7. Quadrat		
8. Dreieck		
9. offenes Quadrat mit Kreis		
10. Pfeile		
<b>Summe</b>		

12. Gegensätze (3;0–5;11)		
Item		0/1
1. Der Ofen ist heiß, der Kühlschrank ist ...	<i>(kalt)</i>	
2. Auf dem Bett kann man liegen, auf dem Sessel kann man ...	<i>(sitzen)</i>	
3. Mit den Augen kann man sehen, mit den Ohren kann man ...	<i>(hören)</i>	
4. Bei Tag ist es hell, bei Nacht ist es ...	<i>(dunkel, finster)</i>	
5. Wenn man lacht, ist man lustig, wenn man weint, ist man ...	<i>(traurig)</i>	
6. Die Schnecke ist langsam, der Hase ist ...	<i>(schnell)</i>	
7. Holz ist hart, Wolle ist ...	<i>(weich)</i>	
8. Der Tisch ist aus Holz gemacht, der Spiegel ist aus ...	<i>(Glas)</i>	
9. Die Sonne scheint bei Tag, der Mond scheint bei ...	<i>(Nacht)</i>	
10. Der Würfel ist eckig, der Ball ist ...	<i>(rund)</i>	
11. Mit den Augen kann man sehen, mit der Nase kann man ...	<i>(riechen)</i>	
12. Der Zucker ist süß, die Zitrone ist ...	<i>(sauer)</i>	
13. Der Fluß ist tief, der Berg ist ...	<i>(hoch)</i>	
14. Der Stein ist schwer, die Feder ist ...	<i>(leicht)</i>	
15. Die Zitrone ist sauer, das Meer ist ...	<i>(salzig)</i>	
<b>Summe:</b>		

Erhebungsbogen 2.4  
**Entwicklungsstand des Kindes: Wiener Entwicklungstest (WET)**

13. Fotoalbum (3;0-5;11)	
Item	0/1
Foto 1: Freude	
Foto 2: Ärger	
Foto 3: Überraschung – Nicht werten!!	X
Foto 4: Angst	
Foto 5: Ärger	
Foto 6: Neutral	
Foto 7: Angst	
Foto 8: Trauer	
Foto 9: Freude	
Foto 10: Überraschung – Nicht werten!!	X
Foto 11: Neutral	
<b>Summe:</b>	

<b>Gesamtentwicklungsscore GES</b>	(Gesamtsumme/Anzahl der vorgegebenen Subskalen ohne Elternfragebogen)		SW =
			C =
<b>Range</b>	(bester C-Wert – schlechtester C-Wert aus den Subskalen 1–13)		PR =

Entwicklungsprofil (C-Werte)												
Funktionsbereich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Subskala (Vorgabeposition)
Visumotorik/ Visuelle Wahrnehmung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Nachzeichnen (11)
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Bilderlotto (3)
Lernen und Gedächtnis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Schatzkästchen (5)
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Zahlen Merken (7)
Kognitive Entwicklung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Muster Legen (8)
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Gegensätze (12)
Sprache	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Wörter Erklären (9)
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Puppenspiel (4)
Sozial-emotionale Entwicklung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Fotoalbum (13)
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Elternfragebogen
<b>Funktionsbereich</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>31</b>	<b>50</b>	<b>69</b>	<b>84</b>	<b>93</b>	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>Subskala</b>
Prozentränge												

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**I. Evaluation der Eltern-Kind-Interaktion [EB 25]  
anhand der Heidelberger Marschak-Interaktions-Methode (H-MIM)**

.../.../.....	.../.../.....	.....;.....	[.....]Min.	[...]	[... ... ... ... ...]	[... ...]
Testdatum	Geburtsdatum	Alter (J;M)	Testdauer	Testltr./BerichterstatterIn	PatientInnen-Kennzeichnung	
<b>Erhebungszeitpunkt bitte ankreuzen [...]</b>						
<u>Therapiegruppe (Therapiezeit)</u>		<u>Kontrollgruppe (Wartezeit)</u>		<u>Kontrollgruppe (Therapiezeit)</u>		
↓						
[00] vor Beginn der Wartezeit ( $t'_0$ )						
[10] zu Beginn der Therapiezeit ( $t_1$ )			[20] Beginn der Therapiezeit ( $t''_1$ )			
[16] nach Ende der Therapiezeit ( $t_6$ )			[26] nach Ende der Therapiezeit ( $t''_6$ )			
<b>Evaluierete Interaktion bitte jeweils ankreuzen [...]</b>						
[....] Mutter-Kind-Interaktion			[....] Vater-Kind-Interaktion			

**Achtung!**  
**Im II. Teil (Seite 10-18)**  
**ist die Eltern-Kind-Interaktion**  
**auf Basis der Heidelberger Marschak-Interaktions-Methode (H-MIM)**  
**auch noch anhand der 11 Prozeßvariablen zu evaluieren.**

**1. Dimension: Emotionalität in der Eltern-Kind-Interaktion**

**1. Aufgabe  
zur Emotionalität der Eltern-Kind-Interaktion**

1. Emotionalitäts-Aufgabe:

---

**Item 1: Die Emotionalität des Kindes ist in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr gering sehr hoch

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 2: Die Emotionalität der Mutter/des Vaters ist in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr gering sehr hoch

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 3: Die Emotionalität von Mutter und Kind paßt in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr wenig zusammen sehr gut zusammen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 4:**

hier ankreuzen



**In dieser Eltern-Kind-Interaktion ist mir hinsichtlich der Emotionalität etwas Besonderes aufgefallen bzw. hat sich emotionell in der Interaktion zwischen Elternteil und Kind etwas Besonderes ereignet -> [...]**

**bzw. ist mir nichts aufgefallen ----->**

[...]

**Beschreibung der aufgefallenen emotionsbezogenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

---

---



**noch 1. Dimension: Emotionalität in der Eltern-Kind-Interaktion**

**2. Aufgabe**  
**zur Emotionalität der Eltern-Kind-Interaktion**

2. Emotionalitätsaufgabe:

---

**Item 5: Die Emotionalität des Kindes ist in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr gering** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 6: Die Emotionalität der Mutter/des Vaters ist in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr gering** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 7: Die Emotionalität von Mutter und Kind paßt in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr wenig zusammen** **sehr gut zusammen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 8:**

hier ankreuzen



**In dieser Eltern-Kind-Interaktion ist mir hinsichtlich der Emotionalität etwas Besonderes aufgefallen bzw. hat sich emotionell in der Interaktion zwischen Elternteil und Kind etwas Besonderes ereignet -> [...]**

**bzw. ist mir nichts aufgefallen ----->**

[...]

**Beschreibung der aufgefallenen emotionsbezogenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

---

---

## 2. Dimension: Führung in der Eltern-Kind-Interaktion

### 1. Aufgabe zur Führung in der Eltern-Kind-Interaktion

1. Führungsaufgabe:

---

#### Item 9: In dieser Interaktion führt das Kind...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
nicht sehr

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

#### Item 10: In dieser Interaktion führt die Mutter/der Vater...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
nicht sehr

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

#### Item 11: Die Führung durch die Mutter/den Vater wird durch das Kind in dieser Interaktion...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht akzeptiert vollkommen akzeptiert

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

#### Item 12:

hier ankreuzen



**In dieser Eltern-Kind-Interaktion ist mir hinsichtlich der Führung etwas Besonderes aufgefallen bzw. hat sich in der Führung der Interaktion zwischen Elternteil und Kind etwas Besonderes ereignet ----->**

[...]

**bzw. ist mir nichts aufgefallen ----->**

[...]

**Beschreibung der aufgefallenen führungsbezogenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

---

---

**noch 2. Dimension: Führung in der Eltern-Kind-Interaktion**

**2. Aufgabe**  
**zur Führung in der Eltern-Kind-Interaktion**

2. Führungsaufgabe:

---

**Item 13: In dieser Interaktion führt das Kind...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht** **sehr**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 14: In dieser Interaktion führt die Mutter/der Vater...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht** **sehr**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 15: Die Führung durch die Mutter/den Vater wird durch das Kind in dieser Interaktion...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht akzeptiert** **vollkommen akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 16:**

hier ankreuzen



**In dieser Eltern-Kind-Interaktion ist mir hinsichtlich der Führung etwas Besonderes aufgefallen bzw. hat sich in der Führung der Interaktion zwischen Elternteil und Kind etwas Besonderes ereignet ----> [...]**

**bzw. ist mir nichts aufgefallen -----> [...]**

**Beschreibung der aufgefallenen führungsbezogenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

---

---

### 3. Dimension: Stress in der Eltern-Kind-Interaktion

#### 1. Aufgabe zum Stress in der Eltern-Kind-Interaktion

1. Stress-Aufgabe:

---

##### Item 17: In dieser Interaktion ist der Stress für das Kind...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr gering sehr groß

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

##### Item 18: In dieser Interaktion ist der Stress für die Mutter/den Vater...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr gering sehr groß

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

##### Item 19: Das Kindes ignoriert den Stress in dieser Interaktion...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
überhaupt nicht vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

##### Item 20: Die Mutter/der Vater ignoriert den Stress des Kindes in dieser Interaktion...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
überhaupt nicht vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

##### Item 21:

hier ankreuzen



In dieser Eltern-Kind-Interaktion ist mir hinsichtlich des Stress etwas Besonderes aufgefallen ----->

[...]

bzw. ist mir nichts aufgefallen -----> [...]

Beschreibung der aufgefallenen stressbezogenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:

---

---

### noch 3. Dimension: Stress in der Eltern-Kind-Interaktion

#### **2. Aufgabe zum Stress in der Eltern-Kind-Interaktion:** **Trennungs- und Wiedervereinigungssituation**

Die Mutter/der Vater wird durch diese Aufgabe aufgefordert,  
den Therapieraum ohne weitere Erklärungen gegenüber dem Kind für ca 3 Minuten zu verlassen,  
um beobachten zu können,  
wie das Kind einerseits auf die Trennung von der Mutter/dem Vater reagiert  
und wie es sich andererseits bei der Rückkehr der Mutter/des Vaters gegenüber dieser/diesem verhält.  
(Im Falle offensichtlichen Leidens des Kindes, kann die Mutter auch nach kürzerer Zeit zurückkehren.)

### Stress in der Eltern-Kind-Interaktion bei der Trennung

**Item 22: Die Mutter/der Vater kann sich in dieser Situation offensichtlich von ihrem/seinem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr leicht trennen sehr schwer trennen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 23: Das Kind kann sich in dieser Situation offensichtlich von der Mutter/dem Vater...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr leicht trennen sehr schwer trennen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 23: Das Kind hat in dieser Situation offensichtlich .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar kein Vertrauen sehr großes Vertrauen  
auf die Rückkehr der Mutter/des Vaters.

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

## Stress in der Eltern-Kind-Interaktion bei der Trennung

(Item 24 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 1 in EB 16 während der Therapie)

### Item 24 Das Trennungverhalten des beobachteten *Elternteils* ist hinsichtlich der Bindung...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr widerwillig loslassend sehr bereitwillig loslassend

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 25 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 2 in EB 16 während der Therapie)

### 25. Das Trennungverhalten des beobachteten *Elternteils* ist hinsichtlich der Einfühlsamkeit:

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr fühllos sehr einfühlsam

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 26 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 4 in EB 16 während der Therapie)

### 26. Das Trennungverhalten des beobachteten *Kindes* ist hinsichtlich der Bindung:

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr klammernd sich unbefangen lösend

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 27 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 5 in EB 16 während der Therapie)

### 27. Das Trennungverhalten des beobachteten *Kindes* ist hinsichtlich der Bereitwilligkeit:

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr widerwillig sehr bereitwillig

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 28 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 3 in EB 16 während der Therapie)

### 28. Bemerkungen zum beobachteten Trennungverhalten zwischen Elternteil und Kind

..

**Stress in der Eltern-Kind-Interaktion bei der Wiedervereinigung**

**Item 29: Das Kind ignoriert die Rückkehr der Mutter/des Vaters...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
nicht vollkommen

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 30: Die Mutter/der Vater reagiert bei der Rückkehr auf die Reaktionen des Kindes...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
erst nach einiger Zeit sofort

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 31 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 6 in EB 16 während der Therapie)

**31. Das Wiedervereinigungsverhalten des beobachteten *Elternteils* ist hinsichtlich der Einfühlsamkeit:**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
fühllos sehr einfühlsam

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 32 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 7 in EB 16 während der Therapie)

**32. Das Wiedervereinigungsverhalten des beobachteten *Kindes* ist hinsichtlich der Bindung:**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
den Elternteil ignorierend freudig auf Elternteil zustrebend

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

(Item 33 in EB 25 in der H-MIM ⇒ Item 8 in EB 16 während der Therapie)

**Item 33. Bemerkungen zum beobachteten Wiedervereinigungsverhalten zwischen Elternteil und Kind**

.....  
.....  
.....

**II. Auswertung der THERAPLAY®-Therapiesitzungen nach Prozeßvariablen [vgl. 261]**

**1. Prozeßvariable: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes**

**Item 1: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr niedrig sehr hoch

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 2: „Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind gegenüber dem Vorintervall ...“**

2a: [ ] unverändert -----> 2b: und zwar unverändert [ ] niedrig [ ] mittel [ ] hoch  
oder [ ] geringfügig wechselnd  
oder [ ] deutlich wechselnd  
oder [ ] häufig wechselnd  
oder [ ] sehr häufig wechselnd

**2. Prozeßvariable: Aktives Handeln des Kindes (Verhaltensautonomie)**

**Item 3: Das Kind zeigt von sich aus Handlungen oder artikuliert Wünsche**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
überhaupt keine sehr viele

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**3. Prozeßvariable: Selbstsicherheit und Vertrauen in andere (gezeigtes Selbstvertrauen und geäußertes Vertrauen gegenüber anderen Personen)**

**Item 4: Verbale und nonverbale Handlungen des Kindes, die auf Selbstsicherheit schließen lassen, sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
nicht erkennbar sehr deutlich erkennbar

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 5: Das Kind läßt Handlungen von der/den TherapeutInnen mit entsprechender Mimik und entsprechendem Blickkontakt zu, die darauf hindeuten, daß es diesen Personen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
fast gar nicht vertraut sehr stark vertraut

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**4. Prozeßvariable: Beziehungsfähigkeit des Kindes  
(Kontaktaufnahme, Kontaktakzeptanz und Kooperation)**

**Item 6: Das Kind versucht von sich aus, Kontakt zu dem Elternteil aufzunehmen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr intensiv**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 7: Das Kind geht auf Handlungsangebote des Elternteils ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht ein** **sehr intensiv ein**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 8: Anweisungen und Regeln, die von dem Elternteil gegeben werden, kann das Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht folgen** **fast immer folgen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 9: Das Kind läßt Körperkontakte, die von dem Elternteil ausgehen, ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht zu** **sehr bereitwillig zu**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 10: Das Kind sucht von sich aus Körperkontakt zum Elternteil ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**5. Prozeßvariable: Emotionalität des Kindes**  
**(Lust ⇔ Unlust; Spannung ⇔ Lösung; Erregung ⇔ Beruhigung)**

**Item 11: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**von starker Unlust** **sehr lustvoll**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 12: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr angespannt** **sehr gelöst**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 13: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr erregt** **völlig beruhigt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 14: Sollte der Gefühlszustand des Kindes beschrieben werden, so ist festzustellen, daß es ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sich gar nicht wohlfühlt** **sich sehr wohlfühlt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 15: Bei dem Kind sind folgende Gefühle vorherrschend ....**

**Beschreibung:** \_\_\_\_\_

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**6. Prozeßvariable: Körperempfindung und Körpermotorik des Kindes  
(Fähigkeit des Kindes, sensorische Reize wahrzunehmen und zu differenzieren)**

**Item 16: Das Kind läßt Fürsorglichkeit zu, läßt sich eincremen und versorgen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr bereitwillig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 17: Das Kind ist In der Lage,  
eigene Körperbewegungen zu koordinieren bzw. zielgerichtet einzusetzen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 18 ist weggefallen**

**Item 19: Das Kind kann Anordnungen des Elternteils,  
sich in bestimmter Weise zu bewegen, in sinnvolle, zielgerichtete Bewegungen umsetzen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**7. Prozeßvariable: Verbale Kommunikationsfähigkeit (Sprechakte und Sprachniveau)**

**Item 20: Das Kind spricht in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 21: Das Kind kann sich in der Therapie verbal verständigen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**22: Allgemein ist das Sprachniveau des Kindes (Wortschatz, Grammatik, Wortwahl) ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 23: In der Therapie ist das Kind in der Lage, Sprache zu imitieren ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**8. Prozeßvariable: Beziehungseinschätzung  
(soziales Verhalten des Kindes mit Bezugspersonen)**

**Item 24: Das Kind sucht von sich aus Kontakt zu der anwesenden Person ...**  
(hier: körperlicher oder sprachlicher Kontakt)

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 25: Versuche der anwesenden Person (des Elternteils), Beziehungen(en) zu dem Kind aufzunehmen,  
werden von dem Kind in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**vollständig abgelehnt** **vollständig akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 26: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zum Elternteil zu beschreiben,  
so lässt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**eher scheu** **eher selbstbewußt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 27: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zum Elternteil zu beschreiben,  
so lässt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**erlebnismäßig negativ getönt** **erlebnismäßig positiv getönt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 28: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zum Elternteil zu beschreiben,  
so lässt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**noch unsicher** **schon sehr sicher**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

## 9. Prozeßvariable: Frustrationstoleranz des Kindes

**Item 29: Das Kind erträgt die Blockierung  
oder Behinderung seiner zielgerichteten Handlungen durch die andere Person ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht gut sehr gut

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 30: Wenn sein Wollen oder seine geäußerten Wünsche nicht beachtet oder erfüllt werden, dann  
macht das dem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr viel aus gar nichts aus

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 31: Was immer dem Kind auch geschieht, es toleriert, was kommt ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
fast nie nahezu immer

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

## 10. Prozeßvariable: Zuneigung des Kindes (Empathie)

**Item 32:  
Die Atmosphäre zwischen dem Kind und dem Elternteil  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als gleichgültig bzw. uninteressiert beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 33: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und dem Elternteil  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als zugewandt beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 34: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und dem Elternteil  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als abweisend beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 35: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und dem Elternteil  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als interessiert beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 36: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als anschiemig beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**11. Prozeßvariable: Mut und Risikobereitschaft des Kindes**

**Item 37: Das Kind wirkt in der Interaktion unsicher, scheu ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 38: Das Kind agiert in der Interaktion munter darauf los ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 39: Die Beobachtung des Kindes in der Interaktion zeigt,  
dass es von sich aus die Initiative übernehmen will und eigenständig handeln möchte ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nach der H-MIM:**

**Item 40:**

**In dieser Interaktion  
ist mir am Verhalten des Kindes etwas Besonders aufgefallen** hier ankreuzen ↓

**bzw. hat sich im Umgang mit dem Kind etwas Besonderes ereignet** ----->  
[...]

**bzw. nichts aufgefallen** ----->

[...]

**Beschreibung der aufgefallenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**



**PHONIATRISCH-PÄDAUDIOLOGISCHES ZENTRUM DER BERUFSFÖRDERUNGSWERK HEIDELBERG GMBH**  
**69123 Heidelberg, L. Guttman Str. 2/1 Tel: 06221-882052 Fax: 06221-883271**  
**Leitender Arzt: Dr. med V. Uttenweiler**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Stimm- und Sprachstörungen

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Auswertung der THERAPLAY®-Therapiesitzungen nach Prozeßvariablen [EB26.1]**

**Erhebungsbogen 261 für Therapeutinnen für die jeweilige Therapiesitzung insgesamt ausfüllen**

...../...../.....    ...../...../.....    .....;.....    [.....]Min.[.....]    [..] [..] [..] [..] [..] [..] [..] [..]  
 Testdatum    Geburtsdatum    Alter (J;M)    Sitzungsdauer    Therapeutin    PatientInnenkennzeichnung

**Bitte, den jeweiligen Erhebungszeitpunkt entsprechend der Therapie- bzw. Kontrollgruppe ankreuzen!**

[Kz] Therapiegruppe	Zeitpunkt	[Kz] Kontrollgruppe	Zeitpunkt
[10] zu Beginn der Therapiezeit	(t <sub>0</sub> ) 2. Sitzung	[20] zu Beginn der Therapiezeit	(t <sup>0</sup> )
[11] während der Therapiezeit	(t <sub>1</sub> ) [...] Sitzung	[21] während der Therapiezeit	(t <sup>1</sup> )
[12] während der Therapiezeit	(t <sub>2</sub> ) [...] Sitzung	[22] während der Therapiezeit	(t <sup>2</sup> )
[13] inmitten der Therapiezeit	(t <sub>3</sub> ) v.Elternesp.	[23] inmitten der Therapiezeit	(t <sup>3</sup> )
[14] während der Therapiezeit	(t <sub>4</sub> ) [...] Sitzung	[24] während der Therapiezeit	(t <sup>4</sup> )
[15] während der Therapiezeit	(t <sub>5</sub> ) [...] Sitzung	[25] während der Therapiezeit	(t <sup>5</sup> )
[16] Ende der Therapiezeit	(t <sub>6</sub> ) vorletzte Sitz.	[26] Ende der Therapiezeit	(t <sup>6</sup> )

**Achtung!**  
**Diese Version 261 für Therapeutinnen**  
**sollte nach jeder THERAPLAY®-Therapiesitzung**  
**für die Sitzungsstunde insgesamt, d. h. nicht für Intervalle der Sitzung ausgefüllt werden.**

(Die Version 262 für Video-AuswerterInnen ist dagegen für 3 Intervalle je Therapiesitzung auszufüllen)

**Nachfolgend wird die [ .] Therapiesitzung evaluiert**

**1. Prozeßvariable: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes**

**Item 1: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

**Item 2: „Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...**

**2a: gegenüber dem Vorintervall ...“**  **unverändert** → weiter mit der 2. Prozeßvariable  
 **verändert** ↓ weiter mit Item 2b

**2b: Falls die Aufmerksamkeit gegenüber dem Vorintervall verändert ist: Was hat sich verändert?**

- **Das Niveau (die Höhe) der Aufmerksamkeit hat sich verändert**, und zwar in Richtung
  - niedrigeres Niveau
  - mittleres Niveau
  - höheres Niveau
- **Die Aufmerksamkeit ist in diesem Intervall wechselnd (schwankend)**, und zwar
  - geringfügig wechselnd (schwankend)
  - deutlich wechselnd (schwankend)
  - häufig wechselnd (schwankend)
  - sehr häufig wechselnd (schwankend)

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

**2. Prozeßvariable: Aktives Handeln des Kindes (Verhaltensautonomie)**

**Item 3: Das Kind zeigt von sich aus Handlungen oder artikuliert Wünsche**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt keine** **sehr viele**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**3. Prozeßvariable: Selbstsicherheit und Vertrauen in andere  
(gezeigtes Selbstvertrauen und geäußertes Vertrauen gegenüber anderen Personen)**

**Item 4: Verbale und nonverbale Handlungen des Kindes, die auf Selbstsicherheit schließen lassen, sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht erkennbar** **sehr deutlich erkennbar**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 5: Das Kind läßt Handlungen von der/den TherapeutInnen mit entsprechender Mimik und entsprechendem Blickkontakt zu, die darauf hindeuten, daß es diesen Personen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht vertraut** **sehr stark vertraut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 6: Widerstand des Kindes gegenüber der Therapeutin bzw. der Situation sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht erkennbar** **sehr deutlich erkennbar**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**4. Prozeßvariable: Beziehungsfähigkeit des Kindes  
(Kontaktaufnahme, Kontaktakzeptanz und Kooperation)**

**Item 7: Das Kind versucht von sich aus, Kontakt (incl. Blickkontakt) zu der Therapeutin aufzunehmen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr intensiv**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 8: Das Kind geht auf Handlungsangebote der Therapeutin ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht ein** **sehr intensiv ein**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 9: Anweisungen und Regeln, die von der Therapeutin gegeben werden, kann das Kind ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht folgen** **fast immer folgen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 10: Das Kind läßt Körperkontakte, die von der Therapeutin ausgehen, ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht zu** **sehr bereitwillig zu**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 11: Das Kind sucht von sich aus Körperkontakt zur Therapeutin ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**5. Prozeßvariable: Emotionalität des Kindes  
(Lust ↔ Unlust; Spannung ↔ Lösung; Erregung ↔ Beruhigung)**

**Item 12: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**von starker Unlust** **sehr lustvoll**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 13: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr angespannt** **sehr gelöst**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 14: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr erregt** **völlig beruhigt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 15: Sollte der Gefühlszustand des Kindes beschrieben werden, so ist festzustellen, daß es ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sich gar nicht wohlfühlt** **sich sehr wohlfühlt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 16: Bei dem Kind sind folgende Gefühle vorherrschend ....**

**Beschreibung in Stichworten:** \_\_\_\_\_

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**6. Prozeßvariable: Körperempfindung und Körpermotorik des Kindes  
(Fähigkeit des Kindes, sensorische Reize wahrzunehmen und zu differenzieren)**

**Item 17: Das Kind läßt Fürsorglichkeit zu, läßt sich eincremen und versorgen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr bereitwillig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 18: Das Kind ist in der Lage,  
eigene Körperbewegungen zu koordinieren bzw. zielgerichtet einzusetzen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 19: Das Kind kann sensorische Reize in den Spielen differenzieren ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 20: Das Kind kann Anordnungen der Therapeutin,  
sich in bestimmter Weise zu bewegen, in sinnvolle, zielgerichtete Bewegungen umsetzen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**7. Prozeßvariable: Verbale Kommunikationsfähigkeit (Sprechakte und Sprachniveau)**

**Item 21: Das Kind spricht in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 22: Das Kind verständigt sich in der Therapie verbal ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**23: Allgemein ist das Sprachniveau des Kindes (Wortschatz, Grammatik, Wortwahl) ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 24: Das Kind imitiert Sprache in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**8. Prozeßvariable: Beziehungseinschätzung  
(soziales Verhalten des Kindes mit Bezugspersonen)**

**Item 25: Das Kind sucht von sich aus Kontakt zu Personen seiner Umgebung ...**  
(hier: körperlicher oder sprachlicher Kontakt)

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 26: Der Blickkontakt zwischen Kind und Therapeutin ist in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**normal** **stark vermeidend**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 27: Versuche anderer Personen, Beziehungen zu dem Kind aufzunehmen,  
werden von dem Kind in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**vollständig abgelehnt** **vollständig akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 28: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben,  
so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**eher scheu** **eher selbstbewußt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**Item 29: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben,  
so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6

**erlebnismäßig negativ getönt** **erlebnismäßig positiv getönt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 30: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben,  
so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6

**noch unsicher** **schon sehr sicher**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**9. Prozeßvariable: Frustrationstoleranz des Kindes**

**Item 31: Das Kind erträgt die Blockierung  
oder Behinderung seiner zielgerichteten Handlungen durch andere Personen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht gut** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 32: Wenn sein Wollen oder seine geäußerten Wünsche nicht beachtet oder erfüllt werden,  
dann macht das dem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr viel aus** **gar nichts aus**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 33: Was immer dem Kind auch geschieht, es toleriert, was kommt ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **nahezu immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**10. Prozeßvariable: Zuneigung des Kindes (Empathie)**

**Item 34:**  
**Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin ist gleichgültig bzw. uninteressiert.**  
**- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 35: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als aufnehmend bzw. zugewandt beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 36: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als abweisend beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 37: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als interessiert beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 38: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als anschiegsam beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**11. Prozeßvariable: Mut und Risikobereitschaft des Kindes**

**Item 39: Das Kind wirkt in der Therapie unsicher, scheu ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
 gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 40: Das Kind agiert in der Therapie munter darauf los ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
 gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 41: Die Beobachtung des Kindes in der Therapie zeigt, daß es von sich aus die Initiative übernehmen will und eigenständig handeln möchte ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
 gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nach jeder Therapiesitzung:**

**Item 42:**

**In dieser Therapiesitzung**  
**ist mir am Verhalten des Kindes etwas Besonders aufgefallen** hier ankreuzen ↓  
**bzw. hat sich im Umgang mit dem Kind etwas Besonderes ereignet** -----> [...]   
**bzw. nichts aufgefallen**-----> [...]

**Beschreibung der aufgefallenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

# Theraplay Institut

in Zusammenarbeit mit

Phoniatriisch-Pädaudiologisches Zentrum der Berufshilfsverbände Heidelberg gGmbH  
69123 Heidelberg, L. Guttman Str. 2/1 Tel: 06221-882052 Fax: 06221-883271

Leitender Arzt: Dr. med V. Uttenweiler

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Stimm- und Sprachstörungen

## Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern

### Videoauswertung der THERAPLAY®-Therapiesitzungen nach Prozeßvariablen in 3 Intervallen je Therapiesitzung [EB 262]

#### Erhebungsbogen 262 für AuswerterInnen (RaterInnen) der Videoprotokolle der Therapiesitzungen Bitte für alle drei Intervalle der jeweiligen Therapiesitzung ausfüllen!

...../...../.....    ...../...../.....    .....;.....    [.....]Min.    [.....]    [..] [..] [..] [..] [..] [..] [..] [..]  
Testdatum    Geburtsdatum    Alter (J;M)    Sitzungsdauer    AuswerterIn    PatientInnenkennzeichnung

#### Bitte, den jeweiligen Erhebungszeitpunkt entsprechend der Therapie- bzw. Kontrollgruppe ankreuzen!

[Kz] Therapiegruppe	Zeitpunkt	[Kz] Kontrollgruppe	Zeitpunkt
[10] zu Beginn der Therapiezeit	(t <sub>0</sub> ) 2. Sitzung	[20] zu Beginn der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>0</sub> )
[11] während der Therapiezeit	(t <sub>1</sub> ) [..] Sitzung	[21] während der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>1</sub> )
[12] während der Therapiezeit	(t <sub>2</sub> ) [..] Sitzung	[22] während der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>2</sub> )
[13] inmitten der Therapiezeit	(t <sub>3</sub> ) v.Elterngesp.	[23] inmitten der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>3</sub> )
[14] während der Therapiezeit	(t <sub>4</sub> ) [..] Sitzung	[24] während der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>4</sub> )
[15] während der Therapiezeit	(t <sub>5</sub> ) [..] Sitzung	[25] während der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>5</sub> )
[16] Ende der Therapiezeit	(t <sub>6</sub> ) vorletzte Sitz.	[26] Ende der Therapiezeit	(t <sup>cc</sup> <sub>6</sub> )

**Achtung!**

**Diese Version 262 für AuswerterInnen (RaterInnen) der Videoprotokolle sollte nur für die definierten 7 THERAPLAY®-Therapiesitzungen des jeweiligen Kindes ausgefüllt werden, und zwar jeweils für drei Intervalle**

Bitte Nr. der Therapiesitzung eintragen!

**Nachfolgend wird die [ . ] Therapiesitzung evaluiert**

<b>1. Intervall:</b>	<b>von Sitzungsbeginn</b>	<b>bis Minute 10:00</b>
<b>2. Intervall:</b>	<b>von Minute 10:01</b>	<b>bis Minute 20:00</b>
<b>3. Intervall:</b>	<b>von Minute 20:01</b>	<b>bis Sitzungsende.</b>

(Die Version 261 für Therapeutinnen ist für jede Therapiesitzung insgesamt auszufüllen)

**Kennzeichnung der Therapievideo-Auswerter/innen**

[41] A. K. [42] H. Ra. [43] T. B. [44] B. W. [45] A. F.  
[46] D. G. [47] H. Ri. [48] C.L. [49] S. Z. [40] C. K.

## 1. Intervall der [ ]Therapiesitzung

[...] Bitte zur Sicherung mit ‚1‘ markieren!

### 1. Prozeßvariable: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes

#### Item 1: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr niedrig sehr hoch

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

#### Item 2: „Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...

2a: gegenüber dem Vorintervall ...“  **unverändert** → weiter mit der 2. Prozeßvariable

**verändert** ↓ weiter mit Item 2b

2b: Falls die Aufmerksamkeit gegenüber dem Vorintervall verändert ist: Was hat sich verändert?

- Das Niveau (die Höhe) der Aufmerksamkeit hat sich verändert, und zwar in Richtung
  - niedrigeres Niveau
  - mittleres Niveau
  - höheres Niveau
- Die Aufmerksamkeit ist in diesem Intervall **wechselnd (schwankend)**, und zwar
  - geringfügig wechselnd (schwankend)
  - deutlich wechselnd (schwankend)
  - häufig wechselnd (schwankend)
  - sehr häufig wechselnd (schwankend)

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

### 2. Prozeßvariable: Aktives Handeln des Kindes (Verhaltensautonomie)

#### Item 3: Das Kind zeigt von sich aus Handlungen oder artikuliert Wünsche

1.....2.....3.....4.....5.....6  
überhaupt keine sehr viele

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**3. Prozeßvariable: Selbstsicherheit und Vertrauen in andere  
(gezeigtes Selbstvertrauen und geäußertes Vertrauen gegenüber anderen Personen)**

**Item 4: Verbale und nonverbale Handlungen des Kindes, die auf Selbstsicherheit schließen lassen, sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht erkennbar** **sehr deutlich erkennbar**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 5: Das Kind läßt Handlungen von der/den TherapeutInnen mit entsprechender Mimik und entsprechendem Blickkontakt zu, die darauf hindeuten, daß es diesen Personen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht vertraut** **sehr stark vertraut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 6: Widerstand des Kindes gegenüber der Therapeutin bzw. der Situation sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht erkennbar** **sehr deutlich erkennbar**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**4. Prozeßvariable: Beziehungsfähigkeit des Kindes  
(Kontaktaufnahme, Kontaktakzeptanz und Kooperation)**

**Item 7: Das Kind versucht von sich aus, Kontakt (incl. Blickkontakt) zu der Therapeutin aufzunehmen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr intensiv**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 8: Das Kind geht auf Handlungsangebote der Therapeutin ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht ein** **sehr intensiv ein**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 9: Anweisungen und Regeln, die von der Therapeutin gegeben werden, kann das Kind ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht folgen** **fast immer folgen**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 10: Das Kind läßt Körperkontakte, die von der Therapeutin ausgehen, ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht zu** **sehr bereitwillig zu**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 11: Das Kind sucht von sich aus Körperkontakt zur Therapeutin ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht** **sehr häufig**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**5. Prozeßvariable: Emotionalität des Kindes  
(Lust ↔ Unlust; Spannung ↔ Lösung; Erregung ↔ Beruhigung)**

**Item 12: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**von starker Unlust** **sehr lustvoll**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 13: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr angespannt** **sehr gelöst**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 14: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr erregt** **völlig beruhigt**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 15: Sollte der Gefühlszustand des Kindes beschrieben werden, so ist festzustellen, daß es ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sich gar nicht wohlfühlt** **sich sehr wohlfühlt**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 16: Bei dem Kind sind folgende Gefühle vorherrschend ....**

**Beschreibung in Stichworten:** \_\_\_\_\_

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**6. Prozeßvariable: Körperempfindung und Körpermotorik des Kindes  
(Fähigkeit des Kindes, sensorische Reize wahrzunehmen und zu differenzieren)**

**Item 17: Das Kind läßt Fürsorglichkeit zu, läßt sich eincremen und versorgen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr bereitwillig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 18: Das Kind ist in der Lage,  
eigene Körperbewegungen zu koordinieren bzw. zielgerichtet einzusetzen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 19: Das Kind kann sensorische Reize in den Spielen differenzieren ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 20: Das Kind kann Anordnungen der Therapeutin,  
sich in bestimmter Weise zu bewegen, in sinnvolle, zielgerichtete Bewegungen umsetzen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**7. Prozeßvariable: Verbale Kommunikationsfähigkeit (Sprechakte und Sprachniveau)**

**7. Prozeßvariable: Verbale Kommunikationsfähigkeit (Sprechakte und Sprachniveau)**

**Item 21: Das Kind spricht in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 22: Das Kind verständigt sich in der Therapie verbal ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**23: Allgemein ist das Sprachniveau des Kindes (Wortschatz, Grammatik, Wortwahl) ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 24: Das Kind imitiert Sprache in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**8. Prozeßvariable: Beziehungseinschätzung  
(soziales Verhalten des Kindes mit Bezugspersonen)**

**Item 25: Das Kind sucht von sich aus Kontakt zu Personen seiner Umgebung ...**

(hier: körperlicher oder sprachlicher Kontakt)

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 26: Der Blickkontakt zwischen Kind und Therapeutin ist in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**normal** **stark vermeidend**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 27: Versuche anderer Personen, Beziehungen zu dem Kind aufzunehmen,  
werden von dem Kind in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**vollständig abgelehnt** **vollständig akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 28: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben,  
so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**eher scheu** **eher selbstbewußt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 29: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben, so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**erlebnismäßig negativ getönt** **erlebnismäßig positiv**  
**getönt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 30: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben, so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**noch unsicher** **schon sehr sicher**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**9. Prozeßvariable: Frustrationstoleranz des Kindes**

**Item 31: Das Kind erträgt die Blockierung  
oder Behinderung seiner zielgerichteten Handlungen durch andere Personen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht gut** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 32: Wenn sein Wollen oder seine geäußerten Wünsche nicht beachtet oder erfüllt werden,  
dann macht das dem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr viel aus** **gar nichts aus**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 33: Was immer dem Kind auch geschieht, es toleriert, was kommt ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **nahezu immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**10. Prozeßvariable: Zuneigung des Kindes (Empathie)**

**Item 34:**

**Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin ist gleichgültig bzw. uninteressiert.  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 35: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als aufnehmend bzw. zugewandt beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 36: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als abweisend beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 37: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als interessiert beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 38: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als anschiemig beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**11. Prozeßvariable: Mut und Risikobereitschaft des Kindes**

**Item 39: Das Kind wirkt in der Therapie unsicher, scheu ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 40: Das Kind agiert in der Therapie munter darauf los ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 41: Die Beobachtung des Kindes in der Therapie zeigt, daß es von sich aus die Initiative übernehmen will und eigenständig handeln möchte ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nach jeder Therapiesitzung:**

**Item 42:**

**In dieser Therapiesitzung ist mir am Verhalten des Kindes etwas Besonders aufgefallen** hier ankreuzen ↓  
**bzw. hat sich im Umgang mit dem Kind etwas Besonderes ereignet** -----> [...]  
**bzw. nichts aufgefallen**-----> [...]

**Beschreibung der aufgefallenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

**Ende des 1. Intervalls dieser Therapiesitzung.**

## 2. Intervall der [ . ]Therapiesitzung

[...] Bitte zur Sicherung mit ‚2‘ markieren!

### 1. Prozeßvariable: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes

#### Item 1: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
 sehr niedrig sehr hoch

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

#### Item 2: „Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...

**2a: gegenüber dem Vorintervall ...“**  **unverändert** → weiter mit der 2. Prozeßvariable

**verändert** ↓ weiter mit Item 2b

**2b: Falls die Aufmerksamkeit gegenüber dem Vorintervall verändert ist: Was hat sich verändert?**

- **Das Niveau (die Höhe) der Aufmerksamkeit hat sich verändert**, und zwar in Richtung
  - niedrigeres Niveau
  - mittleres Niveau
  - höheres Niveau
- **Die Aufmerksamkeit ist in diesem Intervall wechselnd (schwankend)**, und zwar
  - geringfügig wechselnd (schwankend)
  - deutlich wechselnd (schwankend)
  - häufig wechselnd (schwankend)
  - sehr häufig wechselnd (schwankend)

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

### 2. Prozeßvariable: Aktives Handeln des Kindes (Verhaltensautonomie)

#### Item 3: Das Kind zeigt von sich aus Handlungen oder artikuliert Wünsche

1.....2.....3.....4.....5.....6  
 überhaupt keine sehr viele

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**3. Prozeßvariable: Selbstsicherheit und Vertrauen in andere  
(gezeigtes Selbstvertrauen und geäußertes Vertrauen gegenüber anderen Personen)**

**Item 4: Verbale und nonverbale Handlungen des Kindes, die auf Selbstsicherheit schließen lassen, sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht erkennbar** **sehr deutlich erkennbar**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 5: Das Kind läßt Handlungen von der/den TherapeutInnen mit entsprechender Mimik und entsprechendem Blickkontakt zu, die darauf hindeuten, daß es diesen Personen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht vertraut** **sehr stark vertraut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 6: Widerstand des Kindes gegenüber der Therapeutin bzw. der Situation sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**nicht erkennbar** **sehr deutlich erkennbar**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**4. Prozeßvariable: Beziehungsfähigkeit des Kindes  
(Kontaktaufnahme, Kontaktakzeptanz und Kooperation)**

**Item 7: Das Kind versucht von sich aus, Kontakt (incl. Blickkontakt) zu der Therapeutin aufzunehmen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr intensiv**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 8: Das Kind geht auf Handlungsangebote der Therapeutin ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht ein** **sehr intensiv ein**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 9: Anweisungen und Regeln, die von der Therapeutin gegeben werden, kann das Kind ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht folgen** **fast immer folgen**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 10: Das Kind läßt Körperkontakte, die von der Therapeutin ausgehen, ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht zu** **sehr bereitwillig zu**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 11: Das Kind sucht von sich aus Körperkontakt zur Therapeutin ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht** **sehr häufig**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**5. Prozeßvariable: Emotionalität des Kindes**  
**(Lust ↔ Unlust; Spannung ↔ Lösung; Erregung ↔ Beruhigung)**

**Item 12: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**von starker Unlust** **sehr lustvoll**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 13: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr angespannt** **sehr gelöst**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 14: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr erregt** **völlig beruhigt**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 15: Sollte der Gefühlszustand des Kindes beschrieben werden, so ist festzustellen, daß es ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sich gar nicht wohlfühlt** **sich sehr wohlfühlt**  
*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 16: Bei dem Kind sind folgende Gefühle vorherrschend ....**

**Beschreibung in Stichworten:** \_\_\_\_\_

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
 Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
 Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**6. Prozeßvariable: Körperempfindung und Körpermotorik des Kindes  
(Fähigkeit des Kindes, sensorische Reize wahrzunehmen und zu differenzieren)**

**Item 17: Das Kind läßt Fürsorglichkeit zu, läßt sich eincremen und versorgen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr bereitwillig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 18: Das Kind ist in der Lage,  
eigene Körperbewegungen zu koordinieren bzw. zielgerichtet einzusetzen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 19: Das Kind kann sensorische Reize in den Spielen differenzieren ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 20: Das Kind kann Anordnungen der Therapeutin,  
sich in bestimmter Weise zu bewegen, in sinnvolle, zielgerichtete Bewegungen umsetzen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**7. Prozeßvariable: Verbale Kommunikationsfähigkeit (Sprechakte und Sprachniveau)**

**Item 21: Das Kind spricht in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 22: Das Kind verständigt sich in der Therapie verbal ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**23: Allgemein ist das Sprachniveau des Kindes (Wortschatz, Grammatik, Wortwahl) ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 24: Das Kind imitiert Sprache in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**8. Prozeßvariable: Beziehungseinschätzung  
(soziales Verhalten des Kindes mit Bezugspersonen)**

**Item 25: Das Kind sucht von sich aus Kontakt zu Personen seiner Umgebung ...**

(hier: körperlicher oder sprachlicher Kontakt)

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 26: Der Blickkontakt zwischen Kind und Therapeutin ist in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**normal** **stark vermeidend**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 27: Versuche anderer Personen, Beziehungen zu dem Kind aufzunehmen,  
werden von dem Kind in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**vollständig abgelehnt** **vollständig akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 28: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben,  
so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**eher scheu** **eher selbstbewußt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 29: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben, so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**erlebnismäßig negativ getönt** **erlebnismäßig positiv**  
**getönt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 30: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben, so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**noch unsicher** **schon sehr sicher**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**9. Prozeßvariable: Frustrationstoleranz des Kindes**

**Item 31: Das Kind erträgt die Blockierung  
oder Behinderung seiner zielgerichteten Handlungen durch andere Personen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht gut** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 32: Wenn sein Wollen oder seine geäußerten Wünsche nicht beachtet oder erfüllt werden,  
dann macht das dem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr viel aus** **gar nichts aus**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 33: Was immer dem Kind auch geschieht, es toleriert, was kommt ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **nahezu immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**10. Prozeßvariable: Zuneigung des Kindes (Empathie)**

**Item 34:**

**Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin ist gleichgültig bzw. uninteressiert.  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 35: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als aufnehmend bzw. zugewandt beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 36: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als abweisend beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 37: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als interessiert beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 38: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als anschiemig beschrieben werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**11. Prozeßvariable: Mut und Risikobereitschaft des Kindes**

**Item 39: Das Kind wirkt in der Therapie unsicher, scheu ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 40: Das Kind agiert in der Therapie munter darauf los ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 41: Die Beobachtung des Kindes in der Therapie zeigt, daß es von sich aus die Initiative übernehmen will und eigenständig handeln möchte ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nach jeder Therapiesitzung:**

**Item 42:**

**In dieser Therapiesitzung**  
**ist mir am Verhalten des Kindes etwas Besonders aufgefallen** hier ankreuzen ↓  
**bzw. hat sich im Umgang mit dem Kind etwas Besonderes ereignet** -----> [...]   
**bzw. nichts aufgefallen**-----> [...]

**Beschreibung der aufgefallenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

**Ende des 2. Intervalls der Therapiesitzung.**

### 3. Intervall der [ ]Therapiesitzung

[...] Bitte zur Sicherung mit ‚3‘ markieren!

#### 1. Prozeßvariable: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes

##### Item 1: Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
 sehr niedrig sehr hoch

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

##### Item 2: „Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes sind...

2a: gegenüber dem Vorintervall ...“  **unverändert** → weiter mit der 2. Prozeßvariable

**verändert** ↓ weiter mit Item 2b

2b: Falls die Aufmerksamkeit gegenüber dem Vorintervall verändert ist: Was hat sich verändert?

- Das Niveau (die Höhe) der Aufmerksamkeit hat sich verändert, und zwar in Richtung
  - niedrigeres Niveau
  - mittleres Niveau
  - höheres Niveau
- Die Aufmerksamkeit ist in diesem Intervall **wechselnd (schwankend)**, und zwar
  - geringfügig wechselnd (schwankend)
  - deutlich wechselnd (schwankend)
  - häufig wechselnd (schwankend)
  - sehr häufig wechselnd (schwankend)

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: (notieren)..... [k.A.]

#### 2. Prozeßvariable: Aktives Handeln des Kindes (Verhaltensautonomie)

##### Item 3: Das Kind zeigt von sich aus Handlungen oder artikuliert Wünsche

1.....2.....3.....4.....5.....6  
 überhaupt keine sehr viele

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**3. Prozeßvariable: Selbstsicherheit und Vertrauen in andere  
(gezeigtes Selbstvertrauen und geäußertes Vertrauen gegenüber anderen Personen)**

**Item 4: Verbale und nonverbale Handlungen des Kindes, die auf Selbstsicherheit schließen lassen, sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
nicht erkennbar sehr deutlich erkennbar

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 5: Das Kind läßt Handlungen von der/den TherapeutInnen mit entsprechender Mimik und entsprechendem Blickkontakt zu, die darauf hindeuten, daß es diesen Personen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
fast gar nicht vertraut sehr stark vertraut

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 6: Widerstand des Kindes gegenüber der Therapeutin bzw. der Situation sind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
nicht erkennbar sehr deutlich erkennbar

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**4. Prozeßvariable: Beziehungsfähigkeit des Kindes  
(Kontaktaufnahme, Kontaktakzeptanz und Kooperation)**

**Item 7: Das Kind versucht von sich aus, Kontakt (incl. Blickkontakt) zu der Therapeutin aufzunehmen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr intensiv**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 8: Das Kind geht auf Handlungsangebote der Therapeutin ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht ein** **sehr intensiv ein**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 9: Anweisungen und Regeln, die von der Therapeutin gegeben werden, kann das Kind ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht folgen** **fast immer folgen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 10: Das Kind läßt Körperkontakte, die von der Therapeutin ausgehen, ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht zu** **sehr bereitwillig zu**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 11: Das Kind sucht von sich aus Körperkontakt zur Therapeutin ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**5. Prozeßvariable: Emotionalität des Kindes  
(Lust ↔ Unlust; Spannung ↔ Lösung; Erregung ↔ Beruhigung)**

**Item 12: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**von starker Unlust** **sehr lustvoll**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 13: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr angespannt** **sehr gelöst**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 14: Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr erregt** **völlig beruhigt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 15: Sollte der Gefühlszustand des Kindes beschrieben werden, so ist festzustellen, daß es ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sich gar nicht wohlfühlt** **sich sehr wohlfühlt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 16: Bei dem Kind sind folgende Gefühle vorherrschend ....**

**Beschreibung in Stichworten:** \_\_\_\_\_

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**6. Prozeßvariable: Körperempfindung und Körpermotorik des Kindes  
(Fähigkeit des Kindes, sensorische Reize wahrzunehmen und zu differenzieren)**

**Item 17: Das Kind läßt Fürsorglichkeit zu, läßt sich eincremen und versorgen ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr bereitwillig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 18: Das Kind ist in der Lage,  
eigene Körperbewegungen zu koordinieren bzw. zielgerichtet einzusetzen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 19: Das Kind kann sensorische Reize in den Spielen differenzieren ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 20: Das Kind kann Anordnungen der Therapeutin,  
sich in bestimmter Weise zu bewegen, in sinnvolle, zielgerichtete Bewegungen umsetzen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt fast immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**7. Prozeßvariable: Verbale Kommunikationsfähigkeit (Sprechakte und Sprachniveau)**

**Item 21: Das Kind spricht in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 22: Das Kind verständigt sich in der Therapie verbal ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**überhaupt nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**23: Allgemein ist das Sprachniveau des Kindes (Wortschatz, Grammatik, Wortwahl) ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 24: Das Kind imitiert Sprache in der Therapie ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast gar nicht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**8. Prozeßvariable: Beziehungseinschätzung  
(soziales Verhalten des Kindes mit Bezugspersonen)**

**Item 25: Das Kind sucht von sich aus Kontakt zu Personen seiner Umgebung ...**

(hier: körperlicher oder sprachlicher Kontakt)

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 26: Der Blickkontakt zwischen Kind und Therapeutin ist in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**normal** **stark vermeidend**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 27: Versuche anderer Personen, Beziehungen zu dem Kind aufzunehmen,  
werden von dem Kind in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**vollständig abgelehnt** **vollständig akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 28: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben,  
so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**eher scheu** **eher selbstbewußt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 29: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben, so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**erlebnismäßig negativ getönt** **erlebnismäßig positiv**  
**getönt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 30: Versucht man, die Beziehungen des Kindes zur Therapeutin zu beschreiben, so läßt sich das Kind charakterisieren als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**noch unsicher** **schon sehr sicher**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**9. Prozeßvariable: Frustrationstoleranz des Kindes**

**Item 31: Das Kind erträgt die Blockierung  
oder Behinderung seiner zielgerichteten Handlungen durch andere Personen ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**gar nicht gut** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 32: Wenn sein Wollen oder seine geäußerten Wünsche nicht beachtet oder erfüllt werden,  
dann macht das dem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr viel aus** **gar nichts aus**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 33: Was immer dem Kind auch geschieht, es toleriert, was kommt ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **nahezu immer**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**10. Prozeßvariable: Zuneigung des Kindes (Empathie)**

**Item 34:**

**Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin ist gleichgültig bzw. uninteressiert.  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 35: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als aufnehmend bzw. zugewandt beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 36: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als abweisend beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 37: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als interessiert beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 38: Die Atmosphäre zwischen dem Kind und der Therapeutin**  
- mit besonderer Berücksichtigung, was dabei vom Kind ausgeht -  
kann als anschiemig beschrieben werden.

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

- Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.  
Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.  
Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]



**11. Prozeßvariable: Mut und Risikobereitschaft des Kindes**

**Item 39: Das Kind wirkt in der Therapie unsicher, scheu ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 40: Das Kind agiert in der Therapie munter darauf los ....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Item 41: Die Beobachtung des Kindes in der Therapie zeigt, daß es von sich aus die Initiative übernehmen will und eigenständig handeln möchte ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil nicht vorgekommen.

Keine Beurteilung möglich  weil im Video nicht beobachtbar.

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nach jeder Therapiesitzung:**

**Item 42:**

**In dieser Therapiesitzung**

**ist mir am Verhalten des Kindes etwas Besonders aufgefallen**

hier ankreuzen ↓

**bzw. hat sich im Umgang mit dem Kind etwas Besonderes ereignet -----> [...]**

**bzw. nichts aufgefallen-----> [...]**

**Beschreibung der aufgefallenen Besonderheit bzw. des beobachteten Ereignisses:**

**Ende des 3. Intervalls dieser Therapiesitzung.**



# Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern

## 1. Zur Zeit ist die Aufmerksamkeit und Konzentration von .....(Name des Kindes)

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht gut sehr gut

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: ..... [k.A.]

## 2. Gegenwärtig sind die Interessensregungen meines Kindes

1.....2.....3.....4.....5.....6  
schwach ausgeprägt sehr stark ausgeprägt

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: ..... [k.A.]

## 3. Das Kind wird von sich aus aktiv, führt Handlungen selbständig aus

1.....2.....3.....4.....5.....6  
überhaupt nicht sehr oft

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: ..... [k.A.]

## 4. Das Kind äußert Wünsche

1.....2.....3.....4.....5.....6  
sehr selten sehr oft

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: ..... [k.A.]

## 5. Das gesamte Verhalten des Kindes läßt darauf schließen, daß es zur Zeit ...

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht selbstsicher ist sehr selbstsicher ist

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: ..... [k.A.]

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**6. Im Kontakt mit anderen Personen ist mein Kind vorsichtig, zurückhaltend, abwartend (fremdelnd).**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**7. Meistens versucht mein Kind von sich aus, Kontakt zu den Personen seiner Umwelt aufzunehmen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**8. Anweisungen und Regeln, die von mir oder von anderen Personen seiner Umwelt kommen, kann das Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
fast gar nicht befolgen fast immer befolgen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**9. Das Kind akzeptiert körperlichen Kontakt nur mit bestimmten Personen seiner Umgebung**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt völlig

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**10. Wenn Sie bei der vorangegangenen Feststellung (9) die Werte 4 oder 5 oder 6 umkringelt haben, dann sagen sie uns bitte noch: Welche Personen sind das, um wen handelt es sich?**

.....  
.....  
.....

**Bitte wenden →**

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Nun möchten wir von Ihnen gern etwas über die Gefühle Ihres Kindes erfahren, wie sie gegenwärtig sind.**

**11. Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind eher zu beschreiben als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**von starker Unlust (Widerwillen)** **sehr lustvoll**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**12. Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind zur Zeit eher zu beschreiben als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr angespannt** **sehr gelöst**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**13. Die Gefühlsäußerungen des Kindes sind gegenwärtig eher zu beschreiben als ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr erregt** **völlig beruhigt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**14. Der zur Zeit vorherrschenden Gefühlszustand des Kindes zeigt, daß es ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sich gar nicht wohl fühlt** **sich sehr wohl fühlt**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*

*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Nun einige Fragen zu den Körperempfindungen und Bewegungsabläufen Ihres Kindes.**

**15. Das Kind ist in der Lage, seine Körperbewegungen aufeinander abzustimmen und sie zielgerichtet einzusetzen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**16. Das Kind bewegt sich meistens ungezwungen und frei**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**Bitte wenden →**

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**Wie ist es mit dem Sprechen?**

**17. Das Kind spricht .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**18. Das Kind kann sich verständigen .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr schlecht** **sehr gut**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**19. Das Kind spricht nach (imitiert)**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**außerordentlich wenig** **sehr viel**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**20. Die Anzahl der Personen, mit denen das Kind spricht, ist ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr niedrig** **sehr hoch**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]



**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**21. Das Kind sucht meistens von sich aus (körperlich oder sprachlich) Kontakt zu Personen seiner Umgebung ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**fast nie** **sehr häufig**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**22. Versuche anderer Personen, Beziehungen zu dem Kind aufzunehmen, werden von dem Kind in der Regel ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**vollständig abgelehnt** **vollständig akzeptiert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**23. Zur Zeit ist das Kind im Kontakt mit mir anschmiegsam**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**24. Zur Zeit ist das Kind im Kontakt mit mir zurückgezogen**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**25. Zur Zeit ist das Kind im Kontakt mit mir gleichgültig, uninteressiert**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**Bitte wenden →**

**Forschungsprojekt zur Evaluation der THERAPLAY®-Behandlung von Kindern**

**26. Wenn seine geäußerten Wünsche nicht erfüllt werden und sein Wille nicht berücksichtigt wird, dann macht das dem Kind ...**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**sehr viel aus** **gar nichts aus**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**27. Das Kind wirkt meistens unsicher, scheu.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**28. Das Kind handelt munter darauf los.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**29. Im Alltag möchte das Kind von sich aus die Initiative übernehmen und eigenständig handeln.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

**30. Das Kind zeigt häufiger Mut und Risikobereitschaft**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher* 1.....2.....3.....4.....5.....6 *sehr sicher* .

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]







Vergleichen Sie mal bitte mit dem Zeitpunkt unserer letzten Befragung:  
**Was trifft jetzt zu?**

**10. Mein Kind ist mutiger geworden .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**11. Die Selbstsicherheit meines Kindes hat sich .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**verschlechtert** **ist gleich geblieben** **hat sich verbessert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**12. Das Vertrauen meines Kindes in andere Personen (die Bereitschaft, sich führen zu lassen) hat sich .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**verschlechtert** **ist gleich geblieben** **hat sich verbessert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**13. Die Zuversicht meines Kindes hat sich .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**verschlechtert** **ist gleich geblieben** **hat sich verbessert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**14. Der Umgang meines Kindes mit den eigenen Gefühlen hat sich .....**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**verschlechtert** **ist gleich geblieben** **hat sich verbessert**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nun möchten wir noch gerne von Ihnen wissen, ob sich vielleicht durch die Therapie Ihres Kindes auch bei Ihnen etwas verändert hat.**

**15. Im Vergleich zur letzten Befragung fühle ich eine merkliche Entlastung; der auf mir lastende Druck wird weniger.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**16. Für mich bedeutet die Therapie meines Kindes ein Stärkung und Stützung.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**17. Durch die Therapie ist es möglich geworden, daß ich mit meinem Kind besser umgehen kann.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**18. Die Bindung von mir zu meinem Kind ist durch die Therapie besser geworden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**19. Durch die Therapie meines Kindes hat meine Sicherheit als Elternteil zugenommen.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
stimmt überhaupt nicht stimmt vollkommen

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**Nun möchten wir noch gerne von Ihnen wissen, ob sich vielleicht durch die Therapie Ihres Kindes auch bei Ihnen etwas verändert hat.**

**20. Ich habe das Gefühl, von der Therapeutin akzeptiert zu werden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**21. Seit der Therapie kann ich, auch in schwierigen Zeiten, entspannter mit meinem Kind umgehen.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**22. Ich glaube, daß die Therapie meines Kindes mir *und* meinem Kind hilft.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]

**23. Die Bindung von *mir* zu meinem Kind ist durch die Therapie schlechter geworden.**

1.....2.....3.....4.....5.....6  
**stimmt überhaupt nicht** **stimmt vollkommen**

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
*gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher*

Keine Beurteilung möglich  weil: ..... [k.A.]







## Anamnesefragebogen

FB 1 Teil 2

### Hör-, Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen des Kindes

(Nur beim Aufnahmebefund erheben)

#### 13. Warum sind die Eltern mit dem Kind zu Ihnen gekommen?

Es besteht Verdacht auf ... (Bitte ankreuzen)

- |                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| [1] Hörstörung    | [3] Spracherwerbsstörung <sup>5</sup> bzw.<br>Sprachentwicklungsverzögerung | [5] Interaktionsstörung <sup>6</sup><br>z.B. Mutismus |
| [2] Sprechstörung | [4] tiefgreifende Entwicklungsstörung <sup>7</sup>                          | [6] Verhaltensstörung <sup>8</sup>                    |
- Die Eltern wollen ....
- [7] andere psychische Störung: .....
- [8] eine *unbekannte* Störung abklären, d.h. wollen wissen, was das Kind hat?
- [9] weiß nicht, keine Angabe

#### 14. Wie sehr sind die Eltern wegen der Auffälligkeit des Kindes beunruhigt?

(Bitte in der Skala Ihren subjektiv erlebten Grad der Beunruhigung der Eltern ankreuzen: 1=kaum, 6=sehr beunruhigt)

kaum beunruhigt 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr beunruhigt

#### 15. Welche Verhaltensweisen oder Störungen beunruhigen die Eltern besonders?

(Beschreiben Sie bitte, worüber die Eltern/die Bezugsperson hinsichtlich des Kindes besonders beunruhigt ist.)

.....[.....]  
Code

#### 16. Welche Diagnose (Bezeichnung der Störung) wurde bisher gestellt?

.....[.....]  
Code

#### 17. Glauben Sie (Therapeutin), dass diese Diagnosen zutreffend sind?

- [1] ja                      [2] nein                      [3] zum Teil zutreffend                      [9] weiß nicht, k. A.

#### 18. Welche therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?

(auch abgeschlossene Maßnahmen mit angeben, Mehrfachnennungen sind möglich)

- |                        |                   |                            |
|------------------------|-------------------|----------------------------|
| [1] Frühförderung      | [4] Heilpädagogik | [7] Krankengymnastik       |
| [2] Sonderkindergarten | [5] Logopädie     | [8] Motopädie              |
| [3] Kindergärten       | [6] Ergotherapie  | [9] Andere, und zwar ..... |
- .....[.....]  
Code

#### 19. Außergewöhnliche Ereignisse,

denen das Kind im letzten Jahr vor Beginn der Theraplay-Behandlung oder früher ausgesetzt war:

.....[.....]  
Code

- 2 -

<sup>5</sup> z.B. allgemeine Sprachentwicklungsstörung, spezifische Sprachentwicklungsstörung, Sprachverständnisstörung

<sup>6</sup> z.B. Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, AD/HD-Syndrom, Mutismus, Sturheit, „will nicht“-Kind

<sup>7</sup> z.B. Autismus

<sup>8</sup> z.B. Aggressivität, sozial störendes Verhalten, Scheu/Gehemmtheit, sonstige psychische Störungen



# THERAPLAY INSTITUT

Modif. Auszug aus der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche Teil 3 des Klinikums der Universität Heidelberg, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Psychopathologischer Aufnahmebefund und Endbefund

© Arbeitsgruppe Psychopathologischer Befund, Köln, 1991, für den Inhalt

klassifiziert nach ICD-10: F 90.x / F 92.x /...../..... nach DSM-IV: 314.0x/ - /...../.....	Glossar	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
<b>03 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle</b>		① ②	① ②
03 01 Antriebsarmut / verminderte körperliche Aktivität	S. 26+45	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
03 02 Antriebssteigerung / gesteigerte körperliche Aktivität / Unruhe	S. 26	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
03 03 Impulsivität / mangelnde Impulskontrolle	S. 27	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
03 04 Aufmerksamkeitsstörungen (unaufmerksam / ablenkbar)	S. 28	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②

klassifiziert nach ICD-10: F 81.x / F 82.x / F 95.x /..... nach DSM-IV: 315.x / 315.x / 307.2x /.....	Glossar	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
<b>04 Störungen der Psychomotorik</b>		① ②	① ②
04 01 Störungen der Motorik / motorische Tics / verbale Tics	S. 24+29	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
04 02 Spielstörungen	S. 25	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
04 03 Störungen schulischer Fertigkeiten	S. 25	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
04 05 andere Störungen der Psychomotorik/abnorme Gewohnheiten:	S. 31	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②

klassifiziert nach ICD-10: F 80.x / F 94.0x / F 98.5 /..... nach DSM-IV: 315-3x / 313.23 / 307.9x /.....	Glossar	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
<b>05 Kommunikationsstörungen des Sprechens und der Sprache</b>		① ②	① ②
05 01 Artikulationsstörung	S. 22	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
05 02 expressive Sprachstörung (Syntax-, Grammatikerwerbstörung)	S. 22	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
05 03 rezepive Sprachstörung (Sprachverständnisstörung)	S. 23	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
05 04 Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern, Poltern)	S. 24	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
05 05 Mutismus (absichtliche oder psychische Sprechverweigerung)	S. 14	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
05 06 Logorrhoe (krankhafte Geschwätzigkeit)	S. 45	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
05 07 andere qualit. Störungen der Kommunikation/Intelligenzmindg.	S. 21	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②

klassifiziert nach ICD-10: F 93.x /...../..... nach DSM-IV: 309.2x /...../.....	Glossar	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
<b>06 Angststörungen</b>		① ②	① ②
06 01 soziale Angst	S. 33	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
06 02 Trennungsangst	S. 31	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
06 03 Leistungsangst	S. 33	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
06 04 Agoraphobie	S. 34	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
06 05 andere spezifisch umschriebene Phobien:.....	S. 32	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
06 06 Panikattacken	S. 35	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
06 07 generalisierte Angst	S. 36	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②

klassifiziert nach ICD-10: F 92.x / F 93.x /..... nach DSM-IV: - / 309.2x /.....	Glossar	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
<b>07 Störungen von Stimmung und Affekt</b>		① ②	① ②
07 01 klagsam		④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 02 reizbar / dysphorisch (bedrückt, freudlos)	S. 39	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 03 depressiv / traurig verstimmt	S. 38	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 04 mangelndes Selbstvertrauen / Insuffizienzgefühle	S. 40	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 05 Schuldgefühle / Selbstvorwürfe	S. 41	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 06 affektarm	S. 42	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 07 affektlabil	S. 43	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 08 ambivalent		④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 09 inadäquat		④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 10 innere Unruhe / getrieben	S. 43	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 11 gesteigertes Selbstwertgefühl	S. 44	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 12 euphorisch (heitere Gemütsverfassung, hochgestimmt)	S. 44	④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②
07 13 andere Störungen von Stimmung und Affekte:.....		④ ③ ② ① ②	④ ③ ② ① ②

# THERAPLAY INSTITUT

Forschungsprojekt TP 04: Basisdokumentation der mit Theraplay behandelten Patient/innen<sup>1</sup>

## Patient/innen-Kennzeichnung des Kindes

unbedingt auf jedem Blatt erneut eintragen

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
laufend. Nr. des Fragebogens Initialen d. Therapieform<sup>2</sup> Erhebungsdatum Geburtsdatum des Kindes Land<sup>3</sup> Nr. [ ]  
wird vom Institut eingetragen Patient/in 1=ETP;2=GTP TT/MM/JJ TT/MM/JJ Kennzeichnung  
der Therapeutin<sup>4</sup>

## Schlussbericht

FB 3

Ich bitte Sie, abschließend den Erfolg der THERAPLAY®-Therapie Ihres Kindes einzuschätzen.  
Bitte kreuzen Sie unabhängig und unbeeinflusst den Grad des von Ihnen erlebten Therapieerfolgs an.

1 = die Therapie war gar nicht erfolgreich, 6= die Therapie war sehr erfolgreich,  
mit den Ziffern 2 - 5 können Sie den Therapieerfolg Ihres Kindes zwischen den Extremen schätzen.  
Bitte kreuzen Sie darunter noch an, wie sicher Sie sich bei der Einschätzung des Therapieerfolgs sind.

### Therapieerfolg aus Sicht der Mutter

Meiner Meinung nach war die Therapie mit THERAPLAY® bei meinem Kind .....

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht erfolgreich sehr erfolgreich

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:

gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

### Therapieerfolg aus Sicht des Vaters

Meiner Meinung nach war die Therapie mit THERAPLAY® bei meinem Kind .....

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht erfolgreich sehr erfolgreich

Bei dieser Einschätzung bin ich mir:

gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

<sup>1</sup> Für jedes Kind, das von Ihnen mit Theraplay behandelt wird,

sollten bei Therapiebeginn Sozio-Demographie, Anamnese und der Psychopathologische Aufnahmebefund sowie bei Therapieende der Psychopathologische Abschlussbefund und ein Schlussbericht ausgefüllt werden.

<sup>2</sup> Angabe über die Therapieform: [1] ETP=Theraplay in Einzeltherapie; [2] GTP=Theraplay in Gruppentherapie

<sup>3</sup> Kennzeichnung der Landes, in dem dieses Kind therapiert wurde: 1=Deutschland, 2=Österreich, 3= Schweiz

<sup>4</sup> Vom Theraplay Institut der Therapeutin mitgeteilte dreistellige Nummer (i.d.R. identisch mit Nr. der Lizenz)

© FB3/2003Theraplay Institut

Ulrike Franke und Herbert Wettig GmbH & Co. Kommanditgesellschaft

D-71229 Leonberg · Obere Burghalde 42 · Eingetragen im Handelsregister Amtsgericht Leonberg HRA 4105

Telefon (07152) 27061 · Telefax (07152) 22602 · e-mail: Herbert.Wettig@T-online.de

# THERAPLAY INSTITUT

## Therapieerfolg aus Sicht der Therapeutin

Meiner Meinung nach war die Therapie mit THERAPLAY® bei diesem Kind .....

1.....2.....3.....4.....5.....6  
gar nicht erfolgreich sehr erfolgreich

*Bei dieser Einschätzung bin ich mir:*  
gar nicht sicher 1.....2.....3.....4.....5.....6 sehr sicher

Keine Beurteilung möglich:  weil: .....[k.A.]

## Therapiedauer

1. Anzahl der Therapiesitzungen [\_\_\_\_\_] mit einer durchschnittlichen Dauer von [\_\_\_\_\_] Min./Sitzung  
2. Therapiedauer in Wochen [\_\_\_\_\_] Datum Therapiebeginn [.../.../....] bis Therapieende [.../.../....]  
(Datum aus Aufnahme- bzw. Abschlussbefund übernehmen)

Danke für Ihre Mitarbeit.

Bitte, senden Sie den kompletten Datensatz (4 Blätter) zur anonymen Auswertung an  
Theraplay Institut GmbH & Co. KG, D-71229 Leonberg, Obere Burghalde 42

© FB3/2003Theraplay Institut

**Ulrike Franke und Herbert Wettig GmbH & Co. Kommanditgesellschaft**

D-71229 Leonberg · Obere Burghalde 42 · Eingetragen im Handelsregister Amtsgericht Leonberg HRA 4105  
Telefon (07152) 27061 · Telefax (07152) 22602 · e-mail: Herbert.Wettig@T-online.de

## LEBENS LAUF

### Personendaten

Herbert H.G. Wettig, Diplompsychologe  
geboren 10. Mai 1934 in Göttingen  
D-71229 Leonberg, Obere Burghalde 42,  
Telefon 07152-27061, Fax 07152-22602  
eMail [herbert.wettig@t.online.de](mailto:herbert.wettig@t.online.de) [herbert.wettig@alumni.uni-heidelberg.de](mailto:herbert.wettig@alumni.uni-heidelberg.de)  
[www.theraplay-therapieforschung.de](http://www.theraplay-therapieforschung.de) [www.theraplay-research.de](http://www.theraplay-research.de)

### Schulbildung

1939 – 1951 Mittelschule (mit kriegsbedingten Unterbrechungen), Mittlere Reife  
1951 – 1952 Einjährige Höhere Handelsschule mit Abschluss  
1994 – 1996 Kolleg des Stifts-Gymnasiums, Sindelfingen, Oberstufe bis 12. Klasse  
Juli 1996 Abitur, Zeugnis der Eignungsprüfung des Oberschulamts Stuttgart  
für den Zugang qualifizierter Berufstätiger zu den Hochschulen

### Berufsausbildung

1952 - 1954 Lehre als Industriekaufmann in dem Pharmaunternehmen  
Penicillin-Gesellschaft Dauelsberg & Co., Göttingen, Abschluss: IHK

### Berufstätigkeit als Angestellter

1954 – 1955 Abteilungsleitung Penicillin-Gesellschaft Dauelsberg & Co., Göttingen  
1955 – 1956 Assistent des Presseleiters der Panorama Film GmbH, Göttingen  
1957 – 1962 Geschäftsführer der Werbeagentur Constantin Witzgall, Stuttgart

### Berufstätigkeit als Selbständiger

1963 Gründung der Firma Herbert Wettig & Co. KG, Stuttgart  
Firmenzweck: Entwicklung apparativer psychologischer Testverfahren,  
u.a. Verfahren zur Beobachtung des Lese- und Fernsehverhaltens  
(Deutsches Patent Nr. 19 39 213.3 vom 1.8.1969).  
1964 – 1992 Gründung und Geschäftsführung  
Compagnon Marktforschungs-Institut GmbH, Stuttgart,  
Institut für psychologische Marketing- und Werbeforschung  
1993 Übergabe des Unternehmens an Mitarbeiter der jüngeren Generation  
1993 Gründung der Herbert Wettig GmbH Forschungsgesellschaft, Leonberg  
1997 Gründung des Theraplay Instituts GmbH & Co Forschungsgesellschaft

### Nebenberufliche Lehrtätigkeit

1973 – 1983 Seminare der ESOMAR European Society for Opinion- and Marketing  
Research u.a. in Budapest, Brügge, London, Monte Carlo, Milano  
1980 – 1992 Lehrveranstaltungen/Seminare für Markt- und Marketingforschung  
a) FHW Pforzheim, FH Kempten, FH Kommunikationsdesign, Stuttgart  
b) Seminare an den Universitäten Aachen, Siegen, Wien  
c) Lehr- und Forschungszentrum für Marktforschung, Univers. Stuttgart

---



### **Studium**

Sept. 1996	Immatrikulation Universität Heidelberg, Studiengang Psychologie
April 1999	Diplom-Vorprüfung in Psychologie
1999 – 2001	Praktikum Diagnostik und Gesprächsführung Klinischen Psychologie Praktikum Situationsanalyse, Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik Praktikum Entwicklungspsychopathologie, Psychopharmaka Praktikum Dissoziation und Trauma der Kinder- und Jugendpsychiatrie
2001	Klausur und Abschlussprüfung in Kinder- und Jugendpsychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg
2002	Diplomarbeit „Veränderung der Einstellung von Eltern zu ihren verhaltensauffälligen Kindern nach Behandlung mit Theraplay“
Februar 2003	Abschluss des Studiums als Diplompsychologe

### **Fort- und Weiterbildungen**

1996	Kurse in Gruppentheraplay
1997	Kurse in Theraplay für verhaltensauffällige Kinder
1998 – 2003	International Conferences Association for Play Therapy, Fresno, USA
2003 – 2005	Ausbildung als Mediator und Wirtschaftsmediator IMS/NCRC National Conflict Resolution Center, San Diego, USA
2003 – 2007	International Theraplay Conferences, Chicago, USA

### **Forschungstätigkeit:**

1963 – 1992	Psychologische Marketing- und Kommunikationsforschung Leitung Compagnon Marktforschungs-Institut GmbH, Stuttgart,
1997	Deutsche Version des Parent-Child Relationship Inventory (PCR)
1998 – 2006	Therapieerfolgskontrolle: Kontrollierte Längsschnittstudie 1998-2006 zur Evaluation der Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit klinisch bedeutsamen Verhaltens- und Sprachentwicklungsstörungen Stichproben: zwei Therapiegruppen und drei Kontrollgruppen, je $N=30$
2000 – 2004	Qualitätssicherung der Theraplay Therapeut/innen in neun therapeutischen Institutionen in Deutschland und Österreich Prä-Post-Erhebungen, Stichprobe $N=205$ verhaltensauffällige Kinder
2000 – 2006	Therapieerfolgskontrolle zur Replikation der Längsschnittstudie in neun therapeutischen Institutionen in Deutschland und Österreich zur Evaluation der Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit klinisch bedeutsamen Verhaltens- und Sprachentwicklungsstörungen, Multi-Center Studie, Prä-Post-Untersuchungsansatz, Nettostichproben $N=333$ zur Qualitätssicherung der mit Theraplay behandelten Kinder.

### **Ehrenamtliche Tätigkeiten an der Universität Heidelberg**

1998 – 1999	Konzept und Mitbegründung der „Alumni Psychologici“, Sektion Psychologie im Verein der Freunde der Universität Heidelberg
seit 1999	Stellvertreter des Vorsitzenden Prof. Dr. Joachim Funke der Alumni Psychologici, Sektion Psychologie der Gesellschaft der Freunde der Universität Heidelberg

---

## PUBLIKATIONEN

### Buchbeiträge

- 2004 Wettig, H.H.G. & Franke, U. (2005). Die Wirkung von Theraplay bei Rezeptiven Sprachstörungen. Zwei Studien zur Evaluation der Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit Sprachentwicklungsstörungen und oppositionell verweigerndem oder scheuem Interaktionsverhalten bzw. mangelnder sozialer Gegenseitigkeit. In: Peter Arnoldy und Birgit Traub (Hrsg.) (2005). *Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln*, 2005, 391-408. Karlsruhe: von Loeper Verlag.
- 2006 Wettig, H.H.G., Franke, U., and Fjordbak, B.S. (2006). Evaluating the Effectiveness of Theraplay, In: Charles E. Schaefer & Heidi Gerard Kaduson (Eds.) (2006). *Contemporary Play Therapy. Theory, Research, and Practice*, Part II. Research, 103-135. New York: The Guilford Press.

### Fachzeitschriftenbeiträge

- 1967 – 1991 Wettig, H.H.G. Veröffentlichungen sowie Beiträge in Nachschlagewerken zu Methoden in der Marketing- und Kommunikationsforschung u.a. in ‚Marketing Journal‘, ‚Interview und Analyse‘, ‚w&v‘, und in Dieter Pflaum & Ferdinand Bäuerle (1991). *Lexikon der Werbung*, 4. überarbeitete Auflage. Landsberg a. L.: Verlag Moderne Industrie.
- 1999 Wettig, H.H.G. (1999). Wir wollen wissen, wie es wirkt. Bericht über das Forschungsprojekt zur Evaluation der Wirkweise von Theraplay. *Schwierige Kinder. Journal*, 17, 1999, 4-11.
- 2000 Wettig, H.H.G. (2000). Teure schwierige Kinder. Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter. *Schwierige Kinder. Journal*, 22, 2000, 16-20.
- 2003 Wettig, H.H.G. (2003). Scheue Kinder – mutige Kinder. Veränderung scheuer Kinder durch Theraplay. *Schwierige Kinder. Journal*, 31, 2003, 8-14.
- Wettig, H.H.G. & Franke, U. (2003). Theraplay and the Theraplay Research in Germany. *The Theraplay Institute Newsletter*, Fall/Winter 2003, 7-8.
- 2004 Wettig, H.H.G. (2004a). Wunder der Entwicklung des frühkindlichen Gehirns. Allan N. Schores vier Grundsätze des sich entwickelnden Gehirns. *Schwierige Kinder. Journal*, 33, 2004, 7-11.
- Wettig, H.H.G. (2004b). Aggressive Kinder – scheinbar nicht zu bremsen. Die Wirkung von Theraplay auf aggressive, oppositionell verweigernde Jungen und Mädchen. *Schwierige Kinder. Journal*, 34, 2004, 15-24
- Wettig, H.H.G., Franke, U. & Brand, H. (2004). Evaluation der Wirkung von Theraplay – am Beispiel der sozialen Interaktionsstörungen von Klein- und Vorschulkindern. *Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen*, Band XXX, 3, 133-147.
-

Wettig, H.H.G., Franke, U. & O'Connor, K. (2004). Evaluating the Effectiveness of Theraplay in Treating Shy, Socially Withdrawn Children. A case example and results of a longitudinal and a multi-center study in Germany. *Journal of Psychology: Research & Practice*, in review. Washington: American Psychological Association (APA).

### Tagungsbeiträge

- 2001 Wettig, H.H.G. & Franke, U. (2001). Nachweis der Wirkung von Theraplay. Evaluationsforschung mit spracherwerbsgestörten, verhaltensauffälligen Kindern. *Jahreskongress des Deutschen Berufsverbands für Logopädie Juni 2001 in Kassel*.
- 2002 Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2002). Ko-Morbidität von Sprach- bzw. Sprechstörungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und deren Veränderung nach Theraplay. Eine Feldstudie mit anfallender Patienten-Stichprobe und Erhebungswiederholung. *31. Interdisziplinärer Zentralkongress für Fachberufe im Gesundheitswesen der Bundesärztekammer, 19.10.2002 in Augsburg*.
- 2003 Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2003). Evaluation der Wirkung von Theraplay im Rahmen der Qualitätssicherung der Therapie. *Pädagogische Tage des Sprach-Hörzentrums Wilhelmsdorf der Zieglerschen Anstalten, 4.-5.4.2003 in Obermarchtal*.  
Koinzidenz von Sprach-/Sprechstörungen und Verhaltensstörungen und deren therapiebedingte Veränderung nach Behandlung mit Theraplay. *73. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS), 2.-4.5.2003 in Basel*.
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2003). Evaluation of the Effectiveness of Theraplay. Symptom Changes in Children with Communication and Behavior Disorders and Attitude Changes of their Parents after Theraplay. *First International Theraplay Conference Linking Theraplay Practice and Attachment Research, June 26-27, 2003 in Chicago, USA*.
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2003). Evaluation of the Effectiveness of Theraplay. Symptom Changes in Children with Communication and Behavior Disorders and Attitude Changes of their Parents after Theraplay. *20<sup>th</sup> Annual Association for Play Therapy International Conference, October 7-11, 2003 in Norfolk, Virginia, USA*.
- Wettig, H.H.G. (2003). Evaluation of the Effectiveness of Theraplay. Symptom Changes in Children with Communication and Behavioral Disorders and in Parent's Attitudes after Theraplay. *Family Futures Consortium, November, 24-28, 2003 in London*.
- 2004 Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2004). Die Wirkung von Theraplay bei autistischem Interaktionsverhalten von Klein- und Vorschulkindern. *Hilfe für das autistische Kind, 18.3.2004 in Heidelberg*.
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2004). Wirkung und Wirtschaftlichkeit von Theraplay bei autistischem Interaktionsverhalten von Klein- und Vorschulkindern. *15. Heilpädagogischer Kongress „Lob dem Fehler? – Störung als Chance!“ der Heilpädagogischen Gesellschaft Niederösterreich (HGNÖ), 20.-22.5.2004 in Waidhofen a. d. Ybbs, Österreich*
-

- Wettig, H.H.G. (2004). Die Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit Unaufmerksamkeit, gesteigerter Unruhe und Impulsivität. *Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) 6.7.2004 in Ludwigsburg.*
- Wettig, H.H.G. (2004). Die Wirkung von Theraplay auf Aufmerksamkeitsstörungen. *Berufsverband der Heilpädagog/innen, RV Rems-Murr 21.10.2004 in Winnenden.*
- Wettig, H.H.G. (2004). Die Wirkung von Theraplay bei Aufmerksamkeitsstörungen – am Beispiel von Klein- und Vorschulkindern, die in der Therapie durch oppositionell verweigerndes oder scheues Interaktionsverhalten oder autistoide, mangelnde soziale Gegenseitigkeit schwierig zu behandeln sind. *Bericht über die Fachtagung des Schweizerischen Bundes der Therapeutinnen Cerebraler Bewegungstörungen am 30.10.2004 in Aarau, Schweiz. Bulletin Nr. 46 Mitteilungsblatt SBT/CB/ASTIMC, 46, 2005, 30-40*
- Wettig, H.H.G. & Franke, U. (2005). Die Wirkung von Theraplay bei Rezeptiven Sprachstörungen. Zwei Studien zur Evaluation der Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit Sprachentwicklungsstörungen und oppositionell verweigerndem oder scheuem Interaktionsverhalten bzw. mangelnder sozialer Gegenseitigkeit. *Bericht über den XXVI. Kongress Werkstatt Sprachheilpädagogik, Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), 29.9.-2.10.2004 in Heidelberg.*
- Wettig, H.H.G. (2004). Evaluating the Effectiveness of Theraplay. *Play Time Play Therapy Services, November 22-26, 2004, Northhampton, U.K.*
- 2005 Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). Evaluation der Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen. Zwei empirische Studien zur Wirkung von Theraplay auf Klein- und Vorschulkinder mit multibler Diagnose von Sprachverständnisstörungen und oppositionell verweigerndem oder scheuem Interaktionsverhalten oder autistoidem Mangel an sozialer Gegenseitigkeit. *Tagung des Deutschen Bundesverbandes linguistischer Sprachwissenschaftler (DBKS) am 5.2.2005 in Weimar.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). Die Wirkung von Theraplay. Indikationen und Kontra-Indikationen. Gütekriterien als Hinweise auf die Güte und Qualität der Therapieform Theraplay. *Stuttgarter Therapietage 2005 „Verhaltenstherapie – Weg zur Lebensfreude“ 10.-12.6.2005 in Stuttgart. Stuttgart: Gerhard-Alber-Stiftung.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). M-MIM The Heidelberg Marschak Interaction Method to assess the mother-child interactive behavior. Validity – effect size – sensitivity – retest reliability. *2<sup>nd</sup> International Theraplay Conference, June 23-24, 2005 in Chicago, Illinois, USA.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). Die Wirkung von Theraplay. Indikation und Kontraindikation, Gütekriterien als Qualitätshinweise f. Theraplay. *Fortbildung der Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie, Kinderzentrum Maulbronn, Juli 2005 in Maulbronn.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). Die Wirkung von Theraplay auf kleine Kinder mit Sprachverständnisstörungen. *Tagung der dbs Deutscher Bundesverband akad. Sprachwissenschaftler, 16-17.9.2005 in Dresden.*
-

- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). The Effectiveness of Theraplay on Young Children Experiencing Receptive Language Disorders. *22<sup>nd</sup> Annual Association for Play Therapy International Conference, Oct. 4-8, 2005, in Nashville, Tennessee, USA.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). Theraplay – eine interaktive Kurzzeit-Spieltherapie mit therapie-resistenten Kindern. *Arbeitskreis Frühförderung, 17.10.2005 in Wiesloch.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2005). Eine körpernahe, interaktive Kurzzeit-Spieltherapie für therapie-resistente Kinder. *2. Passauer Symposium Kinder- und Jugendpsychiatrie, 25.10.2005 in Passau.*
- Wettig, H.H.G. & Brand, H. (2005). Kurzzeit-Spieltherapie zur Beziehungsanbahnung mit therapie-resistenten Kindern. *Deutscher Psychologentag 2005. "Jung sein – alt werden im 21. Jahrhundert". Kongress für angewandte Psychologie, 10.-12.11.2005 in Potsdam.* Berlin: DPA.
- Wettig H.H.G., Franke, U. & Briegel, W. (2005). Gütekriterien einer Therapieform: Theraplay. *Bericht über den XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 16.-19.3.2005 in Heidelberg.* In: Franz Resch (Hg.) (2005). *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung.* Die Abstracts, 343. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- 2006 Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2006). The Effectiveness of Theraplay on Receptive Language Disorders. *6<sup>th</sup> European Congress CPLOL, 13-14 September, 2006 in Berlin.*
- Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2006) Die Wirkung von Theraplay auf rezeptive Sprachstörungen. *Jahrestagung des dbl Deutscher Bundesverband für Logopädie, 14.-16.9.2006 in Berlin.*
- Wettig, H.H.G. & Franke, U. (2006). Die Wirkung von Theraplay auf unkooperative Klein- und Vorschulkinder, die schwierig zu behandeln sind. *Stuttgarter Therapietage 2006, 30.9.2006 in Stuttgart.* Stuttgart: Gerhard-Alber-Stiftung.
- 2007 Franke, U. & Wettig, H.H.G. (2007). Theraplay Therapeutic Treatment Process An analysis of the therapeutic treatment process using Theraplay with two groups of preschool children: oppositional defiant & shy withdrawn Research results of a German controlled longitudinal study 1998-2006. *3<sup>rd</sup> International Theraplay Conference, June 10-12, Chicago, Ill., USA.*
-