

Interaktionsresonanz in der Personzentrierten Spielspsychotherapie – Eine Ratingskala

Dorothea Hüsson

Michael Behr

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Die Personzentrierte Spielspsychotherapie kennt heute neben dem klassischen, fazilitativen Vorgehen nach Axline auch interaktionelle Prinzipien in der Beziehungsgestaltung: Spielhandlungen des Kindes werden nicht nur empathisch kommentiert, die Therapeutenperson spielt auch mit und bleibt dabei nicht-direktiv, indem sie ihr Spiel genau auf das Spiel des Kindes abstimmt. Dieses Vorgehen heißt Interaktionsresonanz (IR). Eine neue 7-stufige Ratingskala bildet dieses Interaktionsgeschehen ab. Neben Stufenbeschreibungen konkretisieren 6 Ankerbeispiele IR in den wichtigsten Spielmodi: Rollen-, Konstruktions-, Regel-, Kampfspiel und sprachliche Interaktion. Anhand von 7 Therapieausschnitten einer Lehr-DVD zur Spieltherapie wurde die Inter-Rater-Reliabilität und die Praktikabilität der Skala geprüft. Die Reliabilität war mit einem Median von Pearson's $r = .81$ und einzelnen Raterübereinstimmungen von $.73$ bis 1.00 genügend hoch. Die Skala wurde von den Ratern als sehr praktikabel angesehen. Sie kann in der klientenzentrierten Psychotherapie, in der Ausbildung und Forschung nützlich sein.

Schlüsselwörter: klientenzentrierte Psychotherapie, personzentrierte Spieltherapie, Interaktion, Interaktionsresonanz, Axline, Beziehung, Rating-Skala, Test.

Interactive Resonance in Person-centered Playtherapy — A Rating Scale. Person-centered playtherapy today is practised both in a classical facilitative way following Axline and in an interactive way. The child's play does not only receive empathic comments, the therapist engages as well in joining the play, stays non-directive in this while attuning his behavior exactly to the child. This method is named Interactive Resonance (IR). A new 7-level rating scale captures this interaction. Wordings of each level as well as 6 anchor examples for each of the most important play modalities make IR concrete: role play, construction play, board games, fighting games and verbal interaction. The scales' inter rater reliability and the practicability was assessed with 7 videotaped therapy segments from an instructional dvd. Reliability was sufficient high with a median of Pearson's $r = .81$ and single rater agreement scores from $r = .73$ to 1.00 . The raters judged the scale to be practically usable. It can be useful in Client Centered Therapy in training and research.

Keywords: Client Centered Therapy, person-centered playtherapy, interaction, Interactive Resonance, Axline, relationship, rating scale, test.

In der Personzentrierten Spielspsychotherapie kann das Kind sein Erleben auf der Spielebene symbolisch ausdrücken. Das Kind kann im Spiel Erfahrungen darstellen, die es aufgrund mangelnder empathischer Wertschätzung durch die Bezugspersonen bisher nicht wahrnehmen konnte. Mit therapeutischer Unterstützung ordnet das Kind seine Gedanken, Gefühle

und Motive und lernt, Aspekte der eigenen Persönlichkeit, d. h. seine organismischen Erfahrungen in sein Selbstbild zu integrieren (Behr, 2009; 2012, S. 13–22). Es lernt, immer mehr eigene Entscheidungen zu treffen, zunehmend mehr Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und kongruenter zu werden.

Dorothea Hüsson, Dipl. Sozialpädagogin, Akademische Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd und freiberuflich tätig als Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin und Personzentrierte Beraterin. Ausbilderin am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung (IGB) und der Gesellschaft für personzentrierte Gesprächspsychotherapie und Beratung (GwG). Kontakt: dorothea.huesson@ph-gmuend.de

Prof. Dr. Michael Behr ist seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder/ Supervisor. Professor für Pädagogisches Psychologie und Beratung an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch

Gmünd. Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Strathclyde University Glasgow, Freiburg und Stuttgart, Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich, Belgien. Kontakt: michael.behr@ph-gmuend.de

Wir danken dem Rater-Team Carolin Bauer, Verena Dambacher, Timnit Gebrehiwot, Jessica Grund, Laura Herderich, Jannika Hoppe und Andreas Müller für ihre engagierte und kompetente Arbeit. Gleichfalls danken wir 3 anonymen Gutachtern für ihre hilfreichen Kommentare zu einer früheren Version dieses Papiers. Personenbezeichnungen sind Gattungsbezeichnungen.

Damit die Symbolisierungsprozesse stattfinden, benötigt das Kind einen angstfreien Raum, in dem es seine Gefühle, Gedanken und Empfindungen ohne Bewertung und Ablehnung ausdrücken kann. Nach Axline (1993, S. 15) braucht das Kind eine Umgebung, in der es die Freiheit hat, „es selbst zu sein und das Gefühl des Angenommenseins von sich selbst und von anderen.“ Dieses Erleben wird durch ein Beziehungsangebot besonderer Qualität von Seiten der Therapeutenperson ermöglicht: Das Kind erlebt eine wertschätzende, authentische und emphatische Therapeutenperson und kann dadurch Inkongruenzen aufspüren, eigene Erfahrungen korrigieren und ein kongruentes Selbst entwickeln (Weinberger, 2015, S. 6–17).

Fazilitatives Vorgehen

Axline (1993/1947) hat in Anlehnung an Rogers' Interventions- theorie acht Grundprinzipien für die nicht-direktive Begegnung mit dem Kind formuliert. Sie stellt in den Vordergrund die vollständige Annahme des Kindes, das Herstellen eines Klimas des Gewährenlassens, die Achtung vor dem Kind, die Bedeutung der Beziehungsgestaltung, das Erkennen und Reflektieren von Gefühlen, die Notwendigkeit des Nichtbeschleunigens von Prozessen und die Bedeutung von Begrenzung.

Auf der Basis der Wertschätzung und Empathie wird das Kind von der Therapeutenperson bedingungs- und manipulationsfrei begleitet. Im klassischen nicht-direktiven Angebot sitzt die Therapeutenperson auf einem Stuhl in der Nähe des spielenden Kindes. Sie spielt in aller Regel nicht mit. Das Kind zirkuliert im Spielzimmer und wählt selbstbestimmt seine eigenen Spielthemen. Die Therapeutenperson achtet auf die Mimik und Gestik des Kindes wie auf dessen sprachliche Äußerungen. Sie spürt dem Erleben des Kindes nach und meldet dieses Erleben wertschätzend, ermutigend und unterstützend in Worten zurück. Sie fordert damit das Kind heraus, sich selber stärker wahrzunehmen und auszudrücken. Aus diesem Klima heraus ermöglicht das therapeutische Angebot Selbstexploration: das Kind wird innerer Erfahrungswelten gewahr und baut Inkongruenzen ab. (Landreth, 2001; 2002; Behr, 2012, S. 82–93)

Rogers (1951) formulierte für sein non-direktives Beziehungsangebot den Begriff „facilitative“. Er grenzt mit dem Begriff die Aufgabe der Therapeutenperson vom Belehren, Bevormunden, Hinführen und Fürsorglichsein ab und versteht ein fazilitatives Vorgehen im Sinne von Begleiten, Ermöglichen und Unterstützen. Mit dem fazilitativen Vorgehen wird eine Basis des Vertrauens geschaffen, die ein Gefühl des Gehaltenwerdens entstehen lässt und dadurch eine angstfreie Begegnung mit sich selbst ermöglicht. In der Kinder- und Jugendpsychotherapie wird im fazilitativen Modus eine Beziehung angeboten, die im Spielraum eine Atmosphäre des Wachsens schafft. Im

fazilitativen Modus tritt die Therapeutenperson nicht als reales Gegenüber auf, bringt nichts von sich selber ein und bleibt als Person im Hintergrund. Sie orientiert ihr eigenes Handeln an der Selbst-Erfahrung des Kindes und versteht sich eher im Sinne vom „Alter Ego“ (Finke, 2008; Behr, 2012, S. 82–93).

Interaktionelles Vorgehen

Beim interaktionellen Vorgehen bringt sich die Therapeutenperson als reale Person in die Spielhandlungen ein. Sie wird Interaktionspartner und gibt aktiv Resonanz auf die Spielszenarien des Kindes. Dieses Vorgehen wird in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als interaktionelles Handeln bezeichnet (Behr, 2012, S. 94–105).

Auch beim interaktionellen Vorgehen gilt das personenzentrierte Prinzip. Das Kind wählt sein Spiel selbst aus, gestaltet seine Spielhandlungen autonom und erhält keine Lösungsvorschläge oder Spielideen von der Therapeutenperson. Die Verantwortung für das Spielgeschehen bleibt weiterhin beim Kind und wird ebenso wenig von der Therapeutenperson gelenkt wie dies im fazilitativen Modus geschieht. Lädt das Kind die Therapeutenperson zum Mitspielen ein, so reagiert die Therapeutenperson auf der Spielebene und spielt mit dem Kind gemeinsam. Dies geschieht jedoch nicht eigennützig, sondern wird abgestimmt auf das Verhalten des Kindes. Gleichsam wie in der Erwachsenentherapie das innere Erleben des Klienten wertschätzend verbalisiert wird, greift im Interaktionellen Modus die Therapeutenperson die Spielhandlung des Kindes durch eine ähnliche Spielhandlung – eine abgestimmte Spielresonanz – auf und beantwortet sie „spielend“ auf diese Weise. Sie kopiert nicht das Spiel des Kindes, sondern orientiert sich am inneren Thema, dem Anliegen des Kindes und zeigt eine Spielreaktion, die nahe am kindlichen Spiel ausgerichtet ist. Diese erfahrene Resonanz auf der Spielebene zeigt dem Kind, dass es verstanden und sein Spiel wertschätzend betrachtet wird. Durch die Spielresonanz, die eigene Beteiligung am Spielgeschehen wird gleichzeitig die Therapeutenperson mit eigenen Konturen sichtbar (Behr, 2012).

Interaktionsresonanz

Behr (2012; 2014) bezeichnet dieses aktive und mitschwingende Mitspielen als „Interaktionsresonanz“. Durch die Interaktionsresonanz wird das Spiel zu einem gemeinsamen Erleben. Hier steht nicht nur die Selbststruktur des Kindes im Focus, sondern ebenso die Beziehung zwischen Kind und Therapeutenperson. Es entsteht ein Beziehungsangebot, das durch die Beteiligten im Spielraum gemeinsam geprägt und gestaltet wird.

Neuere Konzepte der personzentrierten Beziehungstheorie im Rahmen der Erwachsenentherapie beschreiben eine solche Beziehungssituation mit therapeutischer *Präsenz* (Geller & Greenberg, 2002; Geller, 2013) oder als „*working at relational depth*“ (Mearns & Cooper, 2005).

Im interaktionellen Modus bleibt die Therapeutenperson mit ihren Spielinteraktionen dicht am kindlichen Spielgeschehen und bemüht sich, möglichst „wenig vor oder hinter das Kind“ zu geraten. Reagiert sie zu langsam, zu eintönig oder zu schwach in ihren Spielreaktionen, gerät sie hinter das Kind. Das Spiel wird für das Kind schnell langweilig. Es erlebt die Therapeutenperson als innerlich nicht beteiligt, fühlt sich dadurch nicht verstanden und zieht sich aus dem Kontakt zurück. Reagiert die Therapeutenperson zu schnell, bringt sie zu stark eigene Ideen ein, die vom Spielinteresse und -thema des Kindes abweichen oder gibt sie direktiv Vorgaben, was das Kind spielen soll, gerät sie vor das Kind. Das Kind fühlt sich nicht mehr wahrgenommen und verstanden. Es besteht die Gefahr, dass sich das Kind entweder anpasst oder verweigert (Behr, 2012, 2014). Bei gelungener Interaktionsresonanz schwingen die Handlungen der Therapeutenperson mit denen des Kindes im Einklang. Beide spielen aufeinander bezogen, im ähnlichen Tempo, dennoch in Nuancen unterschiedlich. Es entsteht ein Spielflow, der das Kind in eine hohe Selbstexploration und einen zutiefst befriedigenden seelischen Zustand bringt. Dieser innerseelische Zustand führt zu kongruentem Erleben.

Wird die Therapeutenperson nach dem Konzept der Interaktionsresonanz ein voll präsent Gegenüber, nimmt das Kind sie als reale Person wahr. Die Interaktion wird zu einem Handeln und Agieren auf Augenhöhe und zu einer Begegnung von Mensch zu Mensch. Auf der Basis der Kernbedingungen agiert die Therapeutenperson als konturiertes Gegenüber. Sie vertritt ihre Interessen im Spiel, lässt sich auf Wettstreit und Konflikte ein, sie hat ein eigenes Profil und zeigt ihre Persönlichkeit. Die Interaktionsresonanz wird spezifisch den unterschiedlichen Spielaktionen wie Regel-, Konstruktions-, Rollenspiel, Kämpfen, Gestalten oder sprachliches Interagieren angepasst (Behr, 2012, S. 113–179).

Interaktionsresonanz operationalisieren und messen

Während für personzentrierte Interventionsprinzipien bei der Gesprächspsychotherapie diverse Ratingskalen vorliegen (z. B. Carkhuff, 1969; Pfeiffer, 1977; Tausch, 1990; Mearns & Thorne, 2007) wurde im Bereich der Spielpsychotherapie zuletzt wenig entwickelt. Die Ratingsysteme von Schmidtchen verdienen im deutschsprachigen Bereich hier besondere Beachtung, weil sie

sowohl das Therapeuten- als auch das Kindverhalten sehr genau zu erfassen gestatten (Schmidtchen, 1974a; 1974b; 1976; 1978a; 1978b; 1989; 1999; 2001). Schmidtchens Ratingskalen basieren allerdings eher auf einem fazilitativen und sprachlichen Handeln der Therapeutenperson und sind manchmal nominaler Natur, d. h. es kann geratet werden, ob ein Verhalten gezeigt wird oder nicht, es kann aber nicht immer abgestuft eingeschätzt werden. Die Skalen wurden mehrfach weiterentwickelt, insgesamt bieten sie nach wie vor ein ausgesprochen taugliches Instrument, um fazilitativ begleitendes Intervenieren der Therapeutenperson zu beschreiben und quantitativ zu erfassen. Ein neueres Ratingverfahren zur Erwachsenen-Kind-Interaktion stammt von Weltzien (2014). Es erfasst eine große Bandbreite des Beziehungsgeschehens zwischen Kita-Fachkräften und Vorschulkindern mit diversen Ratingskalen, die zu 3 Konstrukten gebündelt werden. Das Verfahren ist zwar aufwendig, aber sehr nützlich für die Kita.

Mit dem Aufkommen eines auch interaktionellen Verständnisses des spieltherapeutischen Prozesses und dem Etablieren des Begriffs Interaktionsresonanz liegt es nun nahe, dieses Interventionsprinzip auch für die Forschung messbar zu machen. Dies ist aber nicht das alleinige Anliegen. Ratingskalen zeigen sich bei der Ausbildung von beraterischen und psychotherapeutischen Fachkräften immer wieder als ein ausgesprochen wertvolles Mittel, ein Interventionsprinzip manifest zu beschreiben und damit besonders verständlich zu machen. Die Skalen werden in Ausbildungen gerne genutzt, damit das Interventionsverhalten von Lernenden konkret bewertet und optimiert werden kann. Lernende können so besonders sensibel werden, wie genau sie die Intervention anwenden bzw. in welchem Ausmaß.

Aus diesen Gründen wurde für das Erfassen der Interaktionsresonanz eine Ratingskala entwickelt. Sie gestattet Beobachtern, das psychotherapeutische Interagieren der Therapeutenperson auf der Spielebene innerhalb eines gegebenen Zeitfensters einzuschätzen, im hier berichteten Projekt war das jeweils eine halbe Minute. Diese Zeitbegrenzung ergab sich aus der Notwendigkeit, die schnell wechselnden Interaktionshandlungen zwischen Therapeutenperson und Kind genau einschätzen zu können.

Einige Besonderheiten des Konzeptes Interaktionsresonanz haben vor allem zwei Auswirkungen auf das Skalendesign: Interaktionsresonanz erreicht ihren optimalen Ausprägungsgrad nicht am Ende eines Skalenkontinuums sondern in der Mitte. Die Therapeutenperson kann vor oder hinter das Kind geraten, d. h. sie kann zu direktiv sein und den Spielprozess in eine Richtung lenken oder zu inaktiv sein und die Spielinteraktion versanden lassen. Optimal ist ein Aktivitätsniveau, das das Spielverhalten des Kindes inhaltlich vollständig, aber in etwas anderer Erscheinungsweise abbildet und das die gleiche Dynamik hat. Bei einem solchen Spielverhalten wäre genau in

der Mitte der Skala zu raten, wir ordnen diesem Zentralpunkt den Wert „0“ zu. Zu direktives Spielverhalten wäre, je nach Ausprägung, mit +1, +2 oder +3 zu raten, zu inaktives mit -1, -2 oder -3. Die Skala hat also 7 Stufen.

Interaktionsresonanz zeigt sich je nach Spielmedium anders. Je nachdem ob z. B. Regelspiele, Rollenspiele oder sprachliche Interaktion zu betrachten sind, manifestieren sich die Skalenstufenausprägungen verschieden. Darum werden mehr als nur die ein oder zwei bei Ratingskalen normalerweise geforderten Ankerbeispiele angeboten. Neben der allgemeinen Umschreibung der jeweiligen Skalenstufe gibt es hier noch sechs Ankerbeispiele, und zwar zwei für Rollenspielsituationen und je eines für das Regel-, das Kampf-, das Konstruktionsspiel sowie für sprachliches und lautmalerisches Verhalten. Das mehr oder weniger optimale Verhalten wird in Tabelle 1 für jedes Spielmedium auf jeder Skalenstufe beispielhaft beschrieben.

Fragestellung

Um im nächsten Schritt die Anwendungsreife der Skala zu prüfen, wurde eine Vorstudie unternommen in der zunächst die Inter-Rater-Reliabilität untersucht wurde. Die Inter-Rater-Reliabilität ist das bedeutendste Maß, wenn eine Rating-Skala zu Messzwecken, also insbesondere in der Forschung, angewendet werden soll. Desgleichen die Validität; sie kann hier als Inhaltsvalidität als hinreichend gegeben ansehen werden, weil die Skalenstufenumschreibungen und die Ankerbeispiele unmittelbar aus dem theoretischen Konstrukt abgeleitet sind.

Wie reliabel ist die Skala? Die Hypothese lautet, dass sie eine sehr gute Reliabilität aufweist, weil ihre Ausprägungsgrade anschaulich und alle vorkommenden Erscheinungsformen von Spielprozessen umschrieben worden sind. Die meisten Ratingkalen für komplexere Merkmale weisen zwischen 3 und 9 Stufen auf. Mit ihrer 7-Stufigkeit liegt die Interaktionsresonanz Skala im Mittelbereich, leicht oberhalb der mittleren allgemein üblichen Skalenstufenzahlen.

Methode

Teilnehmende

Sieben Studierende des Bachelorstudienganges Kindheitspädagogik, – 6 weiblich, 1 männlich, Durchschnittsalter 25,4 Jahre, $sd = 2.6$ fungierten als Rater. Das Ratingprojekt war Teil ihrer Bachelorarbeit. Sie hatten eine Grundausbildung in Personenzentrierter Spielpsychotherapie im Äquivalenz-Umfang von 145 Ausbildungsstunden im Rahmen von Hochschulveranstaltungen absolviert und waren so mit den theoretischen und praktischen Grundlagen des Verfahrens vertraut.

Die Spieltherapiekinder litten an folgenden Störungen: PTBS (F43.1), Störung des Sozialverhaltens mit Bindungsstörung (F91.1), Anpassungsstörung (F43.2), Emotionale Störung (F93.9), anhaltende affektive Störung (F34.1). Die insgesamt sieben Kinder – 2 weiblich, 5 männlich, Durchschnittsalter 6,3 Jahre, $sd = 1.7$ – befanden sich in Therapie bei jeweils einem erfahrenen Spieltherapeuten, der zugleich Ausbilder für personenzentrierte Spielpsychotherapie ist. Im Durchschnitt handelte es sich um die 19,7te Stunde, allerdings mit hoher Varianz, $sd = 15.1$

Die Spieltherapie-Videsequenzen entstammen der Lehrfilmsammlung „*Den Spielraum nutzen*“ (Hüsson, Jofer-Ernstberger, Jürgens-Jahnert, Riedel, Rose, Stark, & Steinhäuser, 2014). Die Auswahl der 7 Filmsequenzen aus der Lehrfilmsammlung erfolgte gemäß den Interessen der Rater und beinhaltete eine Spielszene mit einem Kind. Szenen, in denen primär das Gespräch im Vordergrund stand, blieben unberücksichtigt. Die Dauer der Spielszene umfasste im Durchschnitt 11,65 Min, $sd = 3,0$ Min.

Instrumente

Das Rating wurde anhand der hier veröffentlichten Ratingskala inklusive aller Ankerbeispiele durchgeführt, siehe Tabelle 1.

Vorgehen

Die Rater erhielten im 7er-Team ein Ratertraining im Umfang von 1,5 Stunden. Dabei wurden Spieltherapie-Sequenzen Skalenwerten zugeordnet und Begründungen konsentiert. Außerdem wurde mit verschiedenen Zeitintervallen der Spieltherapie-Sequenzen experimentiert und dabei schließlich 30 Sekunden lange Intervalle konsentiert. Diese lieferten hinreichend Verhaltensproben, ohne aber zu inkonsistent wechselnde Interaktionen zu bieten, welche die Raterübereinstimmung angreifen würden. Jeder Rater transkribierte nach Kuckartz, Dresing, Rädiker & Stefer (2008) den verbalen Inhalt einer Videosequenz, die er dann später als einer von zwei Ratern beim Betrachten der Videosequenz in Echtzeit einschätzte. Beim Rating selbst war jeweils noch eine dritte Person anwesend, die die Zeitintervalle anzeigte. Auch der 2. und 3. Rater entstammte dem Team. Insgesamt wurden 176 Videosequenzen mit je 30 Sekunden Dauer bearbeitet und alle von 2 Ratern eingeschätzt.

Alle Rater verfassten nach dem Rating einzeln einen freien Text, in dem sie sich zu der Praktikabilität der Ratingskala frei äußerten. Die Textteile wurden entsprechend dem Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) kategorisiert und zusammengefasst.

Tabelle 1. Die Interaktionsresonanz Skala (IRS)

Score	Umschreibung	Ankerbeispiel 1	Ankerbeispiel 2	Ankerbeispiel 3
	<i>allgemein</i>	Rollenspiel <i>Das Kind hat auf dem Straßenteppich eine Stadt- und Autolandschaft aufgebaut und fährt mit Fahrzeugen durch die Gegend.</i>	Rollenspiel <i>Das Kind holt sich verschiedene Figuren (Vater, Mutter, Kind) und spielt mit diesen eine Familiensituation nach.</i>	Kampfspiel <i>Das Kind beginnt ein Kampfspiel, z. B. Fechten mit den Schwimmmudeln.</i>
-3	Tpt. spielt nicht mit, zeigt kaum Verhalten, sitzt nur irgendwo. Oder Tpt. macht was, das nicht in Beziehung zum Kind steht.	Sitzt neben dem Teppich. Tut nichts, ist abgelenkt oder beschäftigt sich mit anderen Dingen.	Sitzt neben dem Kind. Tut nichts oder ist abgelenkt, beschäftigt sich mit anderen Dingen.	Befindet sich in Distanz irgendwo im Raum. Nimmt keine Schwimmmudeln. Zeigt, nicht kämpfen zu wollen.
-2	Tpt.-Verhalten bezieht sich zum Teil auf die Aktivitäten des Kindes. Tpt. ist aber deutlich inaktiver, zeigt deutlich weniger Energie oder Tempo. Kindverhalten wird nur in Ansätzen aufgegriffen.	Nimmt blässere Fahrzeuge (z. B. alltäglicher Pkw vs. Polizeiauto) und fährt deutlich langsamer bzw. mit geringerem Radius, reagiert nicht auf Begegnungsmöglichkeiten der Fahrzeuge. Macht nicht die ganze Zeit mit. Keine lautmalerische Begleitung	Nimmt Spielmaterial, das jedoch mit der Inszenierung wenig zu tun hat (z. B. Zäune Autos, Clown) und reagiert deutlich langsamer und schwächer, ignoriert Begegnungsmöglichkeiten der Figuren und nimmt kaum direkte Interaktion auf. Fragt die eigene Rolle und die Inszenierung nicht ab. Spielt jedoch zeitweise mit. Schlüpft jedoch nicht in die Rolle der Spielfiguren und lässt diese nicht sprechen.	Nimmt anderes Material als das Kind, das ungeeignet oder nur defensiv ist, z. B. Schutzschild. Kämpft defensiv. Handelt dabei deutlich langsamer und kraftloser als das Kind.
-1	Tpt.-Verhalten bezieht sich auf die Aktivitäten des Kindes. Macht aber etwas weniger, mit etwas weniger Energie oder Tempo. Kindverhalten wird aufgegriffen aber nur zum Teil.	Nimmt blässere Fahrzeuge (z. B. alltäglicher Pkw vs. Polizeiauto) oder fährt langsamer bzw. mit geringerem Radius, reagiert eher schwach auf Begegnungsmöglichkeiten der Fahrzeuge. Wenig bis keine lautmalerische Begleitung.	Nimmt Spielmaterial, das mit der Inszenierung zu tun hat (z. B. Tiere oder Menschen) und reagiert auf Begegnungsmöglichkeiten langsamer bzw. mit geringerer Aktivität. Wenig bis keine lautmalerische Begleitung.	Kämpft mit, jedoch mit etwas weniger Tempo und Kraft als das Kind. Spielhandlungen sind überwiegend defensiv, eigene Angriffe schwach.
0	Tpt.-Verhalten bezieht sich auf die Aktivitäten des Kindes. Tpt. macht etwas ähnliches mit annähernd gleicher Energie	Nimmt Fahrzeuge mit ähnlichem Charakter und fährt mit ähnlicher Energie und Tempo rum. Wenn das Kind auf ihn zu fährt macht er das auch. Wenn das Kind Motorgeräusche macht tut Tpt. das auch.	Tpt. fragt das Kind nach der eigenen Rolle im Familienspiel und wie diese eigene Rolle gespielt werden soll. Spricht stellvertretend für die Spielfigur und im Sinne der Inszenierung. Paraphrasiert das Geschehen und spricht Gefühle an. Diskutiert, welche Figuren sie auch mal oder nicht spielen möchte.	Kämpft mit nahezu gleicher Intensität wie das Kind. Führt ähnliche Kampfhandlungen aus, kopiert taktische Finten oder bringt selbst welche ein, wenn das Kind immer wieder neue Taktiken probiert.
1	Tpt.-Verhalten bezieht sich auf die Aktivitäten des Kindes. Tpt. macht etwas Ähnliches mit etwas mehr Energie oder Tempo als das Kind. Auch dies raten, wenn Tpt. das Kindverhalten exakt kopiert und das Kind so irritiert.	Tpt. fährt etwas schneller und raumgreifender als das Kind, macht etwas mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Autos auch wenn das Kind das nicht tut.	Tpt. spielt in der kindlichen Inszenierung mit, nimmt Familienrollen ein; ist dabei jedoch schneller und raumgreifender als das Kind, macht etwas mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Spielfiguren, auch wenn das Kind das nicht tut. Kopiert das Spielverhalten und die Inszenierung des Kindes ohne Veränderungen vorzunehmen.	Kämpft etwas stärker und/oder schneller als das Kind. Ist etwas geschickter und bringt das Kind manchmal in leichte Bedrängnis. Das Kind erhält etwas mehr Treffer mit der Schwimmmudeln als umgekehrt.
2	Tpt. gerät deutlich vor das Kind. Verhalten bezieht sich zwar auf die Aktivitäten des Kindes. Es ist in seiner Intensität aber lenkend, bewertend oder bedrohlich für das Kind. Auch kodieren, wenn Tpt. das Kindverhalten mehrfach exakt kopiert und das Kind so nachhaltig irritiert.	Tpt. fährt deutlich schneller und raumgreifender als das Kind, macht klar mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Autos in aufdringlicher Weise, wenn das Kind das nicht tut.	Tpt. spielt deutlich schneller und raumgreifender mit den Spielfiguren als das Kind, macht klar mehr lautmalerisches als das Kind. Sucht die Begegnung der Familienmitglieder in aufdringlicher Weise, wenn das Kind das nicht tut. Fragt die Inszenierung nicht ab, sondern führt eigene Inszenierungen ein und lässt Figuren danach handeln. Kindliche Gefühle werden verbalisiert, jedoch in unangemessener Weise.	Kämpft deutlich stärker als das Kind. Das Kind droht den Kampf zu verlieren und muss seine Unterlegenheit klar erleben. Es kann sich nicht gegen die Treffer der Schwimmmudeln schützen. Wünsche des Kindes nach „Auszeit“ werden nicht akzeptiert
3	Tpt. Verhalten knüpft nicht an das Kindverhalten an. Tpt. dirigiert das Kind mit eigenen Verhaltensideen.	Macht eigene neue Spielvorschläge, arrangiert das Szenario um, provoziert einen Zusammenstoß der Autos, schlägt dem Kind anderes Spielmaterial vor. Wertet das Spiel des Kindes ab.	Macht eigene neue und andere Spielvorschläge, arrangiert das Szenario nach eigenen Vorstellungen um, provoziert nach eigenen Vorstellungen einen Konflikt zwischen den Spielfiguren, schreibt dem Kind anderes Spielmaterial vor. Wertet das Spiel des Kindes ab.	Kämpft deutlich stärker als das Kind, führt neue Kampfmöglichkeiten ein, gibt dem Kind Anweisungen und ändert das Kampfszenario. Nimmt härtere Schlaginstrumente oder Pistolen, legt das Kind rein, gibt Ratschläge.

Ankerbeispiel 4	Ankerbeispiel 5	Ankerbeispiel 6	Score
Sprachliches und lautmalerisches Verhalten <i>Das Kind kommentiert sein Spiel sprachlich.</i>	Regelspiel <i>Das Kind holt ein Regelspiel aus dem Regal und beginnt dies zu spielen.</i>	Konstruktionsspiel <i>Das Kind wählt Bausteine und möchte damit einen Turm bauen.</i>	
Tpt. schweigt.	Tpt. lässt das Kind ein Regelspiel herausholen, bietet sich jedoch nicht als Spielpartnerin an. Ist mit anderen Dingen beschäftigt. Äußerungen des Kindes werden nicht berücksichtigt und übergangen.	Tpt. lässt das Kind bauen, gibt keine Ideen mit ein, reagiert auf keine Äußerungen des Kindes, sitzt daneben, ist mit sich beschäftigt. Bringt sich nicht ein.	-3
Empathische Reaktion (ER): deutlich zu triviales, flaches in Wortefassen der Gefühle/Motive/Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur. Interaktionsresonanz (IR): keine Selbsteinbringung und Lautmalerei d. Tpt. – die Kindäußerungen werden nur rudimentär aufgegriffen.	Tpt. spielt teilweise mit dem Kind, ist jedoch immer wieder abgelenkt durch andere Dinge. Deutlich passiver und greift kaum Aussagen des Kindes auf. Gedanken, Gefühle des Kindes werden selten ausgesprochen. Auch eigene innere Prozesse werden nicht verbalisiert. Regelveränderungen des Kindes werden hingenommen und akzeptiert, ohne Gegenreaktion.	Tpt. baut stellenweise mit, ist jedoch mehr mit sich oder anderen Dingen beschäftigt. Greift die Ideen des Kindes kaum auf und bietet wenig eigene Ideen an. Hilft dem Kind kaum oder ist wesentlich langsamer als das Kind beim Bauen. Verbalisiert kaum das eigene oder Kinderleben.	-2
Empathische Reaktion (ER): zu triviales, flaches in Wortefassen der Gefühle/Motive/Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur. Interaktionsresonanz (IR): die Kindäußerungen wenig aufgreifende Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren.	Tpt. spielt das Regelspiel, das vom Kind ausgewählt wurde, zusammen mit diesem. Spricht Regelveränderungen kaum an. Spielt nach den vorgegebenen Regeln weiter oder kopiert die Kind-Regeln 1:1 ohne Variante und ohne weitere Kommentare. Ist etwas langsamer im Energielevel als das Kind, z. B. bewegt die Spielfiguren zögerlicher als das Kind. Verbalisiert Gefühle und Gedanken des Kindes, kaum jedoch eigene.	Tpt. nimmt die Idee des K. zum Turmbau auf und hilft dem Kind bei Bauen, bringt jedoch keine eigenen Ideen ein bzw. variiert nicht mit parallelem Spiel. Folgt dem Kind, jedoch ideenarm. Tpt. verbalisiert das Handeln des Kindes, jedoch keine Gefühlsaspekte beim Kind. Bringt eigene Überlegungen und eigenes Erleben wenig oder gar nicht ein.	-1
Empathische Reaktion (ER): angemessenes in Worte fassen der Gefühle/Motive/ Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur. Interaktionsresonanz (IR): die Kindäußerungen aufgreifende analoge Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren.	Tpt. spielt im ähnlichen Energielevel wie das Kind mit. Verbalisiert innere Prozesse, Gedanken und Gefühle des Kindes wie auch eigene. Benennt, wenn das Kind durch Handlung oder Sprache auf die Beziehung verweist. Regelveränderungen werden ausdrücklich gemacht und mit eigenen ähnlichen Regelveränderungen beantwortet.	Tpt. hilft dem Kind beim Bau in angemessenem Rahmen (sucht z.B. passende Steine), hilft beim Turmbau, baut parallel einen eigenen Turm (z. B. Fernsehturm) oder variiert (z. B. baut um den Turm eine Mauer). Tpt. verbalisiert eigene Vorgänge und inneres Erleben und Gedanken beim K. Tpt. und Kind entwickeln wechselseitig Ideen.	0
ER: in Worte fassen der Gefühle/Motive/ Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur, jedoch etwas falsch oder spekulativ. IR: die Kindäußerungen aufgreifende Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren mit etwas mehr Dauer und/oder Energie.	Tpt. hat ein etwas höheres Energielevel als das Kind, z. B. werden Spielfiguren energischer gestellt als das Kind dies tut. Der Redeanteil bei der Tpt. ist etwas höher als der des Kindes. Morgelt selbst gelegentlich ohne dass das Kind dies tat. Oder mahnt Regeleinhaltung nach Regeländerungen des Kindes vorsichtig an.	Tpt. ist etwas aktiver und lebendiger beim Bauen als das Kind, z. B. sucht nicht nur Bauklötze, sondern verbaut sie gleich. Redet mehr als das Kind es tut. Bauhandlungen des Tpt. sind zwar an den Vorstellungen des Kindes ausgerichtet, jedoch phantasiereicher, komplexer, beeindruckender und anspruchsvoller.	1
ER: in Worte fassen der Gefühle/Motive/ Gedanken (GMG) des Kindes oder einer Spielfigur, jedoch deutlich falsch bzw. zu spekulativ. IR: die Kindäußerungen aufgreifende Selbsteinbringung od. lautmalerisches Vokalisieren mit deutlich mehr Dauer und/oder Energie.	Tpt. ist eindeutig aktiver als das Kind. Tpt. geht zwar auf das Spiel des Kindes ein, ist aber in der Aktivität lenkend und bewertend. Regelveränderungen werden nicht toleriert. An das Einhalten von Regeln wird appelliert. Oder ändert Regeln oft und machtvoll und geht dabei über das Kind hinweg.	Tpt. geht zwar auf den Bau des Turmes ein, baut ihn jedoch mehr selber und erweitert die Idee des Kindes ohne Rücksprache mit eigenen Veränderungen. Eigene Begeisterung und Ideen des Tpt. führen dazu, dass das Kind zum Helfer des Tpt. wird und nicht umgekehrt. Vorstellungen des Kindes werden nicht einbezogen.	2
ER: Tpt. Äußerung geht am Kind vorbei, abwegig interpretierend, fremde Aspekte einbringend. Auch bei Ratschlägen Anweisungen oder Tadel codieren. IR: Tpt. Äußerung sind ganz anderer Art als das vom Kind geäußerte; lautmalerisches kommt ohne Bezug zum Kindprozess, bringt das Kind aus dem Prozess.	Tpt. stellt dem Kind ein Regelspiel hin, ohne die Wünsche des Kindes zu berücksichtigen. Macht bei Regelveränderungen dem Kind Vorwürfe und appelliert an Fairness und Gerechtigkeit (moralisiert). Unterstellt dem Kind Gedanken und Prozesse, die dessen eigenem Vorteil dienen. Droht mit Spielabbruch, wenn das Kind sich nicht an Regeln hält. Übergeht alle Impulse und Gefühle, die vom Kind ausgehen.	Tpt. gibt vor, was das Kind bauen soll und mit welchen Materialien. Gibt klare Handlungsanweisungen, wie etwas gebaut werden soll. Unterbindet und bewertet Ideen und Handlungen des Kindes. Korrigiert die Bauweise des Kindes. Zerstört das Gebaute des Kindes. Baut selbst den Turm.	3

Ergebnisse

Es wurde als Raterübereinstimmung die Rang-Korrelation r nach Spearman für jeden der sieben Therapieausschnitte und Raterpaare berechnet. Die Koeffizienten betragen: .77 – .73 – .75* .81* .90* .86* 1.00. Der Median ist .81. Jedes Raterpaar beurteilte so zwischen 15 und 27 Sequenzen a 30 Sekunden aus einem Therapievideo. Insgesamt wurden 176 Sequenzen geratet.

Dies sind hohe Werte, die auf eine gute Inter-Rater-Reliabilität hindeuten. Sie zeigen mithin auch über die Ausschnitte hinweg eine gute Konsistenz.

In den sieben freien Texten zu Skalen-Praktikabilität erbrachte die qualitative Inhaltsanalyse induktiv sechs Kategorien. Die Aussagen zu den einzelnen Kategorien lauten in einer verdichteten Beschreibung:

Skala insgesamt: Die Stufen sind klar und ausführlich definiert. Die Skala ist leicht handhabbar, der innere Aufbau logisch. Eine Person empfiehlt ein theoretisches Vorwissen über das Interventionsprinzip – mit einem kurzen Anleitungstext.

Störungswissen: Hier liegen gegensätzliche Aussagen vor: Wissen über die Störung des Kindes wird mal als sinnvoll, mal als nicht nötig gesehen.

Ratertraining: wurde in der vorliegenden Form als hilfreich erlebt.

Skalierung: Ungradzahligkeit mit Mittelkategorie ist sinnvoll. 7-Stufigkeit optimal passend. Differenzierung zwischen den Stufen ist gut möglich. Frage ob die Therapeutenperson vor oder hinter dem Kind ist, wird gut pointiert. Eine weitere Ausdifferenzierung der Skalen wird als unnötig gesehen, da sie die Zuordnung der Szenen eher erschwert als erleichtert.

Ankerbeispiele: werden durchweg sehr positiv erlebt. Spielformen-Differenzierung erlaubt gute Orientierung.

Zeitintervall: 30 Sekunden gut, aber es bleibt das Problem, dass verschieden zu ratendes Verhalten innerhalb eines Intervalls gezeigt wird, dies beschädigt die Reliabilität.

Diskussion

Die Interaktionsresonanzskala bewährt sich in der Person-zentrierten/interaktionellen Kinderpsychotherapie als ein Instrument zur Einschätzung der Interaktionsresonanz in spieltherapeutischen Spielszenen. Sie bildet die interaktionelle Abstimmung bzw. fehlende Abstimmung zwischen Therapeutenperson und Kind ausgehend vom Punkt 0 beidseitig in drei abweichende Abstufungen ab. Die Inter-Rater-Reliabilität ist mit einem Median von Spearman $r = .81$ durchaus zufriedenstellend. Die Einschätzung der Interaktionsresonanz geschieht unabhängig davon, ob die therapeutische Intervention in der jeweiligen Spielszene angemessen ist oder nicht. So kann eine Interventionsmaßnahme der Therapeutenperson, die vom Rater

als „vor oder hinter das Kind interagierend“ im Sinne von zu viel oder zu wenig handelnd, eingestuft wird, aus störungsspezifischen Überlegungen und in Anlehnung an die Handlungsleitlinien (Behr, Hüsson, Nuding & Wakolbinger, 2014) in einzelnen Spielabschnitten begründet und daher auch personenzentriert sein. Zu diskutieren ist, inwieweit das störungsspezifische Vorgehen in die Nutzung der Skala zusätzlich Einfluss nehmen sollte.

In der Gesamtauswertung der Interaktionsresonanzskala einer Spieltherapiestunde bzw. Sequenz kann mit einem Durchschnittswert nahe des Mittelwertes 0 von einem gut auf das kindliche Spielverhalten abgestimmten Therapeutenverhalten ausgegangen werden.

Die Interaktionsresonanzskala empfiehlt sich besonders in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichentherapeuten zur Schulung für das interaktionelle Vorgehen der Therapeutenperson. So wäre z. B. der Zuwachs an Interaktionskompetenz der Therapeutenperson durch Einsatz der Skala zu verschiedenen Messzeitpunkten in der Weiterbildung verifizierbar. Ebenso kann die Skala zu Forschungszwecken genutzt werden, indem z. B. Störungsbilder und die entsprechende Interaktionsresonanz in Korrelation zueinander untersucht werden.

Die Studie weist Limitierungen auf, sie ist als Pilotstudie zu sehen. Sieben Ausschnitte aus Lehrvideos mit hoch qualifizierten Therapeuten repräsentieren nur teilweise das Anwendungsfeld, für das die Skala gedacht ist. Die Rater standen in einem Abhängigkeitsverhältnis von der Studienleitung, die ihre Arbeit im Rahmen einer Prüfung zu bewerten hatten. Ihnen wurde zugesichert, dass weder irgendwelche von ihnen abgegebene Einschätzungen noch die Höhe der erzielten Rater-Übereinstimmung bewertungsrelevant sein werden. Wir fanden keine Hinweise auf Einflüsse, welche die Studienergebnisse verfälscht hätten, dennoch kann dies nicht ausgeschlossen werden. Die Validität wurde nicht eigens geprüft, da die Operationalisierung des Konstruktes unmittelbar aus der theoretischen Umschreibung abgeleitet wurde und insofern Inhaltsvalidität angenommen wird.

Literatur

- Axline, V. M. (1993/1947). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Bd. 11), München: Reinhardt.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2014). Interaktionsresonanz in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – Ein Konzept für die Beziehungsgestaltung über Spiel und

- Spielzeug. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding, & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien – Personenzentrierte Beiträge aus 2 Jahrzehnten* (S. 266–271). Wien: Facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hüsson, D., Nuding, D. & Wakolbinger, C. (Hrsg.) (2014): *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. Wien: Facultas.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations* (Vol 1+2). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P.F., & Wyatt, G. (2013). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd Edition). London: Palgrave Macmillan
- Finke, J. (2008). Beziehungsklären und Selbstöffnen: Zwei Handlungskonzepte der personenzentrierten Psychotherapie. In: M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 185–204). Wien: Kramer.
- Geller, S. (2013). Therapeutic presence. In M. Cooper, M. O'Hara, P.F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd Edition) (p. 209–222). Houndsmills & New York: Palgrave Macmillan.
- Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1 (1), 71–86.
- Hüsson, D., Jofer-Ernstberger, S., Jürgens-Jahnert, S., Riedel, K., Rose, H. U., Stark, S. & Steinhauser H. (2014b). *Den Spielraum nutzen: eine Lehr-DVD zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. In Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG), *Verband für Person-zentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VPKJ)* (Hrsg.). Köln: GwG-Verlag.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landreth, G.L. (2001). Facilitative Dimensions of Play in the Play Therapy Process. In G. L. Landreth (Ed.) *Innovations in Play Therapy* (pp. 3–22). New York: Brunner-Routledge.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd Edition). New York: Brunner-Routledge.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne B. (2007). *Person-centred counselling in action* (3rd Ed.). London: Sage.
- Pfeiffer, W. (1977). Aspekte der klientenzentrierten Psychotherapie. Skalen zur didaktischen Gesprächsanalyse nach Carkhuff, Gendlin, Tausch. In: *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie* 23, 7–12.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory* (The Houghton Mifflin psychological series). Boston: Houghton Mifflin Co.
- Schmidtchen, S. (1974a). Analyse des verbalen Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Spieltherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 23.
- Schmidtchen, S. (1974b). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1976). *Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie*. [Handbook of Client-centered Childtherapy.] Kiel: Selbstverlag.
- Schmidtchen, S. (1978a). Analyse der Therapeut-Klient-Interaktion in der Kinderpsychotherapie. *Heilpädagogische Forschung*. 8 (1), 1–17.
- Schmidtchen, S. (1978b). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (4. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie* (9. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2015). Einführung in den personenzentrierten Ansatz. In Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG), *Verband für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VPKJ)* (Hrsg.). *Den Spielraum nutzen: eine Lehr-DVD zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 7–16). Köln: GwG-Verlag.
- Weltzien, D. (2014). *Pädagogik: Die Gestaltung von Interaktionen in der Kita. Merkmale – Beobachtung – Reflexion*. Weinheim und Basel: Beltz/Juventa.