

**Bettina Jenny, Philippe Goetschel, Christoph K ppler, Barbara Samson
und Hans-Christoph Steinhausen**

Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation

Zusammenfassung: *Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich wurde der personzentrierte Ansatz konzeptuell auf Kinder-Gruppentherapien übertragen und evaluiert. Da es zur konkreten gruppentherapeutischen Umsetzung kaum Literatur gibt, waren die Autoren darauf angewiesen, die Vorgehensweise sowie einige der Forschungsinstrumente im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit dem personzentrierten Ansatz und auf Grundlage der einzeltherapeutischen Erfahrungen selbst zu entwickeln. Inzwischen wurden in sieben Gruppentherapien 33 Jungen im Alter von 8–12 Jahren behandelt und mit Abstand von sechs und zwölf Monaten katamnestisch untersucht. Die Indikation für die Gruppentherapie besteht in Störungen mit einem Mangel an sozialen Kompetenzen gemäß ICD-10. Die vorgestellten Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit der gruppentherapeutischen Interventionen. Hohe Effektstärken belegen einen signifikanten Abbau der angstbezogenen und aggressiven Symptomatik. Gemäß Angaben der Eltern und Lehrpersonen konnten die Sozialkompetenz und das Selbstwertgefühl erh ht werden.*

Schl sselw rter: *Kindesalter, Gruppentherapie, personzentrierter Ansatz, Störung des Sozialverhaltens, Evaluation*

Abstract: Person-Centered Group-Therapy for Children: Concept, Procedure and Evaluation. *In the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University of Zurich the person-centered approach was applied in a group-setting with children. The treatment was evaluated simultaneously. Due to the lack of specific literature the authors had to develop their own adequate therapeutical procedures in group-therapy and some of the research-instruments in reflection on the person-centered approach and in recourse to their own experiences in individual therapy. Up to now a sample of 33 boys (8–12 years old) in seven groups were included in the study and followed-up at intervals of six and twelve months after the group-therapy. The indication for group-therapy consists in disorders characterized by a lack of social competences according to ICD-10. Results indicate the benefits of the group intervention. High Effect Sizes demonstrate a significant decline in anxiety-based and aggressive symptoms. Furthermore, parent and teachers told about increased social competence and self-confidence.*

Keywords: *Childhood, group-therapy, person-centred approach, childhood conduct disorders, evaluation*

1. Einleitung

Im vorliegenden Beitrag werden zunächst das therapeutische Konzept, die konkrete Vorgehensweise einer personzentrierten Gruppentherapie mit Kindern sowie das begleitende Forschungsprojekt dargestellt, wie sie von B. Jenny und Ph. Goetschel entwickelt, angewendet und durchgeführt wurden. Danach werden einige Ergebnisse der Evaluation vorgestellt, welche an der Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters der Universität Zürich durchgeführt wurde.

In der Gruppentherapie mit Kindern verfolgen die Autoren einen personzentrierten Ansatz, der demjenigen von Weinberger (2001) nahe kommt. Die Auswahl der einzelnen methodischen Vorgehensweisen geschah zielorientiert im Hinblick auf die erwünschten the-

rapeutischen Veränderungen, während die therapeutische Arbeit prozessorientiert ausgerichtet war. Die Autoren¹ erachteten es als ihre Aufgabe, den einzelnen Kindern und der Gruppe Impulse zu geben und konkrete Angebote zu machen. Dabei hatte das aktuelle Geschehen vor bestimmten geplanten Aktivitäten stets Vorrang. Bei der Entscheidung des Einsatzes bestimmter therapeutischer Interventionen wurde auf das Abstraktionsmodell von H ger (1989, 2006) Bezug genommen.

Bei der Planung konnte auf Basis der Literatur davon ausgegangen werden, dass Gruppentherapie ein effizientes, ad quates und kostengünstiges Verfahren ist, um Kinder mit Schwierigkeiten

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale oder für beide Geschlechter explizite Formulierung verzichtet.

im Bereich der Sozialkompetenzen zu behandeln. Bei den meisten vorliegenden Untersuchungen handelt es sich dabei um Effektivitätsstudien. Hoag und Burlingame (1997) unterzogen 56 Studien im Zeitraum von 1974 bis 1997 einer Metaanalyse und fassten die Ergebnisse mit der Feststellung zusammen, dass gruppentherapeutisch behandelte Kinder hinsichtlich einer Symptomreduktion signifikant besser abschnitten als Kontrollgruppen. Es zeigte sich zudem, dass Gruppentherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern, die im Zusammenhang mit einem Mangel an Sozialkompetenz stehen (z. B. Hyperkinetisches Syndrom, soziale Ängstlichkeit), Erfolg versprechende Ergebnisse hervorbringen (Barrett, 1998). Heekerens (1996) zeigte in seiner bis 1999 reichenden Literaturrecherche, dass der personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als wirksam erachtet werden kann. Auch die Effektivitätsstudien von Schmidtchen (1996a) zeigen die Wirksamkeit der klientenzentrierten Kinderspieltherapie zur Behandlung psychischer Störungen. Schmidtchen, Acke & Hennies (1995) analysierten den Verlauf von Klientenvariablen bei personenzentrierten Spieltherapien einzeln und in Gruppen bei gemischten Störungsbildern und fanden eine hohe Korrelation zwischen Therapieerfolg und den Basisvariablen des personenzentrierten Ansatzes.

Im Gegensatz zu Erwachsenengruppen (Yalom, 1996) spielen bei Kindern möglicherweise andere therapeutische Wirkungsmechanismen (z. B. Peer-Faktoren) eine weitaus größere Rolle. Harris (1995) geht aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse davon aus, dass der Einfluss der Peer-Gruppe außerhalb des Elternhauses auf die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen ungleich größer ist, als derjenige der Eltern. Die Gleichaltrigengruppe kann überdies auch eine protektive Wirkung haben, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schwierigsten psychosozialen Rahmenbedingungen (Bender & Lösel, 1997).

2. Konzept der personenzentrierten Gruppentherapie mit Kindern

Leitlinien für ein personenzentriertes Handeln

In der Gruppentherapie gelten ähnliche Handlungsleitlinien wie in der personenzentrierten Einzeltherapie mit Kindern. Dennoch müssen Unterschiede beachtet werden, auf die auch Lietaer & Keil (2002) hinweisen. Die beiden Autoren gehen sogar davon aus, dass der personenzentrierte Ansatz in erster Linie ein gruppentherapeutischer Ansatz ist, der auch auf den Sonderfall der Einzeltherapie angewendet werden kann, und nicht umgekehrt.

- Das **Spiel** mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten ist die **Sprache des Kindes**. Personenzentrierte Kindertherapie ist eine „*Therapie des Tuns und des Darstellens von Erfahrungen, weniger eine des Denkens und Verbalisierens*“ (Hobi, 1998, S. 4). Kinder „*reflektieren nicht über das Leben, sondern sie inszenieren es*“ (Schmidtchen, 1996a, S.

135). Daher wird auch in der Gruppentherapie dem freien Spiel der Kinder viel Platz eingeräumt.

- Die **Symbolisierung** von Themen, Anliegen, Bedürfnissen erfolgt beim (jüngeren) Kind primär spielerisch und im gestaltenden Miteinander und erst danach über eine sprachliche Symbolisierung (Hobi, 1998). Therapeuten müssen sich daher immer wieder fragen, was das Kind mit einer bestimmten Symbolisierung ausdrückt. In der Gruppe wird die sprachliche Symbolisierung jedoch wichtiger. Die Therapeuten achten darauf, das Verstandene zu benennen, damit die (mit-interagierenden) Kinder die Erfahrung besser einordnen können. Das Verstandene kann sich auf das Erleben eines Einzelnen, auf die Gruppenerfahrung oder auf die Gruppendynamik beziehen. Die Therapeuten machen also den inneren und äußeren **Bezugsrahmen** (inkl. der Ebene der Bewertungen) des Einzelnen und der Gruppe explizit. Wir gehen dabei davon aus, dass auch eine Gruppe nicht nur einen äußeren, sondern auch einen inneren Bezugsrahmen aufweist, der als Konsens mehr oder minder von allen Gruppenmitgliedern geteilt und mit-konstituiert wird.

- **Spiel** wird nach Hobi (1998) als **Freiraum** verstanden, um sich und die Welt gemäß eigenem Tempo und Entwicklungsstand zu entdecken und zu erschließen. Das Spiel ist „*ein Schonraum*“ (Hobi, 1998, S. 93), in welchem das Kind noch nicht mit der ganzen Realität konfrontiert wird. Es konstruiert eine neue Wirklichkeit, welche seinen momentanen Bedürfnissen und Zielsetzungen entspricht und deren Erfüllung zulässt. „*Es kann den Spielverlauf selbst steuern und ihn damit immer soweit der Realität anpassen, als es diese zu bewältigen vermag.*“ (Hobi, 1998, S. 93) Diese Bewältigung ermöglicht neue Entwicklungsschritte, sodass sich Spiel- und Persönlichkeitsentwicklung gegenseitig beeinflussen.

Die Kinder in der Gruppe werden in der freien Spielzeit zwar nicht direktiv auf ein festgelegtes Ziel in der einzelnen Gruppensitzung hingeführt, doch der Freiraum im Spiel ist enger als in der Einzeltherapie. Die individuellen Bedürfnisse jedes Kind beeinflussen zwar Thema, Material, Richtung und Arbeitsweise, doch immer in Abstimmung der Bedürfnisse aller, welche durch die Therapeuten vollzogen wird. Jedes Kind wird durch die Therapeuten begleitet, die im Sinne eines angestrebten Entwicklungszuwachses Modifikationen wie zum Beispiel Eingrenzung, Erweiterung und Veränderung gemäß ihrem empathischen Verständnis in den Begleitungsprozess einbringen. Hierbei ist zudem zu beachten, dass die Kinder in der Gruppe nur bestimmte Aspekte ihres Erlebens inszenieren und gleichzeitig mit den relevanten Aspekten der anderen konfrontiert werden. Indirekt ist meistens klar, dass es nicht um lebensgeschichtliche, individuelle Traumata geht, sondern um ihre soziale Erfahrungsgeschichte und ihre bisher ungenügend wertgeschätzten und akzeptierten sozialen Bedürfnisse.

- „*Indem das Kind seine Wirklichkeit nicht nur darstellt, sondern auch verändert, schafft es sich die Möglichkeit zum **Probehandeln**. Alle Gefühle, Gedanken und Handlungen sind erlaubt, selbst solche, die in der Realität unmöglich oder verboten sind*“ (Hobi, 1998, S. 97).

Übersetzt auf die Gruppe bedeutet dies, dass im geschützten Raum der Gruppentherapie und auf dem Hintergrund der tragenden therapeutischen Beziehung zum Erwachsenen soziales Probehandeln stattfindet. Die Kinder experimentieren mit neuen (sozialen) Verhaltensweisen und beobachten die Reaktionen und Konsequenzen. Sie proben den Ausdruck von bestimmten Gefühlen und Bedürfnissen, die bisher zu wenig Beachtung gefunden haben. Gleichzeitig stellen alle anderen Gruppenmitglieder Verhaltens- und Interaktionsvorbilder dar, die sozusagen stellvertretend probehandeln. Wenn die Gruppe ko-therapeutisch geleitet wird, fungiert die Interaktion und Kommunikation der Therapeuten untereinander ebenfalls als wichtiges Modell.

- Durch die **freie Spielwahl** behält das Kind beziehungsweise die Gruppe die Kontrolle über das Geschehen und die dahinter liegenden Erfahrungen/Bedürfnisse. Es wird davon ausgegangen, dass die Gruppe wie das einzelne Kind den Weg kennt, wie Erfahrungsmöglichkeiten geschaffen werden. Somit ist es die Aufgabe der Therapeuten, Spielräume zu eröffnen, die Ausdruck und Dialog ermöglichen.
- Die **Kontrolle über den Spielverlauf** wird dem Kind beziehungsweise der Gruppe überlassen. Somit nehmen die Therapeuten Regieanweisungen des Kindes oder der Gruppe entgegen oder fragen immer wieder nach, wer was benötigt (Folgen und Erweitern auf der Handlungs-, Gefühls- und Wahrnehmungsebene). Die Therapeuten bieten zudem ein stetiges Beziehungsangebot und zeigen eine hohe Bereitschaft zur Partizipation und ein aktives Kontaktverhalten. So greifen sie bisweilen in Rücksprache mit dem Einzelnen oder der Gruppe und unter Berücksichtigung der inneren Bezugsrahmen aktiv ein: zum Beispiel in Form von Reflexion und Verbesserung von Problemlösungsverhalten, Anregungen zur Ideenproduktion, Verführung zu sozialer Interaktion, Erleichterung von prosozialem Verhalten. Sie versuchen, möglichst indirekte Hilfestellungen zu bieten und andere Kinder hierfür als Ressource einzusetzen.
- In der Einzeltherapie wie auch in der Gruppe gibt der Therapeut durch seine Interaktion und sein Handeln (z. B. verbale Empathie, Affektabstimmung, Spiegeln) **Interaktionsresonanz** (Behr, 1996) auf das Handeln des Einzelnen wie der Gruppe als Ganzes. Das Kind sucht in der Regel **gemeinsame Spielerfahrungen**: Es erfährt die Interaktionsresonanz als Wertschätzung und genießt sie. In der Gruppe sucht das einzelne Kind die gemeinsame Spielerfahrung primär mit den anderen Kindern, aber auch mit den Therapeuten. Da es mit den Bedürfnissen der anderen Kinder konfrontiert ist, kann es seine eigenen Wünsche nach gemeinsamem Erleben nicht immer ohne Kompromisse konkretisieren.
- In der Gruppentherapie geht es um **konkrete soziale Erfahrungen**, die sich in der aktuellen Situation und aufgrund der Vorerfahrungen beider Interaktionspartner konstellieren. Die Gruppe stellt ein soziales Übungsfeld dar. Im Gegensatz zur Einzeltherapie geht es somit höchstens sekundär um das Verarbeiten, also darum, Unverständliches durch Darstellung verständlich zu machen, scheinbar

Unvereinbares zu verbinden oder im Chaos Übersicht zu gewinnen (Hobi, 1998).

- Während das Kind in der Einzeltherapie mit dem Therapeuten und mittels verschiedener Medien **Beziehungsmuster** inszeniert, bildet das Kind in der Gruppe primär mit konkretem, interaktivem Handeln sowie verbalen Äußerungen Beziehungsmuster mit den Gleichaltrigen. Jedes Kind bringt seine bisherigen Beziehungserfahrungen in die Gruppe und bearbeitet sie im direkten Hier & Jetzt. Das Gruppenfeedback ermöglicht es, festgefahrene Beziehungs- und Verhaltensmuster zu erkennen und gegebenenfalls zu verändern.

In der Gruppe ist nicht die Zweierbeziehung zu den Therapeuten zentral, vielmehr findet eine Vielfalt von wechselnden Beziehungen zwischen Individuen und verschiedenen Subsystemen (manchmal auch gleichzeitig) statt (vgl. Lietaer & Keil, 2002). Demnach erachten es die Therapeuten als ihre Aufgabe, diese Interaktionen immer wieder zu ermöglichen und zu fördern.

- Die therapeutische Aufgabe ist eine vielfache: Es gilt in einer aktuellen Situation sowohl auf der Ebene des einzelnen Kindes die momentane, einmalige und individuelle **Bedeutung** seiner Inszenierung innerhalb seines inneren Bezugsrahmens zu entschlüsseln als auch auf der Ebene der Gruppe deren interaktionelle Bedeutung zu erfassen. Zudem ist zu beachten, dass es in einer Interaktion zwischen zwei oder mehr beteiligten Kindern immer auch zwei oder mehr innere Bezugsrahmen mitspielen (in der doppelten Bedeutung).
- Wie in der Einzeltherapie benötigt das Kind neben der nicht-verbalen Symbolisierung das **Benennen** innerer Prozesse, „damit sie nicht nur bildhaft, sondern auch sprachlich verankert sind“ (Hobi, 1998, S. 95). Die Sprache wird in Form von Beschreibungen, Mitteilungen, Selbstexploration, Kommentaren und Fragen genutzt, um die Erfahrungen bewusstseinsfähig zu machen. Dies gilt auf der Ebene des einzelnen Kindes wie auch der (Sub-)Gruppe.
- Die Verantwortung für die physische und psychische Sicherheit des Kindes ist in der Gruppe mit ihren dynamischen Zusatzeffekten besonders ernst zu nehmen. Dies bedingt auf Therapeutenseite eine klare Bereitschaft, **Grenzen zu setzen**. Der Energie des Kindes und der Gruppe Grenzen entgegenzusetzen bedeutet, das Kind aufzufangen und seine ‚Power‘ nicht ins Leere fallen zu lassen. Grenzsetzungen stehen mit der therapeutischen Beziehung in Wechselwirkung, da sie auch Widerstand, Berührung und somit Kontakt bedeuten. Das Therapeutenverhalten soll sich in der typologischen Einordnung nach Tausch & Tausch (1970) mit den Koordinaten Geringschätzung versus Wertschätzung sowie minimale Lenkung versus maximale Lenkung im sozial-integrativen Bereich befinden.
- Während in der Einzeltherapie mit dem Kind dessen **Bewertungen** gesucht werden, ergänzen die Therapeuten dies in der Gruppe zusätzlich mit ihren therapeutischen Bewertungen. Es wird **ressourcenorientiert** gearbeitet: Die Stärken des Kindes werden wahrgenommen, verbalisiert, erarbeitet und unterstützt, ungünstige Selbstwahrnehmungen, Verhaltensweisen, Vorstellungen und Bewertungen verändert. Die Therapeuten geben im Hinblick auf

den Zuwachs von sozialen Kompetenzen viel positives Feedback, um dem Kind zu zeigen, dass es mit seinem Verhalten wahrgenommen wird. Sie **loben** individuell: Zum Beispiel wird beim einen Kind explizit wertgeschätzt, dass es seine Bedürfnisse lauter und klarer ausdrückt und sie versucht, durchzusetzen statt sofort auf einen Kompromiss einzugehen, beim anderen aber, dass es seine Bedürfnisse zu Gunsten eines Gruppenprozesses etwas zurücknehmen kann.

- **Gruppen- und Einzelprozesse** sollen den individuell vereinbarten Therapiezielen und den Bedürfnissen der Gruppe gerecht werden. Dabei entscheiden die Therapeuten im Sinne einer Prozessarbeit jeweils von Sitzung zu Sitzung auf welcher Ebene die Priorität zu setzen ist.

- Es finden sich auch einige **gruppenspezifische therapeutische Aufgaben**: Die Therapeuten geben der Gruppe ein gewisse Minimalstruktur und teilen dabei die Ansicht von Lietaer & Keil (2002), dass eine „*nicht-manipulative Prozessdirektivität*“ (S. 305) notwendig ist. Der Zusammenhalt der Gruppe wird (z. B. mittels Ritualen) aktiv unterstützt und gefördert. Die Therapeuten beachten Gruppennormen und sprechen die expliziten wie die impliziten Regeln immer wieder (nicht wertend) an. Gruppendynamische Prozesse (z. B. Führungsansprüche, Koalitionen, Ausschlüsse) sind wahrzunehmen und darauf zu achten, dass diese Positionen sich nicht verfestigen, sondern immer wieder von anderen Kindern eingenommen werden können. Die Gruppe fordert von den Therapeuten ein hohes Maß an Kongruenz, Transparenz und Präsenz (vergl. auch die Überlegungen von Lietaer & Keil, 2002).

Arbeit mit dem Umfeld

Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bedeutet in der Regel und wann immer möglich, auch Arbeit mit dem Umfeld (Familie und Schule). Konkret heißt dies für die Einzeltherapie, dass neben den Spieltherapiestunden regelmäßige Gespräche mit den Eltern, oft nur mit der Mutter, seltener auch Gespräche mit der ganzen Familie (inkl. Geschwister) sowie gelegentlich und nach Bedarf Kontakte zum schulischen und gegebenenfalls außersfamiliären Umfeld (z. B. Sportverein) stattfinden. Diese Überlegungen gelten ebenso für die Gruppentherapie mit Kindern, sofern sich nicht zum Beispiel aufgrund eines Forschungsdesigns Einschränkungen ergeben.

Die Ziele der Umfeldarbeit bestehen in der Förderung einer guten Eltern-Kind-Beziehung, dem Initiieren eines konstruktiven elterlichen Verhaltens zur Förderung der kindlichen Entwicklung (z. B. Kommunikation), der Unterstützung der Familie zur Vermeidung von familiären Risikofaktoren sowie zur Stärkung der Ressourcen und Hilfestellungen bei biologischen Risikofaktoren.

Spezifische gruppentherapeutische Techniken

In der Gruppentherapie wurden auch Prozess leitende Hilfen eingesetzt, wie sie Schmidtchen (2001) und Schmidtchen, Acke & Henries (1995) für die personenzentrierte Einzeltherapie formuliert

haben. Im Folgenden werden einige Interventionstechniken kurz geschildert, die in der Gruppentherapie zusätzlich zum Einsatz kamen.

Moderation: In einer Gruppe gilt es immer wieder, die Bedürfnisse der Einzelnen zu Gehör zu bringen, die Kinder mit diesen Bedürfnissen untereinander in Kontakt zu bringen und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Um den Kindern hierbei neue soziale Erfahrungen zu ermöglichen, benötigen sie einen Gesprächsmoderator.

Dialogisches Kommentieren aus dem Off: Die Therapeuten sprechen vor den Kindern über anstehende Fragen, das Verhalten eines Kindes, ein mögliches Verständnis dieses Verhaltens, um dessen inneren Bezugsrahmen für alle transparent zu machen und dem betroffenen Kind zurückzumelden, was sie verstanden haben.

Prozess-Spiegelung (Time-Out): Wie beim sportlichen ‚Time-Out‘ wird in ‚slow-motion‘ besprochen, was auf der Handlungs-, affektiven und kognitiven Ebene geschehen ist (Verbalisieren des verstandenen inneren Bezugsrahmens) und wie die Situation fortgeführt werden könnte (Handlungsalternativen).

Zirkuläres Fragen: Die zirkulären Fragen, wie sie aus der systemischen Therapie bekannt sind, eignen sich unter anderem vorzüglich für Feedbackrunden, Konfliktlösungen und Entscheidungsfindungen. Sie können ebenfalls gut beim therapeutischen Time-Out eingesetzt werden.

„Doppeln“: Ein Therapeut stellt sich (z. B. in einer Konfliktsituation) hinter ein Kind und verbalisiert den verstandenen inneren Bezugsrahmen (Handlungen, Emotionen, Kognitionen/Bewertungen). Er nimmt dann mit dem Gegenüber, sei es ein Kind, einer der Therapeuten oder mit der doppelnden Person des anderen Kindes im Gespräch Kontakt auf. Gleichzeitig versichert sich der doppelnde Therapeut bei dem entsprechenden Kind immer wieder, ob er noch auf der richtigen Fährte ist und ob das Kind nun wieder selbst sprechen möchte.

Pädagogisch-therapeutische Interventionen: Gruppentherapeutisches Arbeiten ist in einem gewissen Maß auch pädagogisches Arbeiten. Man könnte auch sagen, dass in der Arbeit mit Kindergruppen besonders deutlich wird, was auch für das einzeltherapeutische Arbeiten mit Kindern gilt, dass psychotherapeutisches Arbeiten jeweils auch eine Prise Pädagogik enthält. Es geht konkret zum Beispiel um das Durchsetzen von Abmachungen, die Wahrung der persönlichen Grenzen und die Gewährleistung des Schutzes jedes Kindes.

Phasenmodell

Der Gruppenverlauf orientiert sich an folgendem Therapiephasenmodell, welches sich auch in jeder der sieben durchgeführten Gruppen so darstellte. Die betreffenden Phasen (v. a. 2–4) überlappen sich dabei teilweise, sodass sich zwischen den Phasen 2–4 kleine sich wiederholende Zyklen ergeben. Zudem ist zu beachten, dass die meisten Stunden auf einer Mikroebene dieselben Phasen beinhalten. Die Phase der Realitätsbewältigung war in den im Zentrum

für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich durchgeführten Gruppentherapien meistens kürzer, da durch die begrenzte Anzahl der Gruppentermine die Schlussphase meist aktiv einzuleiten war.

1. **Einleitungsphase:** Es ist die Phase des Sich-Kennen-Lernens. Die Kinder verhalten sich meist noch sehr angepasst. Es findet ein kontrolliertes Miteinander-Agieren statt.
2. **Phase des Experimentierens und der Aggressionsbewältigung:** Die eigenen Bedürfnisse kommen deutlicher zum Vorschein. Die individuellen Unterschiede werden beobachtbar, gewohnte Verhaltensmuster in Konfliktsituationen machen sich bemerkbar.
3. **Phase der Konfliktbewältigung:** Konflikte treten offen zu Tage und werden mit Hilfe der Therapeuten bearbeitet. Die Suche nach anderen Lösungsstrategien und Konfliktmanagement wird wichtig.
4. **Phase der Realitätsbewältigung:** Der Fokus richtet sich nun stärker auf die aktuelle Lebenssituation, der Transfer nach außen erhält mehr Beachtung.
5. **Ablösungs- & Abschiedsphase:** Die Kinder sollen sich mit dem Thema Trennung auseinandersetzen. Der Abschied, das Ende der Gruppe wird mit den Kindern erarbeitet.

Ziele

Als Hauptziel soll die Gruppentherapie den Kindern Entwicklungs-, Gestaltungs- und Spielräume bieten, die ihr psychosoziales Wachstum anregen und fördern. Zusammengefasst wird die Gruppentherapie als Begegnungsort verstanden, wo soziale Erfahrungen alltagsnahe erprobt, erweitert, modifiziert werden können. Im Sinne von Rogers soll der individuellen Aktualisierungstendenz in der Gruppentherapie Raum gegeben werden, ohne jedoch die Gruppenkohäsion zu vernachlässigen. Dabei versteht sich die Gruppentherapie als gemeinsamer Prozess, wo neben dem individuellen Wachstum auch ein Wachstum der Gruppe als solche stattfinden soll. Es wird darauf geachtet, dass möglichst eine Balance zwischen Gruppe, Individuum und Themenschwerpunkt (soziale Kompetenz) hergestellt wird. Die Therapieziele können demnach in folgende Bereiche gegliedert werden: Verbesserung der Selbstwahrnehmung und sozialen Empathie, realistisch(er)e Einschätzung eigener Stärken, Schwächen und persönlicher Ziele, Entwickeln von sozialen Copingstrategien, Vermitteln von neuen oder anderen Peer-Erfahrungen, Erfahrungen von Gruppenkohäsion.

3. Strukturelles Vorgehen

Rahmenbedingungen

Jedes Kind hatte eine **Bezugsperson**, die Therapeutin oder den Therapeuten. Diese Bezugsperson war dem betreffenden Kind entweder bereits von der vorangehenden Abklärungsphase her bekannt

oder sie wurde ihm, bei externen Zuweisungen, zugeteilt. Mit der Bezugsperson fanden mindestens drei vorgängige Termine zum Kennenlernen, für die Bearbeitung der Fragebogen sowie zum Vorbesprechen der Gruppenregeln und zum Festlegen der individuellen Gruppenziele statt. Die Bezugsperson hielt auch den Kontakt zu den Eltern und zur Schule und führte die Nachuntersuchungen (Post 1–3) durch.

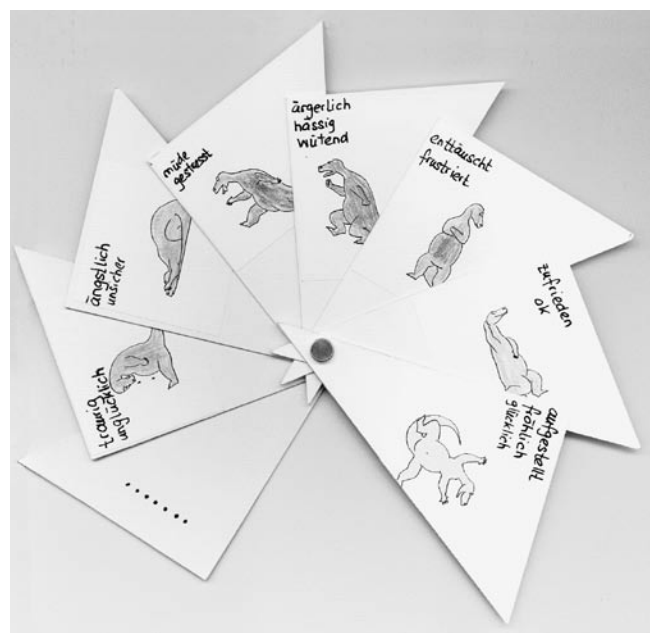
Es wurde eine **Probezeit** von drei Gruppenterminen vereinbart. Danach konnten sowohl das Kind als auch die Eltern sowie das Therapeuten-Team entscheiden, ob die Gruppe weiter besucht werden sollte.

Die Gruppe fand in zwei unterschiedlichen **Räumen** statt: Der angeleitete Teil fand in einem Mehrzweckraum statt, der groß und leer war, kaum Ablenkung bot und lediglich Decken als Sitzgelegenheiten aufwies. Die freie Spielzeit fand in einem gut ausgestatteten, etwas zu kleinen Spielzimmer statt, in welchem eine Kampf- und eine Ruhe- und Rückzugsecke eingerichtet wurde.

Die jeweilige **Planung** wurde von Stunde zu Stunde aktualisiert und war somit bei jeder Gruppe verschieden. Das bedeutet, dass viele geplante Interventionen nur einmal in einer bestimmten Gruppe verwendet wurden. Wie bereits dargelegt, wurde unabhängig von der Planung, wann immer notwendig, auf **aktuelle** (Gruppen-)Geschehnisse eingegangen.

Die Kinder unterschrieben am Ende der Probezeit einen **Gruppenvertrag**, der vier Gruppenregeln umfasste und auf den während der Gruppe Bezug genommen werden konnte: 1. Ich gebe mir Mühe, niemandem mit Worten oder Schlägen absichtlich weh zu tun. 2. Ich mache nichts absichtlich kaputt. 3. Ich sage laut *STOP*, wenn es mir zu viel wird. 4. Wenn jemand *STOP* sagt, höre ich sofort auf.

Abb. 1 (Die Dino-Vorlagen entstammen dem Buch von Löffel, H. & Manske, Ch., 2001).



In der Anfangsphase bastelten wir mit den Kindern jeweils einen **Stimmungszeiger** (s. Abb. 1) mit fünf bis sieben Gefühlsbereichen (z. B. aufgestellt–fröhlich–glücklich, zufrieden–ok, enttäuscht–frustriert, ärgerlich–wütend, müde–gestresst, ängstlich–unsicher, traurig–unglücklich) und einer freien Kategorie für weitere Gefühle (z. B. eifersüchtig, stolz). Der Stimmungszeiger wurde jeweils zu Beginn und am Ende der Gruppe sowie im Verlauf bei passenden Gelegenheiten eingesetzt. Er sollte den Kindern helfen, ihr momentanes Befinden zu klären und auszudrücken. Die Kinder konnten so ebenfalls lernen, gemischte Emotionen zu erfassen, indem verschiedene Kärtchen gezeigt wurden.

Ablauf der Kinder-Gruppentherapie

Einstiegsphase (,angeleitete Zeit‘):

Die Einstiegsphase von etwa 20–30 Minuten fand im Mehrzweckraum statt und war die durch die beiden Therapeuten geführte Zeit.

Zu Beginn der Gruppentherapie boten wir den Kindern ein **Be-grüßungsritual** an oder ließen sie eines erfinden, mit welchem sie sich jeweils begrüßten und verabschiedeten. Dann folgte ein kurzer **Wochenrückblick**. So bestand die Gelegenheit, von einem Erlebnis der vergangenen Tage zu berichten. Danach wurde die aktuelle Befindlichkeit mit dem Stimmungszeiger symbolisiert, wobei die Kinder sich freiwillig auch verbal dazu äußern konnten.

Themen: Die Therapeuten hatten jeweils bestimmte Aufgaben, Übungen oder Spiele vorbereitet. Es wurden Themen geplant, welche gemäß Beobachtung der Therapeuten beim Individuum und bezüglich des Gruppenprozesses (s. Phasenmodell) anstanden. Oft waren sie Folge einer Begebenheit der letzten Stunde beziehungsweise beobachteter Inkongruenzen. Die meisten Themen zogen sich über mehrere Therapiesitzungen hinweg.

Das **Ziel** dieses geführten Teils bestand in einer Erweiterung der Verhaltensmöglichkeiten und der Aufhebung von Inkongruenzen.

Themenbeispiele: Sich gegenseitig Kennenlernen, Gefühle, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Feedback geben, Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben, Konfliktbewältigung, Entscheidungsfindung & Abstimmen unterschiedlicher Bedürfnisse, Respektieren von Grenzen, Konsensfindung, Kooperation & Teamarbeit, Bedeutung der Peergruppe, konkrete soziale Kompetenzen (z. B.: Wie frage ich möglichst erfolgreich ein anderes Kind, ob es mit mir spielt).

Umsetzung der Themen: Meistens wurden in jeder Therapiesitzung neue didaktische Umsetzungen entwickelt, manchmal aber zog sich eine didaktische Idee (z. B. Schiffsreise) über mehrere Stunden hinweg, und die verschiedenen Themen wurden immer wieder damit verknüpft. Im Folgenden zeigen wir anhand einiger Beispiele, wie in verschiedenen Gruppen jene Themen, die sich in bestimmten Phasen immer wieder konstellierte, gestaltet wurden.

1. Phase: Kennenlernen

Namen gegenseitig Kennenlernen: Namenskärtchen, Ball- und Fangspiele

Selbstwahrnehmung: Quartett/Memory über die Gruppenmitglieder, Arbeit mit Identifikations-Tierfigur, Gestalten einer eigenen Insel für das Identifikations-Tier

Stärken-Schwächen: Steckbrief

Gefühle: Gefühls-Memory, Arbeit mit dem Bilderbuch ‚Ein Dino hat Gefühle‘ (Löffel & Manske, 2001), Rollenspiel, Pantomime.

2. Phase: Experimentieren, Aggressionsbewältigung

Selbstwahrnehmung/Grenzen: Blinde-Kuh, Anschleichen-, Nähe-Distanz-Spiel, Hahnenkampf, Gestaltung von Reviergrenzen für das Identifikations-Tier

Attraktivität als Spielpartner: Sammeln von Attraktions-Punkten, Rollenspiel, Bildergeschichte

Entscheidungsfindung: Treffen konkreter Gruppenentscheidungen
Abstimmen von Bedürfnissen: Planung einer imaginären Schiffsreise/der Abschlussstunde.

3. Phase: Konfliktbewältigung

Konfliktlösung: Time-Out, Inszenieren des Bilderbuchs ‚Du hast angefangen! Nein, du!‘ (McKee, 1986)

Respektieren von Grenzen: siehe 2. Phase

Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben: Alle-gegen-Alle ohne vereinbarte Regeln, Erfinden eines Gruppenspiels

Partner-/Teamarbeit: gemeinsames Basteln, gemeinsames Bauen eines Hotels/einer Kugelbahn im Rahmen eines Architekturwettbewerbs, der bei der Bewertung auch die Teamarbeit beachtet.

4. Phase: Realitätsbewältigung

Raum, um weniger entwickelte Seiten eines Kindes, zu fördern: Ballspiel für Aggressionen

Transfer: Rollenspiel (z. B. ‚Pausenplatz‘), eigener Comic zu sozialen Standardsituationen, Kurzfilm über relevante soziale Situationen

Peer-Gruppe: Talkshow ‚Bedeutung der Peergruppe‘, Aufstellung der Gruppe mittels Figuren, Verbindungswege zwischen Inseln der Kinder bauen

Fremdwahrnehmung: Feedback zu den Gruppenmitgliedern mittels Tierfiguren, Zeichnung der Gruppe wie bei der Familie-in-Tieren, Aufbauen einer Insel oder eines Hotels, wo alle Gruppenkinder sich wohl fühlen.

Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben: siehe 3. Phase

5. Phase: Ablösung, Abschied

Gruppenabschlussstunde: Planung und Gestaltung der Abschlussstunde

Feedback Gruppentherapie: Werbung für/gegen Gruppentherapie.

Freie Spielzeit:

Die freie Spielzeit fand in der Regel im Spielzimmer statt und dauerte 40 bis 50 Minuten. Die Kinder konnten gemäß ihren momentanen Bedürfnissen frei entscheiden, was und mit wem sie spielen wollten. Sie konnten unter Einhaltung der Gruppenregeln alleine, in Kleingruppen oder alle miteinander spielen. Die Therapeuten begleiteten die Kinder dabei individuell, als Gruppenmitglied wie auch die Gruppe als Ganzes. Je nach Wunsch der Kinder spielten die Therapeuten mit. Vor allem wenn nicht alle Kinder im selben Spiel engagiert waren, wurde darauf geachtet, dass entweder der eine Therapeut nicht aktiv mitspielte und eine Außenposition für das gesamte Gruppengeschehen behielt oder dass die Therapeuten explizit machten, dass sie je nach Situation wieder aus dem Spiel aussteigen werden.

Die **Ziele** bestanden unter anderem in der Symbolisierung von Erfahrungen und Unterstützung bei deren Integration ins Selbstkonzept sowie im Üben von sozialen Kompetenzen in einem geschützten Rahmen.

Abschlussrunde:

Für die Abschlussphase von 10 bis 20 Minuten wurde in den Mehrzweckraum zurück gewechselt. Sie stand wieder unter der Leitung der beiden Therapeuten und diente der Besprechung von noch Anstehendem aus der aktuellen Therapiesitzung (v. a. Beziehungsklä rung unter den Kindern) sowie einer **Befindlichkeitsrunde** (Stimmungszeiger), gelegentlich der Planung der nächsten Stunde und meistens einem **gemeinsamen Spiel** (z. B. Uno, Fußballspiel, Alle gegen-Alle, Pyramidenspiel).

Dann wurden die **Fragebogen** zur Prozessevaluation verteilt und von jedem Kind einzeln ausgefüllt. Zum Abschluss gab es eine Erfri schung. Die Kinder verabschiedeten sich mit ihrem **Abschiedsritual**.

Elterngruppe

Die 7. Gruppentherapie wurde von einer Elterngruppe begleitet. Die Themen waren an einigen Terminen zuvor festgelegt, an anderen wurde auf aktuelle Fragen der Eltern und auf die beim ersten Ter min erfragten Themenwünsche eingegangen, die zum großen Teil auch den von Therapeutenseite geplanten Themen entsprachen. Die inhaltlichen Schwerpunkte wurden jeweils im Plenum und in Sub gruppen diskutiert und anhand konkreter Beispiele aus dem Alltag der beteiligten Familien verdeutlicht und geübt. Die Therapeuten verteilten zu den behandelten Themen selbst zusammengestellte Informationsblätter, Beobachtungsprotokolle und Übungsmaterial. Die elterlichen Diskussionen wurden schriftlich zusammengefasst und ebenfalls für alle kopiert. Da genügend Zeit eingeplant war, damit sich die Eltern gegenseitig kennen lernen konnten, entstand eine sehr offene Gesprächsatmosphäre, in welcher vertiefte Dis kussionen (z. B. über die Bedeutung von Lob oder das Wesen von Grenzen und Regeln) möglich waren und die Eltern sich gegenseitig spontan Feedbacks gaben.

Durchführung des Konzeptes

Therapeutisches Konzept: Die Durchführung des Projekts (1998-2003) beinhaltete sieben Kinder-Gruppentherapien nach dem personenzentrierten Ansatz sowie in einem Fall (7. Gruppentherapie) eine Kindergruppe mit begleitender Elterngruppe. Die Therapeuten versuchten im konzeptuellen Rahmen einer personenzentrierten Gruppentherapie (s. oben) eine Balance zwischen der Forderung Schmidts (1999) nach einem geplanten, strukturierten und be gründbaren Handlungsprozess, dem gelebten Augenblick des Ein zeln sowie dem spontanen Geschehen einer Gruppentherapie zu finden. Zu einem späteren Zeitpunkt sind die Autoren auf ähnliche Überlegungen auch bei Reisel & Fehring (2002) gestoßen.

Altersspektrum: Die Kinder sollten bei Gruppenbeginn zwi schen acht und zwölf Jahre alt sein. Innerhalb der jeweiligen Gruppe war der Altersunterschied geringer, da sogenannte ‚jüngere‘ (2.–4. Klasse) und ‚ältere‘ Gruppen (4.–6. Klasse) gebildet wurden, um den Kindern einen altersgemäßen Peer-Kontext zu bieten.

Geschlecht: Bisher wurden lediglich Jungen gruppentherapeu tisch behandelt, da sich nie genügend Mädchen für eine eigene Gruppe fanden. Gemischte Gruppen wurden nicht befürwortet, da diese im Primarschulalter füreinander nicht die entscheidende Bezugsgruppe darstellen und sich Konflikte und Unsicherheiten meist innerhalb der eigenen Geschlechtsgruppe ereignen.

Dauer: Die 1.–6. Gruppentherapie dauerte 18 Termine à 75 Mi nuten, die 7. Gruppentherapie 22 Termine à 75 Minuten. Die zur 7. Gruppentherapie begleitende Elterngruppe umfasste sieben etwa monatliche Termine à 90-105 Minuten.

Zeitpunkt: Die Gruppentherapie fand jeweils am frühen Nach mittag statt, sodass die Kinder einen Teil der Mittagspause und die Schule, die auch von der Gruppentherapie profitiert, eine Unter richtsstunde zur Verfügung stellen mussten.

Gruppengröße: Aufgrund der begrenzten Größe des Spielzim mers musste die Teilnehmerzahl auf fünf Kinder beschränkt werden, auch wenn uns sechs optimal erscheinen. Faktisch wurden zwei Gruppen nur mit vier Kindern durchgeführt: In der 1. Gruppenthera pie kam ein Kind von Beginn an nicht und in der 3. Gruppentherapie mussten ein sehr junges Kind, nachdem es von drei Probeterminen zwei verpasst hatte, wegen mangelnder Kooperation und Unterstüt zung durch die Eltern ausgeschlossen werden.

Indikation: Die Indikation wurde gemäß ICD-10-Diagnosen, die mit beeinträchtigten sozialen Kompetenzen einhergehen, gestellt: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störung des Sozialverhaltens (F91), Störung des Sozialverhaltens bei vorhande nen sozialen Bindungen (F91.2), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), Kombinierte Stö rung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Störung mit so zialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2). Jede Gruppe war vom Diagnosespektrum her jedoch bewusst heterogen zusammengesetzt.

Probezeit: Die ersten drei Gruppentermine galten als Probe zeit. Danach konnten die Kinder, die Eltern und wir Therapeuten

entscheiden, ob die Teilnahme fortgesetzt werden soll. Ein Kind wurde nach der Probezeit ausgeschlossen, da die Eltern nicht in der Lage waren, seine regelmäßige Teilnahme zu garantieren. Ein anderer Junge mit sozialer Ängstlichkeit wollte nicht mehr kommen, konnte dann aber von den Eltern und Therapeuten zum Weitermachen motiviert werden. Ein weiteres Kind legte es im Verlauf der Gruppe darauf an, aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden, indem es massive Grenzüberschreitungen zeigte. Es wurde dennoch gehalten, um ihm nach bereits mehreren Schul- und anderen Gruppenausschlüssen die Erfahrung zu ermöglichen, nicht erneut ausgeschlossen zu werden.

Besonderheiten: Alle **weiteren Interventionen**, die parallel zur Gruppentherapie stattfanden, bestanden bereits vor Gruppenbeginn und sind in der Baseline der Prä-Messung enthalten. Es fand während der Gruppentherapie also keine Veränderung der störungsrelevanten Maßnahmen (z. B. Medikation mit Ritalin) statt. Ursprünglich war eine **verhaltenstherapeutische Vergleichsgruppe** geplant, die aber lediglich zwei Mal durchgeführt wurde, womit kein vollständiger Vergleichsdatensatz zur Verfügung steht. Die geplante **Kontrollgruppe**, die als Wartegruppe konzipiert war, ließ sich nicht realisieren, da die Eltern und Lehrer der Wartegruppe die Fragebogen unzuverlässig ausfüllten und die Kinder meist schnell andere Maßnahmen erhielten. Keines dieser Kinder nahm danach an unserer Gruppentherapie teil.

Elterngruppe: Die 7. Kinder-Gruppentherapie, welche mit 22 Terminen etwas länger als die Gruppen 1–6 dauerte, wurde von vornherein mit einer parallel stattfindenden Elterngruppe konzipiert. Die Elterngruppe beinhaltete sieben Termine à 90 Minuten, die auf Wunsch der Eltern auf maximal 105 Minuten ausgedehnt werden konnten, in etwa monatlichem Abstand. Die Gruppe traf sich abends, damit auch berufstätige Elternteile teilnehmen konnten. Es nahmen jeweils 5–10 Eltern teil, wobei jede Familie mit mindestens einem Elternteil vertreten sein sollte. Bei vollständigen Familien wurde die Teilnahme beider Eltern gewünscht, jedoch nicht zur Bedingung gemacht. Bei getrennt lebenden Eltern waren beide eingeladen, sofern sie einigermaßen konfliktfrei miteinander kommunizieren konnten. Auch neue Partner und Partnerinnen waren unter dieser Prämisse willkommen. Auf Wunsch konnten die Eltern zur konkreten Umsetzung der besprochenen Themen Telefontermine zu vorher festgelegten Zeiten in Anspruch nehmen. Das Gruppenzimmer war jeweils 15 Minuten vor Gruppensitzungsbeginn bereits geöffnet, sodass die Eltern sich bereits früher ungezwungen bei einer kleinen vorbereiteten Erfrischung treffen und mit einander reden konnten.

4. Methode

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 33 Jungen. Der **Altersrange** beträgt bei Gruppenbeginn zwischen 7,9 und 12,4 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 9,6 Jahren ($SD=1,4$ Jahre).

Das **Intelligenzspektrum** liegt zwischen $IQ=78$ und $IQ=141$ mit einem Mittelwert von $IQ=107$ ($SD=14,8$). Einen unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten wiesen drei Kinder (9.1%) und einen (weit) überdurchschnittlichen sechs Kinder (18.2%) auf, womit die kognitiv schwächeren Kinder etwas unterrepräsentiert und die intellektuell stärkeren Kinder leicht überrepräsentiert sind.

Bei den **Diagnosen** (vgl. Tabellen 1+2) wies der überwiegende Teil der Kinder (81.7%, $n=27$) eine Störung des Sozialverhaltens aus dem externalisierenden Spektrum im Sinne von aggressiv-oppositionellem Verhalten auf und nur knapp ein Fünftel (18.3%, $n=6$) eine internalisierende Störung im Sinne von sozialer Ängstlichkeit. Fast drei Viertel der Kinder (73.2%) wiesen eine Komorbidität auf Achse 1 auf. Bei fast zwei Dritteln der Kinder (63.6%, $n=21$) oder gut 80% aller Kinder mit einer Komorbidität betraf dies eine komorbide Störung der (Hyper-)Aktivität und Aufmerksamkeit, eines hatte eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität und vier eine Emotionale Störung des Kindesalters (12%). Im Weiteren hatte knapp ein Drittel der Kinder (30.3%) eine komorbide Entwicklungsstörung auf der Achse 2: Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (12.1%, $n=4$), Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (12.1%, $n=4$) sowie Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (6.1%, $n=2$).

Tabelle 1: Häufigkeit der Hauptdiagnosen (Indikation zur Gruppentherapie)

| | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F90.1 | 18 | 54.5 |
| Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten F91.3 | 7 | 21.2 |
| Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F92 | 1 | 3.0 |
| Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen F91.2 | 1 | 3.0 |
| Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F93.2 | 5 | 15.2 |
| Anpassungsstörung mit Störung von Gefühlen und Sozialverhalten F43.25 | 1 | 3.0 |
| Total | 33 | 100.0 |

Tabelle 2: Häufigkeit der komorbiden Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

| | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0 + F90.1 | 21 | 60.0 |
| Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität F98.8 | 1 | 2.9 |
| Emotionale Störung des Kindesalters F93.8 + F92.0 + F43.25 | 4 | 11.5 |
| keine | 9 | 25.7 |
| Total | 35 | 100.0 |

Zusätzliche Maßnahmen während der Gruppentherapie:

Knapp die Hälfte der Kinder (45.5%, n=15) wurde ausschließlich mit der Kindergruppentherapie behandelt. Bei weiteren 15% (n=5 der 7. Therapiegruppe) wurde die Gruppenbehandlung zusätzlich durch eine begleitende Elterngruppe ergänzt. Zwei allein erziehende Mütter waren zusätzlich in einem städtischen Programm der sozialpädagogischen Familienbegleitung. Zudem erhielten 18.2% (n=6) der Kinder eine schulisch-pädagogische Maßnahme (Heilpädagogischer Förderunterricht, Klassenwechsel). Rund ein Drittel der Kinder (36.4%, n=12) wurde während der Gruppentherapie medikamentös mit Ritalin behandelt. Bei diesen wurde die Baseline im Rahmen der Prä-Messung der Symptomatik (Fragebogen) unter Ritalin erhoben, einzig die Intelligenzmessung fand unter kurzzeitiger Aussetzung der Medikamenteneinnahme statt.

Familie: Mehr als die Hälfte der Kinder stammt aus einer vollständigen biologischen oder nicht-biologischen Familie (51.5%, n=17, bzw. 9.1%, n=3), und 39.4% (n=13) der Kinder werden durch einen allein erziehenden Elternteil betreut, womit diese Personengruppe auch überrepräsentiert ist. Ein Drittel der Kinder ist Einzelkind (30.3%, n=10). Die Eltern der meisten Kinder (Mütter 66.7%, Väter 54.5%) weisen einen Lehr- oder einen Volksschulabschluss auf. Die akademisch ausgebildete Schicht (Matura, Fachhochschule, Universität) der Eltern ist etwas überrepräsentiert (Mütter 33.3%, Väter 42.4%). Die Mehrheit der Mütter ist berufstätig (69.7%, n=23), was deutlich über dem Durchschnitt liegt, und alle Väter, von denen wir über entsprechende Angaben verfügen, sind berufstätig.

Die Gruppenkinder waren in der Mehrheit zusätzlich durch familiäre Faktoren belastet. Mehrere Eltern (17.1%, n=7, v. a. Mütter) waren psychisch belastet und zeigten eine Vielzahl von Symptomen (Depressionen und Suizidversuche, Sozialer Rückzug und Kontaktprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität). Einige (17.1%, n=7) lebten in Familien mit Paarkonflikten bis hin zu konkreten Trennungsabsichten. Im Weiteren fällt auf, dass ein Viertel der Kinder (24.4%, n=10) in der Schule eine Außenseiterrolle einnimmt.

Diagnostik und Evaluation

Es wurden vier **Untersuchungszeitpunkte** gewählt: vor der Gruppentherapie (Prä), nach der Gruppentherapie (Post1), 1. *Katamnese* sechs Monate nach Gruppentherapieende (Post2) sowie 2. *Katamnese* zwölf Monate nach Gruppentherapieende (Post3).

Mit jedem Kind wurde vor der Gruppentherapie (Prä) eine ausführliche **Intelligenzuntersuchung** durchgeführt (HAWIK-III von Tewes et al., 1999, bzw. K-ABC von Kaufman, 1994), wobei diese bisweilen bereits durch die intern zuweisenden Kollegen erfolgt war. Bei externen Zuweisenden wurde in jedem Fall eine eigene Intelligenzuntersuchung vorgenommen.

Im Weiteren füllten die Kinder, Eltern und Lehrpersonen zu allen vier Messzeitpunkten (Prä bis Post3) eine Fragebogenbatterie aus.

Als **Screening-Fragebogen** wurde die *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991) bzw. die *Teachers Report Form* (TRF, Achenbach, 1991, Schweizer-Normierung durch Steinhausen, Winkler-Metzke & Kannenberg, 1998) eingesetzt.

Zur Erfassung der **externalisierenden Symptomatik** wurde gemäß DSM-IV-Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens der Fragebogen *„Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV“* (OPT, Lugt, 1998) eigens zusammengestellt. Der Fragebogen *„Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV“* umfasst 10 Items wie „Schiebt die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere“ oder „Widersetzt sich aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen“. Zudem finden sich 3 Fragen zu Beeinträchtigungen: „Führen die Verhaltensweisen des Kindes zu Beeinträchtigungen ...“, „in der Beziehung zu ihnen“, „im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „in der Schule“. Alle Items sind 5-stufig skaliert (nein – selten – manchmal – ziemlich oft – häufig).

Die **internalisierende Symptomatik** wurde mit der *Social Anxiety Scale for Children Revised* (SASC-R-D von La Greca & Stone, 1993, deutsche Fassung Melfsen & Florin, 1997) erfasst.

Da Kinder mit externalisierenden wie auch internalisierenden Störungen viele **konkrete Ängste** aufweisen, wurde zudem in der 2.–6. Gruppentherapie der *Fear-Survey-Schedule for Children* (FSSC-R von Th. Ollendick, 1978, deutsche Übersetzung von Steinhausen) eingesetzt, der 103 Fragen zu verschiedensten Ängsten aufweist.

Zudem wurde das **Selbstwertgefühl** in Bezug auf die Schule, die Freizeit und zu Hause mit der *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche* (ALS, Schauder, 1996) erhoben.

Bei der 7. Gruppentherapie wurde auf den FSSC-R und die ALS verzichtet und dafür eine **familiendiagnostische Untersuchung** mit dem *Familien-Identifikations-Test* (FIT, Remschmidt & Matzejat, 1999) durchgeführt.

Aus Platzgründen verzichteten die Autoren an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung der durchgeführten **Prozessevaluation**, welche nach jedem Termin über einen eigens entwickelten Fragebogen durch die Kinder und beide Therapeuten mit Bezug auf jedes Kind erhoben wurde.

Statistische Analysen

In der Datenanalyse (SPSS für Windows) wurden zunächst einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und nachfolgende t-Tests berechnet, um die Therapieeffekte über die Zeit (T0=Prä, T1=Post, T2=Katamnese 1 sechs Monate und T3=Katamnese 2 zwölf Monate nach Therapieende) zu evaluieren. Während die Varianzanalyse vollständige Datensätze zu allen Messzeitpunkten voraussetzt, konnten die Einzelkontraste zum Vergleich zweier Zeitpunkte teilweise auf Basis eines größeren Datensatzes analysiert werden, wodurch sich einzelne Effekte auch klarer zeigten. Mit zweifaktoriellen Varianzanalysen wurde zusätzlich untersucht, ob Moderatorvariablen wie zum Beispiel Gruppenzugehörigkeit, Alter, Bildung

der Eltern die Effekte der Gruppentherapie beeinflussen. Die Varianzanalyse mit zusätzlicher Berücksichtigung der variierten Gruppenkonzeption ergab kaum Gruppenunterschiede (1.–6. Gruppentherapie im Vergleich zur 7. Gruppentherapie) in der Beurteilung der Eltern, der Kinder sowie der Lehrpersonen, sodass sie im weiteren Verlauf zusammen ausgewertet wurden.

Im Folgenden werden zu einzelnen Fragebogenverfahren der Mittelwert-Verlauf und die signifikanten Veränderungen (F-Test) sowie die signifikanten Einzelkontraste zwischen den einzelnen Zeitpunkten (t-Tests) zusammengefasst. Aus Platzgründen werden nicht alle Daten der ein- und zweifaktoriellen Varianzanalyse im Einzelnen beschrieben und tabellarisch dargestellt, sondern an anderer Stelle gesondert publiziert² (Jenny, K ppler, Eschmann, Samson & Steinhausen, in Vorb.). Dass trotz zufrieden stellender Effektst rken³ über alle Fragebogen (mittlere ES=0.63) auf die Beschreibung der Ergebnisse der Lehrpersonen verzichtet wird, rechtfertigt sich auch dadurch, dass diese Ergebnisse dieselben Trends aufweisen, wenngleich sie aufgrund einer geringeren konstanten Antwortbeteiligung der Lehrpersonen auf einer geringeren Datenbasis (N) beruhen. Die Ergebnisse des FSSC-R werden trotz hoch signifikanter Ergebnisse und mittlerer bis guter Effektstärken (Eltern ES=0.79, Kinder ES=0.55) ebenfalls nicht an dieser Stelle publiziert, da sie den Befunden aus dem SASC und dem CBCL entsprechen. Beim ALS ließen sich keinerlei Ver nderungseffekte feststellen, weshalb lediglich in der Diskussion darauf eingegangen wird.

5. Ergebnisse

 ber alle Verfahren hinweg beobachteten die Eltern die ausgeprägteste Symptomatik und die deutlichste Verbesserung, was sich auch in der hohen mittleren Effektstärke von 0.85 zeigt. Die Kinder nahmen eine geringere Symptomatik wahr und erlebten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine bedeutsame Abnahme der Symptomatik, wie es auch die befriedigende mittlere Effektstärke (0.60) abbildet.

Evaluation auf der Ebene einzelner Instrumente

Child Behavior Checklist (CBCL, vgl. Tab. 3 und Abb. 2): Grundsätzlich zeigen sich in der CBCL sowohl im Gesamtwert als auch bei den Skalen ‚Externalisierung‘ und ‚Internalisierung‘ wie auch auf der Ebene aller Faktoren Veränderungen in erwünschter Richtung, die im Vergleich vom Ausgangszeitpunkt vor der Gruppentherapie

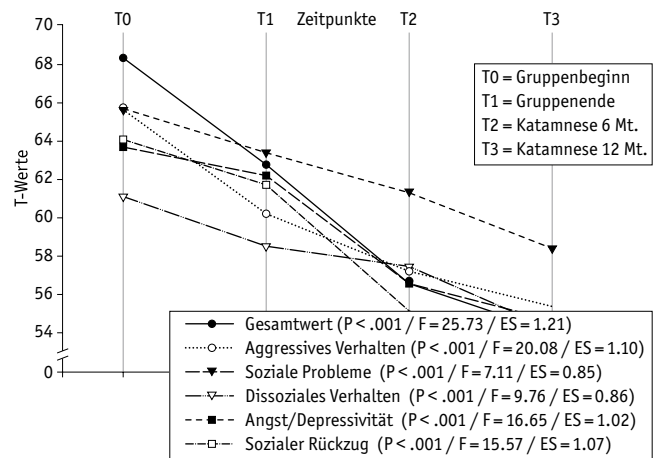
Tabelle 3: Auswahl der Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL): Gesamtwert und Subskalen

| CBCL 1.–7. Gruppe n=19 | Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) | | | | | | | | F/ Chi | p | ES |
|------------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|-----------|-----|------|
| | T0 | | T1 | | T2 | | T3 | | | | |
| Gesamtwert | 68.3 | 12.8 | 62.8 | 11.8 | 56.6 | 11.5 | 54.1 | 10.6 | 25.73 | *** | 1.21 |
| Externalisierung | 64.0 | 10.8 | 59.4 | 8.2 | 55.1 | 10.5 | 52.6 | 9.8 | 18.97 | *** | 1.11 |
| Internalisierung | 64.0 | 11.8 | 61.0 | 11.8 | 53.2 | 11.3 | 51.7 | 9.8 | 22.13 | *** | 1.12 |

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES=Effektst rke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 23–27. Die kursiv gedruckten Werte stellen Chi²-Werte des Friedman-Tests dar, da die Voraussetzungen laut dem Mauchly-Sphericity-Test für den F-Test nicht gegeben waren.

Abb. 2: Ergebnisse in der Child Behavior Checklist (CBCL): Gesamtwerte und Faktoren



zum Stand ein Jahr nach Therapieende (T0-T3 n=24 p ≤ .001) alle hoch signifikant sind. Der CBCL-Gesamtwert zeigt sowohl im Verlauf während der Gruppentherapie (T0-T1 n=24 p ≤ .01) als auch noch im ersten Halbjahr danach (T1-T2 n=25 p ≤ .001) sehr signifikante Veränderungen. Auf Skalenebene zeigen sich diese signifikanten Veränderungen im Bereich der externalisierenden Symptomatik während (T0-T1 p ≤ .001) und nach der Gruppentherapie (T1-T2 p ≤ .001), bei den internalisierenden Verhaltensweisen hingegen erst nach der Gruppentherapie (T1-T2 p ≤ .001). Auf Faktorenebene finden sich in einigen Bereichen signifikante Symptomreduktionen während der Gruppentherapie (T0-T1 n=27: Aggressives Verhalten p ≤ .001, Körperliche Beschwerden p ≤ .01 und Dissoziales Verhalten p ≤ .01), in anderen Bereichen erst nach der Gruppentherapie (T1-T2 n=25: Angst/Depressivität p ≤ .001, Sozialer Rückzug p ≤ .001). Die zweite Katamnese nach einem Jahr ergibt bei den Dissozialen Verhaltensweisen (T2-T3 n=25 p ≤ .05) sich verzögert einstellende signifikante Effekte. Die Effektstärken sind in den angestrebten Bereichen gut bis außergewöhnlich hoch ausgefallen (ES=0.85–1.21).

Oppositionelles-Trotzverhalten (OPT, vgl. Tab. 4): Die Symptomatik (Eltern n=23 p ≤ .01, Kinder: n=23 p ≤ .001) sowie die Belastung (Eltern n=22 p ≤ .01, Kinder n=16, p ≤ .01) haben über den gesamten Zeitverlauf in der Einschätzung der Eltern und Kinder

2 Interessierte Leser können weitere Ergebnisse bei den Autoren anfordern.
3 Die Berechnung der Effektstärken erfolgte nach der klassischen Vorgehensweise (Cohen's d) für abhängige (repeated measurement) Daten.

Tabelle 4: Ergebnisse in der Skala Oppositionelles-Trotzverhalten gem. DSM-IV (OPT)

| OPT 1.-7. Gruppe | Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) | | | | | | | | F/ Chi | p | ES | |
|---------------------|---|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----------|-------|-----|------|
| | T0 | | T1 | | T2 | | T3 | | | | | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | | | | |
| Eltern (n=22-23) | Symptome | 22.3 | 7.5 | 17.8 | 5.7 | 16.7 | 8.0 | 15.7 | 8.1 | 3.84 | * | 0.84 |
| | Belastung | 7.7 | 2.8 | 5.6 | 2.6 | 5.4 | 2.5 | 4.8 | 3.2 | 15.94 | *** | 0.97 |
| Kind (n=29) | Symptome | 18.4 | 6.2 | 15.5 | 4.2 | 13.6 | 5.4 | 13.3 | 5.5 | 9.30 | *** | 0.88 |
| | Belastungen | 3.4 | 2.3 | 2.4 | 1.6 | 2.2 | 1.5 | 2.4 | 1.4 | 7.02 | *** | 0.53 |

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES = Effektstärke
 T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 24–31 und bei den Kindern zwischen 29–33.

Tabelle 5: Ergebnisse in der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R)

| SASC-R 1.-7. Gruppe | Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) | | | | | | | | F/ Chi | p | ES | |
|------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|-----------|-------|-----|------|
| | T0 | | T1 | | T2 | | T3 | | | | | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | | | | |
| Eltern (n=22-23) | Gesamt | 25.0 | 13.1 | 21.5 | 13.5 | 18.2 | 11.8 | 13.1 | 10.7 | 11.57 | *** | 0.98 |
| | SAD | 9.8 | 7.0 | 8.4 | 5.9 | 7.4 | 6.0 | 5.6 | 5.1 | 12.85 | ** | 0.69 |
| | FNE | 15.6 | 8.6 | 12.8 | 8.6 | 10.6 | 7.2 | 7.2 | 7.1 | 12.88 | *** | 1.07 |
| Kind (n=24-27) | Gesamt | 19.4 | 9.1 | 13.8 | 7.7 | 11.9 | 8.2 | 12.7 | 9.7 | 23.60 | *** | 0.70 |
| | SAD | 9.6 | 4.5 | 6.7 | 4.0 | 5.3 | 4.5 | 5.3 | 4.6 | 23.39 | *** | 0.94 |
| | FNE | 9.8 | 6.2 | 7.3 | 4.9 | 6.5 | 5.6 | 7.0 | 6.0 | 11.61 | ** | 0.45 |

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES = Effektstärke
 T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.
 SAD = Vermeiden von und Belastung durch soziale Situationen (Social Avoidance and Distress Scale),
 FNE = Furcht vor negativer Bewertung (Fear of Negative Evaluation)

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 18–20 und bei den Kindern zwischen 26–33.

hoch signifikant abgenommen, wobei beide die Symptomreduktion (Eltern $p \leq .01$, Kinder $p \leq .05$) und die Entlastung (Eltern $p \leq .001$, Kinder $p \leq .01$) am deutlichsten bereits während der Gruppentherapie (T0–T1) wahrnehmen. Die Effektstärke ist bei den Eltern-Angaben hoch ausgefallen (0.84–0.97), bei den Kindern zeigt die Symptomreduktion ebenfalls eine gute Effektstärke (ES=0.88), während die Effektstärke im Bereich der Abnahme der Belastungen (ES=0.53) als mäßig einzuschätzen ist.

Social Anxiety Scale for Children–Revised (SASC-R-D, vgl. Tab. 5): In der Einschätzung der Eltern hat das ängstliche Verhalten insgesamt hoch signifikant ($p \leq .001$) und über den gesamten Untersuchungszeitraum konstant abgenommen, wobei die stärkste Abnahme im Vergleich zwischen Prä-Messung und den beiden Katamnesezeitpunkten (T0–T2 $n=23$ $p \leq .01$, T0–T3 $n=24$ $p \leq .001$) zu verzeichnen ist. Dies gilt vor allem für die Angst vor Kritik ($p \leq .001$), aber auch für das Vermeidungsverhalten ($p \leq .01$). Das Erleben der Kinder zeigt ebenfalls eine hoch signifikante Abnahme der Symptomatik insgesamt ($p \leq .001$) und in beiden Bereichen (SAD $p \leq .001$, FNE $p \leq .05$), die jedoch im Vermeidungsverhalten deutlicher zum Ausdruck kommt. Zudem nehmen sie den größten Effekt während der Gruppentherapie (T0–T1 z. B. Gesamtwert $n=33$ $p \leq .001$) sowie im Prä-Katamnese2-Vergleich (T0–T3 z. B. Gesamtwert $n=29$ $p \leq .001$) wahr. Die Effektstärke des Gesamtwertes ist für die Elternangaben insgesamt gut (ES=0.98) und für die Angaben der Kinder zufrieden stellend (0.70). Während die Effektstärke

bei den Eltern vor allem für die Angst vor Kritik (1.07) sehr deutlich ist, zeigt der Faktor Vermeidung von sozialen Situationen (0.94) bei den Kindern den stärksten Effekt.

Bedeutung von Moderatorvariablen

Die Befunde zu Einflussfaktoren, die den Ergebnisverlauf moderieren, werden im Folgenden summarisch berichtet und können aus Platzgründen an dieser Stelle nicht mit allen Ausgangsdaten tabellarisch dargestellt werden⁴.

Alter: Im OPT der Eltern ($n=23$) zeigt sich eine Interaktion mit dem Verlauf (Interaktionseffekt $p=.04$), indem sich bei den älteren Kindern die elterliche Belastung während der Therapie deutlicher und auch nach der Gruppe noch weiter reduziert. Im OPT der Kinder ($n=29$) findet sich zwar kein Interaktionseffekt, aber die älteren Kinder geben im Unterschied zu den Elternangaben ein geringeres Ausmaß der Symptomatik an und zeigen auch nach Therapieende eine weitere Symptomreduktion, während die jüngeren Kinder bereits vor der Gruppe eine ausgeprägtere Symptomatik aufweisen

und nach Therapieende nur noch eine leichte Abnahme verzeichnen (Gruppeneffekt $p=.01$). Auch im SASC-R-D ($n=21$) weisen die älteren Kinder gemäß den Angaben der Eltern eine etwas höhere Symptomatik im Bereich der Furcht vor negativer Bewertung auf, die jedoch während und v. a. nach der Gruppe sehr stark abnimmt, sodass sie ein Jahr nach Ende der Behandlung einen tieferen Wert aufweisen als die Gruppe der älteren Kinder (Interaktionseffekt $p=.05$).

Zusätzliche Behandlung: Kinder, denen während der Gruppentherapie eine weitere Maßnahme zukommt, weisen in verschiedenen Erhebungsverfahren eine ausgeprägtere Symptomatik auf. Im CBCL ($n=19$) zeigt sich, dass die mit Ritalin behandelten Kinder ($n=5$) vor und nach der Gruppentherapie signifikant höhere Werte im Faktor Aggressives Verhalten aufweisen. Sie profitieren in gleichem Maße von der Therapie und zeigen einen Symptomrückgang, wobei die Kinder ohne Ritalin katamnestic weiter einen stetigen Symptomrückgang aufweisen und somit bessere Langzeiteffekte zeigen. Die zusätzliche Behandlung mit Ritalin bewirkt also keinen Interaktionseffekt ($p=.82$), aber sowohl einen signifikanten Gruppen- ($p=.04$) als auch Zeiteffekt ($p < .01$), was einen parallelen Veränderungseffekt in beiden Gruppen dokumentiert. Dazu passt, dass die Kinder ohne Ritalin vor der Gruppe einzig bei der Subskala Internalisierende Störungen höhere Werte aufwiesen. Dies legt die

⁴ Interessierte Leser können diese Daten bei den Autoren anfordern.

Annahme nahe, dass aggressive und sozial weniger kompetente Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung vermehrt mit Ritalin behandelt werden.

Familie: Es zeigen sich insgesamt kaum Unterschiede je nach Familiensetting, Geschwisterposition, elterlicher Berufstätigkeit oder Bildung.

Kinder, deren **Eltern eine psychische Störung oder schwerwiegende Krankheit** aufweisen zeigen durchwegs höhere Symptomwerte. Sie haben in der Wahrnehmung der Eltern (CBCL $n=5$, SASC-R $n=5$) vor der Gruppentherapie mehr als doppelt so hohe Angstwerte und im CBCL zudem deutlich mehr Soziale Probleme als Kinder von gesunden Eltern. Während der Therapie sinken die Werte beider Kindergruppen gleichermaßen, vor allem im ersten Halbjahr nach der Gruppentherapie nehmen aber diejenigen der Kinder von belasteten Eltern nochmals stark ab, sodass die Kinder mit belasteten Eltern nach der Gruppentherapie eine erhebliche Verbesserung in ihren Angstwerten (Interaktionseffekte CBCL $p=.02$, SASC-R-D-Gesamt $p=.15$, SAD $p=.03$) und bei ihren sozialen Problemen ($p=.01$) aufweisen und dann nahezu das selbe (niedrige) Niveau der Kinder mit unbelasteten Eltern aufweisen. Trotz der kleinen Stichprobe verweist dies, gerade auch wegen der Einheitlichkeit der Befunde in verschiedenen Verfahren, zum einen auf die besondere Belastung der Kinder gesundheitlich belasteter Eltern und zum anderen darauf, dass gerade sie gut auf die Gruppentherapie ansprechen und von ihr besonders profitieren. Im CBCL findet sich zudem eine für die Kinder von (psychisch) kranken Eltern erhöhte Belastung bei der Subskala Internalisierende Störung sowie beim Faktor Sozialer Rückzug und dabei zwar kein Interaktionseffekt, aber ein paralleler Rückgang.

Im SASC-R ($n=27$) der Kinder zeigt sich im Vergleich zwischen **Einzel- und Geschwisterkindern** während der Gruppentherapie eine parallele Angstreduktion von einem vergleichbaren Niveau aus. Während nach der Gruppentherapie die Angstwerte der Einzelkinder wieder ansteigen, sinken sie bei den Geschwisterkindern weiter ab (Interaktionseffekt $p=.03$). So zeigt sich, dass ein sozialer Lernkontext wie eine Gruppentherapie gerade von Einzelkindern in besonderer Weise genutzt werden kann. Einzelkinder scheinen vor allem während der Gruppenbehandlung zu profitieren, wohingegen der Effekt sich nicht als gleichermaßen stabil erweist wie bei den Geschwisterkindern, die möglicherweise ihre neu entwickelten sozialen Kompetenzen im familiären Rahmen weiter stabilisieren und generalisieren können.

6. Diskussion

Es kann aufgrund der hier präsentierten Befunde festgehalten werden, dass sich die personenzentrierte Gruppentherapie in der vorliegenden Form mit einer Mischung aus einem strukturierten Teil und freier Spielzeit auch bei Störungen im Kindesalter, die mit einer

Beeinträchtigung der sozialen Kompetenzen einhergehen, als wirksam erwiesen hat. Dies bildete sich auch in den Gesprächen mit den Kindern, Eltern und der Schule nach Ende der Gruppentherapie und zu den beiden Katamnesezeitpunkten ab: Dort wurde konsistent berichtet, dass sich die Sozialkompetenz, das Selbstwertgefühl, empathisches Wahrnehmen und Denken, prosoziales Verhalten sowie das Akzeptieren von sozialen Regeln deutlich verbessert und sich die aggressive und/oder angstbezogene Symptomatik zugleich verringert habe.

Zusammenfassend zeigen sich also aus verschiedenen Beurteilerperspektiven und anhand verschiedener Untersuchungsverfahren in unterschiedlichen Bereichen, vor allem auch in den Zielbereichen des aggressiv-oppositionellen und des ängstlichen Verhaltens, eine bedeutsame Symptomreduktion und ein entsprechender Rückgang der Belastung, was den Befunden von Schmidtchen (1996a) entspricht. Die Effektstärken sind, im Besonderen bei den Angaben der Eltern, im Vergleich zur Literatur, wie sie z. B. Schmidtchen (1996a) aufgearbeitet hat, als sehr gut einzustufen. Casey & Berman (1985) haben in ihrer Meta-Analyse von Studien zu klientenzentrierten, verhaltenstherapeutischen, kognitiven und psychodynamischen Therapieverfahren eine durchschnittliche Effektstärke von 0.71 für die Psychotherapie mit Kindern errechnet. Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987) kommen mit einer Effektstärke von .79 auf ein ähnliches Ergebnis. Verschiedene Autoren (Schmidtchen, 1996a, Heekerens, 1996, Casey et al., 1985 und Weisz et al., 1987) weisen darauf hin, dass die klientenzentrierte Kindertherapie eine geringere Effektstärke als die verhaltenstherapeutische aufweist. In unserer Studie nun bewegen wir uns im ähnlichen Range der Effektstärken wie bei verhaltenstherapeutische Methoden.

Die Eltern schätzen die Symptomatik über alle Fragebogen hinweg am höchsten ein und nehmen auch die deutlichsten Verbesserungen wahr, was sich auch in der hohen mittleren Effektstärke zeigt. Die Kinder erleben im Vergleich zu den Eltern eine geringere Symptombelastung, jedoch ebenfalls eine Symptomabnahme über den gesamten Untersuchungszeitraum, was sich auch in einer zufrieden stellenden mittleren Effektstärke zeigt. Kinder und Eltern verzeichnen die Veränderung jedoch teilweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten: Tendenziell erfahren die Kinder sie pointierter bereits während der Gruppentherapie oder direkt danach, die Eltern eher etwas später. Die katamnesticen Untersuchungen ein halbes und ein ganzes Jahr nach Gruppentherapieende zeigen, dass die durch die Kinder erlebten und von den Eltern beobachteten erwünschten Veränderungen anhalten. Diese Befunde stehen im Einklang mit der Übersichtsarbeit von Froborg (2004), in welcher sie 40 empirischen Studien zur Behandlung erwachsener Klienten im Hinblick auf deren Langzeiteffekte analysiert.

Es zeigt sich auch, dass sich die 7. Gruppentherapie mit der längeren Dauer und der parallelen Elterngruppe im Erfolg nicht signifikant von den anderen Gruppentherapien unterscheidet.

Schmidtchen (1996a) fand hingegen bei der klientenzentrierten Einzelspieltherapie bessere Effekte bei einer Kombination mit ergänzenden Familien- oder Elterngesprächen. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Befundlage könnte darin gesehen werden, dass in einer begleitenden Elterngruppe nur begrenzt auf die individuellen Verhaltensschwierigkeiten des einzelnen Kindes und der konkreten familiären Alltagsdynamik eingegangen werden kann.

Für Gruppentherapien mit Kindern allgemein und im Besonderen auf der Basis des personenzentrierten Ansatzes als konzeptuellem Hintergrund liegen kaum Vorläufer-Studien vor. Die hier vorgelegten Ergebnisse können so lediglich im weiteren Kontext von Schmidtchens Effektivitätsstudien (1996a) über die Wirksamkeit von klientenzentrierter Kinderspieltherapie betrachtet werden. Auch die Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen von Casey & Berman (1985) und Weisz, Weiss, Alicka & Klotz (1987) erachten die Wirksamkeit der klientenzentrierten/nicht-direktiven Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als erwiesen. Heekerens (1996) verifizierte in seiner umfassenden Literaturrecherche die Gültigkeit dieser Befunde. Boulanger & Langevin (1992) wählten für ihre Studie zur gruppentherapeutischen Behandlung von fünf fünfjährigen Jungen mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten ein dem unseren ähnliches therapeutisches Vorgehen (16 Sitzungen) mit einem angeleiteten Teil und freier Spielzeit sowie einer begleitenden Elterngruppe: In fünf der sechs untersuchten Skalen (u.a. auch Depression und Aggression) zeigten sich signifikante Verbesserungen.

Wie für Forschungsprojekte im klinischen Versorgungskontext charakteristisch, unterliegt auch die vorliegende Untersuchung einigen methodischen Einschränkungen. Als erstes sind die fehlende Vergleichs- und Kontrollgruppe zu nennen, die sich, wie auch bei den oben genannten Vergleichstudien, aus praktischen Gründen nicht realisieren ließen. Somit bleibt letztlich offen, ob die betroffenen Kinder möglicherweise auch ohne Gruppentherapie eine Symptomreduktion aufgewiesen hätten, da sich Veränderungen prinzipiell auch bedingt durch biopsychosoziale Reifungsprozesse ergeben können. Zudem konnte nicht in einem größeren Umfang kontrolliert werden, welche Drittfaktoren (z. B. familiäre und schulische Veränderungen) die Symptomreduktion unterstützt haben. Im Besonderen muss hier auf die Kinder mit einer zusätzlichen medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) hingewiesen werden, da diese Behandlung immer wieder auch zu sekundären Effekten im Bereich des psychosozialen Funktionierens führt. Zum einen wurde dieser Effekt jedoch dadurch gemildert, dass die entsprechenden Kinder das Medikament bereits im Vorfeld der Prä-Messung einnahmen, und zum anderen wurde der statistisch nicht nachweisbare Effekt varianzanalytisch kontrolliert.

Ein längsschnittlicher Datensatz über vier Messzeitpunkte weist naturgemäß auch Lücken auf. Der größte Datenverlust findet sich bei den Angaben aus der Schule: Einige wenige Kinder besuchten

vor der Gruppentherapie keinen Schulunterricht (T0), bei anderen sollten nach Schulwechseln die neuen Lehrpersonen nichts von den früheren Schwierigkeiten wissen oder (neue) Lehrpersonen waren nicht bereit, etwas zum Evaluationsprojekt beizutragen. Somit fehlt in einigen Bereichen die Beurteilung durch die Lehrpersonen, die für die ergänzende Einschätzung des Erfolgs wichtig wäre. Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass 26 der Kinder nach der Gruppentherapie in der bestehenden Schulform (Volksschule: Regelklasse, Kleinklasse) weiterbeschult werden konnten. Bei den anderen sieben Kindern war der Wechsel in eine Privatschule oder in eine Kleinklasse der Volksschule bereits vor Gruppeneintritt geplant worden. Auch einige der Eltern schickten trotz mehrmaliger Erinnerungen vor allem bei den katamnesticen Befragungen (T2-3) die Fragebogen nicht zurück, weil sie unterdessen mit anderen Themen (z. B. Scheidung) absorbiert waren. Zudem weisen die vorhandenen Lücken im Datensatz der Eltern auch darauf hin, wie belastet und desorganisiert manche Familien strukturiert sind. Somit hätte die Kontrolle von Seiten der Therapeuten wohl noch intensiver ausfallen müssen.

Die Fragebogenauswahl könnte nach den vorliegenden Erfahrungen aus heutiger Sicht optimiert werden. Der CBCL als eines der Standardinstrumente der klinischen Forschung hat sich ebenso wie der SASC-R bewährt. Im Unterschied zum OPT und FSSC-R wären in Zukunft bereits bestehende, evaluierte und validierte Fragebogen vorzuziehen. Der FSSC-R scheint uns im deutschsprachigen Raum noch zu wenig verbreitet. Dass beim ALS keinerlei Effekte gefunden wurden, mag unter anderem mit der Tatsache, dass ein großer Teil der Kinder bereits vor der Gruppentherapie gute bis sehr gute Werte im ALS (Deckeneffekt) aufwies, zusammenhängen. Doch gerade die bekannten Deckeneffekte erweisen sich als für Verlaufsforschungen hinderlich.

Die Studie weist somit einige methodische Verbesserungsmöglichkeiten auf. Dennoch ergibt sie ein insgesamt sehr einheitliches Befundmuster, das zur Annahme berechtigt, die durchgeführte Form der personenzentrierten Kinder-Gruppentherapie als erfolgreich zu beurteilen. Weisz, Weiss und Donenberg (1992) äußerten die Vermutung, dass die Wirksamkeit von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen bisher mehrheitlich unter Laborbedingungen erforscht werde. Mit der vorgelegten Studie kamen die Autoren nun der Forderung nach einer Erprobung unter alltäglichen klinischen Bedingungen nach.

In diesem Sinne sind die Autoren bestrebt, das Gruppenmodell laufend zu verbessern und zu erweitern. So hat etwa die Elterngruppe auf der Symptomebene keinen unmittelbaren Effekt gezeigt, scheint also nicht zwingend parallel zur Kindergruppe stattfinden zu müssen, und kann vielmehr von ihr abgekoppelt durchgeführt werden. Seit drei Jahren wird nun auch versucht, den personenzentrierten Ansatz in der gruppentherapeutischen Behandlung von Kindern mit Störungen im autistischen Spektrum (Asperger-Syndrom, High-Functioning-Autismus) umzusetzen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL4-18)*. Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P. & Heim, K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Baggerly, J. (2004). The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression and Anxiety of Children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, Vol. 13 (2)*, 31–51.
- Barrett (1998). Evaluation of Cognitive Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27 (12)*, 459–468.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, 41–68.
- Boulanger, M. & Langevin, C. (1992). Direct Observation of Play-Group Therapy for Social Skills Deficits. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, Vol. 2 (4)*, 227–236.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*, 388–400.
- Froburg, I. (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie: Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33 (3)*, 196–208. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Harris, J. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review, 102*, 458–489.
- Heekerens, H. P. (1996). Wirksamkeit der personzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, 141–151.
- Hoag M. J. & Burlingame G. M. (1997). Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child Psychology, 26 (9)*, 234–246.
- Hobi, R. (1998). Therapie durch das Spiel. *Sondernummer des Brennpunkts zur SGGT-Fachtagung, Personzentriert: Thema und Variationen*. Zürich, Oktober 1998.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe, *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–138). Berlin: Springer.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person, 2*, 35–44. Wien: Facultas.
- Jenny, B., Käppler, C., Eschmann, S., Samson, B. & Steinhausen, H. C. (in Vorbereitung). Evaluation der personzentrierten Gruppentherapie mit Kindern.
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. (1994). Kaufman-Assessment Battery for Children: Deutschsprachige Fassung von P. Melchers und U. Preuss: Manual (2. ergänzte und korrigierte Auflage). Frankfurt/M.: Swets.
- Lietaer, G. & Keil, W. (2002). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer, 295–317.
- Löffel, H. & Manske, Ch. (2001). *Ein Dino zeigt Gefühle*. Bonn: Verlag mebes & noack.
- Lugt, H. (1998). *Fragebogen zum Oppositionellen Trotzverhalten bei Kindern nach den Kriterien des DSM-III*. Unveröffentl. Fragebogen, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zürich.
- McKee, D. (1986). *Du hast angefangen! Nein Du!* Düsseldorf: Sauerländer.
- Melfsen, S. & Florin, I. (1997). Die Social Anxiety Scale for Children – Revised. Deutschsprachige Version (SASC-R-D). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 6*, 224–229.
- Ollendick, T. H. (1978). *The Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*. Unpublished manuscript. Indian State University Terre Haute Indiana.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy, 21*, 685–692.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child: Carl Rogers als Kindertherapeut. *Person, 2*, 55–67. Wien: Facultas.
- Reisel, B. & Fehring, Ch. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 335–352). Wien: Springer.
- Remschmidt, H. & Matthejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauder, T. (1996). *Aussageliste zum Selbstwertgefühl (ALS): Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Schmidtchen, S. (1976). *Klientenzentrierte Spieltherapie: Beschreibung und Kontrolle ihrer Wirkungsweise*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1996a). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 153-194)*. Göttingen: Hogrefe, 99–139.
- Schmidtchen, S. (1996b). Wider den Non-Direktivitätsmythos: Empirische Analyse des Therapeutenverhaltens in erfolgreichen Kinderspieltherapien. *GwG-Zeitschrift 104*, 14–23.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen – Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In I. Lager (Hrsg.), *Reinhard Tausch-Festschrift zu seinem 80. Geburtstag*. Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. und Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40*, 34–42.
- Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies, St. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel: Prozessanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG-Zeitschrift, 99*, 15–23.
- Schmidtchen, S. & Hennies, S (1996). Wider den Non-Direktivitätsmythos: Hin zu einer differentiellen Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift, 104*, 14–24.
- Steinhausen, H. C., Winkler-Metzke, Ch. & Kannenberg, R. (1996). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Handbuch – Die Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1970). *Erziehungspsychologie-Psychologische Vorgänge in Erziehung und Unterricht*. Göttingen: Hogrefe.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (Hrsg.) (1999). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder HAWIK-III 3. Auflage: Manual*. Bern: Huber.

- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen – Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542–549.
- Weisz, J. R., Weiss, B. & Donnerberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578–1585.
- Yalom, J. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie*. München: Pfeiffer.

Angaben zu den Personen

Bettina Jenny (*1965), lic. phil., dipl. Primarlehrerin, klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin, seit 1994 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostikerin, Einzel- und Gruppentherapeutin tätig, verschiedene Lehraufträge wie z. B. an der Universität Zürich.

Philippe Goetschel (*1957), lic. phil., dipl. Kindergärtner, klinischer Psychologe und personenzentrierter Psychotherapeut, von 1996–2004 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostiker sowie Einzel- und Gruppentherapeut, seither an der Erziehungsberatungsstelle in Allschwil und in eigener Praxis tätig.

Christoph Käppler (*1962), Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, M.A.S. Children's Rights, Fachleitung Psychologie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Klinische Tätigkeit am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lehr- und Forschungstätigkeit im Rahmen der Abteilung Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters (PPKJ) an der Universität Zürich.

Hans-Christoph Steinhausen (*1943), Professor, Dr. med., Dipl.-Psych., Dr. phil., Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Verhaltenstherapeut, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Freie Universität Berlin 1979), Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Universität Zürich) und Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich seit 1987.

Kontaktanschrift

lic. phil. Bettina Jenny
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Neumünsterallee 3
CH-8032 Zürich
Telefon 0041/(0)43 499 26 26
Bettina.Jenny@kjpdzh.ch