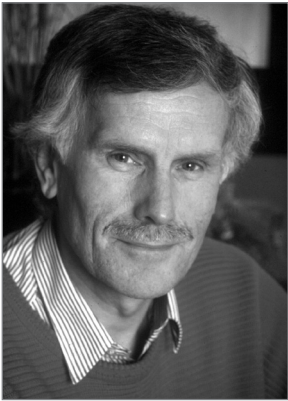


Stefan Schmidtchen

Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien



Prof. Dr. Stefan Schmidtchen

Leiter der Abteilung für Kinderdiagnostik und Kinderpsychotherapie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg

Anschrift des Autors:

Universität Hamburg
Psychologisches Institut II
Von Melle Park 5
20156 Hamburg

Der Beitrag ist eine z.T. überarbeitete Zusammenfassung von zwei Aufsätzen, die in anderen Publikationen veröffentlicht worden sind (s. Schmidtchen, 2001b, 2003).

1 Einleitung

Traditionellerweise ist die klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien (KPT-KJF) auf die Behandlung von ängstlichen, überkontrollierten Verhaltensweisen in Form von internalisierenden psychischen Störungen ausgerichtet (s. von Aster et al., 1994). Um die Störung des Sozialverhaltens erfolgreich mit einer KPT-KJF behandeln zu können, muss das klassische Nicht-Direktivitäts-Interventionskonzept von Axline (1997) zu Gunsten eines differenziellen Behandlungsangebotes auf der Grundlage von prozessleitenden Hilfen erweitert werden (s. Schmidtchen, 2001 a, b; Vieth & Schmidtchen, 2001). Diese Erweiterung ist erforderlich, weil die Störung des Sozialverhaltens zu den unterkontrollierten Störungen gezählt wird, deren Behandlung das gezielte Erlernen neuer Verhaltensmuster bedarf.

Bei der Störung des Sozialverhaltens (SSV) wird häufig davon ausgegangen, dass die Patienten deshalb ein aggressives und dissoziales Verhalten zeigen, weil sie auf Grund traumatischer Erfahrungen nicht in der Lage sind, ihre aggressiven Verhaltensimpulse zugunsten eines prosozialen Verhaltens zu kontrollieren. Im modernen klientenzentrierten Ätiologiekonzept nimmt man an (s. Kap. 2.1), dass die aggressiven und dissozialen Verhaltenstendenzen primär auf ein mangelhaftes Selbstwertgefühl und eine niedrige Frustrationstoleranz zurückzuführen sind, die sich aus Misshandlungs- und Deprivationserfahrungen ergeben haben. Werden diese stressauslösenden Erfahrungen in Missachtungs- und Versagungssituationen wieder aktiviert – und dies geschieht bei schwer traumatisierten Kindern sehr häufig – dann führen diese Situationen zu einem Stresserleben und in der Folge zu Flucht- und

Kampfreaktionen. Im Rahmen dieser Flucht- und Kampfreaktionen werden die stressauslösenden Konfliktpartner (das können Erwachsene und Kinder sein) häufig als „Feinde“ angesehen, gegen deren „Bedrohung“ sich die Kinder mit aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen wehren wollen.

Die Therapie der SSV muss deshalb darauf ausgerichtet sein, den Patienten zu helfen, ein positives Selbstwertgefühl zu erwerben, die Frustrationstoleranz zu erhöhen und die bedrohliche Wahrnehmung anderer Personen abzubauen (vgl. Lochman et al., 2000). Dies gelingt im Allgemeinen durch eine Korrektur der traumatisierenden Beziehungserfahrungen (insbesondere in Konfliktsituationen), die in der Weise geschieht, dass die Interessen der Kinder stärker geachtet und berücksichtigt werden. Zu diesem Zwecke müssen häufig auch die gestörten Bindungserfahrungen zu den Eltern verbessert werden. Des Weiteren müssen die Patienten lernen, ihre Kampf- und Fluchtimpulse zu hemmen, so dass die Konflikte nicht nur gefühlsmäßig, sondern auch rational gelöst werden können. Langfristig müssen sie lernen, eine Konfliktsituation nicht als einen „Überlebenskampf“ mit einem Gewinner und Verlierer anzusehen, sondern als eine alltägliche Problemsituation, in der in rationaler Weise ein Interessensausgleich zwischen den Konfliktpartnern herzustellen ist. Bei diesem Interessensausgleich müssen sie später auch in der Lage sein, ihre egozentrischen Bedürfnisse zurückzustellen.

Die geschilderten Störungsursachen und Behandlungsziele erfordern die Anwendung eines differenziellen klientenzentrierten Interventionskonzeptes. Dieses geht davon aus, dass die Ursachen einer psychischen Störung pati-

enten- und familienpezifisch behandelt werden müssen und dass bei der Behandlung auch prozessleitende Hilfen zur Anwendung kommen können.

2 Darstellung des differenziellen Störungs- und Interventionskonzeptes der KPT-KJF

Um verschiedenartige psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen behandeln zu können, ist eine Erweiterung des klassischen klientenzentrierten Störungs- und Interventionskonzeptes erforderlich. Diese Erweiterung betrifft im Wesentlichen in Anlehnung an Greenberg et al. (1993; 1994; 1998) die Rückführung von psychischen Störungen auf dysfunktionale emotionale Schemata und die Beeinflussung dieser Schemata durch prozessleitende therapeutische Hilfen (vgl. Sachse, 1999). Beide Annahmen sind unabhängig von den Erwachsenentherapeuten Greenberg et al. auch von Schmidtchen (1995a; 1997; 2001 a, b) in die Störungs- und Interventionslehre der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien eingebracht worden. Im Folgenden sollen die Konzepterweiterungen vorgestellt werden.

2.1 Differenzielles Störungskonzept der KPT-KJF

Im klassischen klientenzentrierten Störungskonzept werden psychische Störungen im Wesentlichen auf eine nicht angemessene Symbolisierung von wichtigen organismischen Erfahrungsprozessen, ein gestörtes Selbstkonzept und Inkongruenzen zwischen Tendenzen der Allgemeinen Aktualisierungstendenz und problematischen Selbstkonzeptannahmen zurückgeführt (vgl. Rogers, 1987; Schmidtchen, 2001 b).

Im differenziellen klientenzentrierten Störungskonzept gehen Greenberg et al. (1993) davon aus, dass die Ausbildung von psychischen Störungen das Ergebnis von dysfunktionalen emotionalen Schemata ist. Emotionale Schemata werden dabei als „zielgeleitete funktionale Einheiten angesehen, die

an die Umwelt gerichtet sind, um die Befriedigung von Grundbedürfnissen zu ermöglichen. Sie besitzen eine auslösende und bewirkende Komponente und schaffen ein Bedingungsmuster, in dem ein Schema zur Anwendung kommen kann. Zudem produzieren sie Erwartungen über Handlungseffekte“ (Greenberg et al., 1993, S. 66 ff).

Emotionale Schemata organisieren die Ausbildung von zielorientierten Verhaltensmustern, die darauf ausgerichtet sind, innere und äußere Bedingungen zu schaffen, in denen überlebens- und entwicklungsnotwendige Bedürfnisse befriedigt werden können. Diese Bedürfnisse decken sich in der Regel eng mit Entwicklungsaufgaben und betreffen in den ersten Lebensjahren eines Kindes den Erwerb von z.B. folgenden Verhaltenskompetenzen:

- eigenständige Regulation von Spannungen und Affekten;
- Bewältigung von Stress durch die Kontaktaufnahme mit einer Bindungsperson;
- Gestaltung verschiedener Funktionen des Selbstsystems;
- spielerische Informationsverarbeitung;
- sprachliche Kommunikation;
- Geschlechtsrollen-Identifikation;
- Kontaktgestaltung mit Gleichaltrigen etc. (vgl. Oerter, 1995; Schmidtchen, 2001a).

Im Rahmen des differenziellen klientenzentrierten Ätiologiekonzeptes wird davon ausgegangen, dass insbesondere folgende emotionale Schemata bedeutungsvoll sind. Schemata zur:

- (a) Organisation von sicheren Bindungserfahrungen;
- (b) angemessenen Symbolisierung von intrinsisch-motivierter Zielsetzungen (im Rahmen der Allgemeinen Aktualisierungstendenz);
- (c) Förderung des Selbstwirksamkeitsverhaltens;
- (d) Erhöhung des Selbstwertgefühles;
- (e) Integration von divergierenden Selbstkonzeptannahmen sowie
- (f) Bewältigung von Inkongruenzen (vgl. Satir et al., 2000; Schmidtchen, 2001 b; Biermann-Ratjen 2002).

Liegen diese Schemata in gestörter Form vor, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass notwendige Entwicklungsprozesse stagnieren und psychische Störungsmuster entstehen (vgl. Grawe, 1998, S. 570 f.).

2.2 Differenzielles Interventionskonzept der KPT-KJF

Aus den geschilderten klassischen und differenziellen klientenzentrierten Ätiologieannahmen ergibt sich ein differenzielles Interventionskonzept. Mit seiner Hilfe können die unterschiedlichen Störungsursachen durch eine gezielte, störungsspezifische Psychotherapie korrigiert werden. Diese betrifft sowohl die Arbeit mit dem Kinderpatienten als auch die mit seiner Familie und seinem Umfeld. Wegen der mehrdimensionalen Zielsetzung wird die Arbeit auch als multidimensionale Psychotherapie bezeichnet. Sie bezieht sich im Wesentlichen auf die Unterstützung des Kinderpatienten beim Erwerb von gesunden emotionalen Schemata und auf den Abbau der biopsychosozialen Risikofaktoren im Umfeld des Kindes, die für die Entstehung der gestörten emotionalen Schemata verantwortlich sind.

Nach Schmidtchen (2001 a, b) werden im Rahmen des differenziellen Interventionskonzeptes folgende globale Interventionsstrategien eingesetzt:

- (1) Angebot einer personzentrierten Beziehungsgestaltung zur Verbesserung des Selbstkommunikations- und Sozialverhaltens;
- (2) Angebot einer nicht-direktiven Spiel- und Gesprächsführung zur Förderung von selbstinitiierten, intrinsisch-motivierten Erfahrungsprozessen und
- (3) Angebot von prozessleitenden Hilfen zur Heilungs- und Entwicklungsförderung.

Charakteristisch für das differenzielle Interventionskonzept ist die sinnvolle Kombination dieser Strategien und ihr Einsatz in den verschiedenen Therapiesettings. Dabei ist das Angebot von leitenden Hilfen zur Unterstützung der

Veränderungsprozesse die wichtigste Erweiterung des klassischen, nicht-direktiven Interventionskonzeptes. Diese Hilfen drücken sich durch folgende Techniken aus:

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

Weitere prozessleitende Hilfen werden im Rahmen der Gestaltung der unspezifischen Interventionsstrategien gegeben. Sie beziehen sich insbesondere auf folgende Aspekte (s. Schmidtchen, 2001 a, S. 166):

- Informationsvermittlung über das Therapiekonzept und die Rollenaufgaben von Patient, Eltern und Therapeut;
- Abschluss eines Therapievertrages; Stellen von gezielten Fragen im Rahmen der Störungs- und Entwicklungsdiagnostik; Durchführung einer sorgfältigen Therapieplanung; Qualitätskontrolle der Therapiemaßnahmen; konzeptgetreue Durchführung der Therapiemaßnahmen etc. (s.a. Grawe, 1998, S. 21).

Die gezielte Anwendung der spezifischen und unspezifischen Interventionsstrategien führt in der Regel dazu, dass

die Störungsproblematik des Kinderpatienten in bedeutsamer Weise verbessert wird. So können die Effektstärke-Werte (ES-Werte) einer klassischen, nicht-direktiven Therapie von $ES = 0,15 - 0,56$ auf Werte von $ES = 1,58$ für eine differenzielle, multidimensionale Therapie gesteigert werden (vgl. Weisz et al., 1995; Schmidtchen, 2001 b; Beelmann & Schneider, 2003).

Da viele der Interventionen im Rahmen von heilungsfördernden Spielaktivitäten stattfinden, sollen kurz die Charakteristika einer therapeutischen Spielförderung vorgestellt werden (vgl. Rogers, 1974; Oerter, 1997; Schmidtchen, 1999 c):

- (1) Angebot einer helfenden, personzentrierten Beziehung zu einem Psychotherapeuten.
- (2) Förderung von selbstgewählten, intrinsisch-motivierten Spielthemen durch den Patienten.
- (3) Konzentration auf die Aktivitäten des Patienten im Verlauf des Spielprozesses und nicht auf das Spielergebnis.
- (4) Förderung einer lustvollen Spielstimmung.
- (5) Stimulation des Patienten zu Spielaktivitäten, die Ausdruck emotionaler Schemata sind.
- (6) Bewusstmachen der Quasi-Realität der Spielhandlung und der Unterschiede zwischen einem Spiel- und Realitätskontext.
- (7) Betonung der Freiheit der Bedeutungsgebung von Spielmaterialien.
- (8) Hinweis auf die Freiheit der Variation von Handlungsvollzügen.
- (9) Setzen von Grenzen zum Schutz der Freiheit der Spielhandlungen und der therapeutischen Beziehung.

Die geschilderten Charakteristika einer therapeutischen Spielförderung werden nicht nur in der Spieltherapie mit einem Kinder- und z.T. auch Jugendlichenpatienten angewendet, sondern in gewissen Abänderungen auch in einer klientenzentrierten Familientherapie. Die Abänderungen betreffen im Wesentlichen die Freiheit der Spielthemenwahl. Während in der Kindertherapie der Patient die Spielthemen auswählt, macht der Therapeut in der Famili-

entherapie Themenvorschläge. Diese sollten von der Familie jedoch nur dann übernommen werden, wenn alle Familienmitglieder den Themenvorschlägen in intrinsisch-motivierter Weise zustimmen können. Als Vorschläge haben sich in der klientenzentrierten Familientherapie u.a. folgende familiäre Spielthemen bewährt (vgl. Kemper, 2002; Satir et al., 2000; Schmidtchen, 2001a):

- Erstellung einer Familienskulptur zur Klärung und Korrektur von Familienbeziehungen;
- pantomimisches Darstellen von personzentrierten Kommunikationsstilen zur Verdeutlichung der nicht-verbalen Charakteristika einer wertschätzenden, empathischen und kongruenten Interaktion;
- Offenbarung von familiären Integrations- oder Trennungstendenzen im Rahmen eines Parts-Party-Spieles;
- Kennzeichnung wichtiger intrinsischer Bedürfnisse von Familienmitgliedern durch ein Wunsch-Erfüllungsspiel (z.B. im Rahmen eines Zauberspiels) und Steigerung der familiären Kohärenz durch ein Familien-Überlebensspiel auf einer einsamen Insel.

Im Folgenden soll die Anwendung des differenziellen Störungs- und Interventionskonzeptes anhand einer Fallstudie exemplifiziert werden. Es handelt sich um die Therapie eines siebenjährigen Jungen, der zu Behandlungsbeginn die ICD-10-Diagnose „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung“ (F 92.0) aufwies. Dabei lag eine depressive Störung vom Typ „Dysthymia“ (F 34.1) vor. Die Therapie wurde in der Erziehungsberatungsstelle des Psychologischen Instituts II der Universität Hamburg durchgeführt und dauerte ca. ein Jahr. Sie bestand aus 26 Kontakten klientenzentrierter Gruppenspieltherapie von je 50 Minuten Länge und 26 Kontakten klientenzentrierter Familientherapie.

Die Familientherapie wurde sehr variabel in der Weise durchgeführt, dass zwei Gespräche mit allen Familienmitgliedern, vier Gespräche mit beiden Elternteilen, fünf gemeinsame Spieltherapiekontakte mit Mutter und Kind und fünfzehn Einzelgespräche mit der

Mutter stattfanden. Aus den Angaben wird ersichtlich, dass die Gruppenspielertherapie (an ihr nahmen insgesamt drei Kinder teil) von einer intensiven Elternarbeit begleitet wurde (vgl. Ehlers, 1981; Lude 2002).

Die Behandlung ist in Teilaspekten (z.B. bezüglich der in der Therapie bearbeiteten emotionalen Schemata) in einer Diplomarbeit von Buck et al. (1989) veröffentlicht worden und bezüglich der Pathogenese in einer Fallstudie von Schmidtchen (1997). In der vorliegenden Darstellung soll eine zusammenfassende Sicht der verschiedenen Teilaspekte unter besonderer Betonung des prozessleitenden Therapeutenverhaltens vorgenommen werden.

3 Falldarstellung

3.1 Biographische Daten und Symptomatik

Der Patient Tom war zu Behandlungsbeginn 7 Jahre alt und wohnte mit seiner 32jährigen Mutter (Beruf: Sozialarbeiterin) und seinem 31jährigen Vater (Beruf: Bauzeichner) in Hamburg. Er war das einzige Kind seiner Eltern, die unverheiratet zusammenlebten. Beide Eltern waren ganztags berufstätig, so dass Tom vormittags die Vorschule und nachmittags eine Kindertagesstätte besuchte. Auslösendes Ereignis für die Bitte um eine therapeutische Hilfestellung war die Situation, dass Tom nach 4 Wochen Unterricht wegen seines stark störenden Sozialverhaltens aus der Grundschule in die Vorschule zurückversetzt wurde.

Tom hat ein ansprechendes Äußeres, ist von guter bis sehr guter Intelligenz und von einer großen sozialen Neugierde. Die Eltern stammen aus einer kleinen Stadt am Niederrhein. Ihre Partnerschaft war bis zum Therapiebeginn sehr problematisch, da Toms Mutter ihren Lebenspartner in vielen Bereichen ablehnte und ihn bezüglich der Erziehung von Tom für „unmündig“ (so sagte es Toms Mutter wörtlich) hielt. Toms Vater ließ dies alles stoisch mit sich geschehen und hielt sich schweigend im Hintergrund. Er

hat dieses Verhalten erst gegen Ende der Therapie aufgegeben.

Das problematische Partnerschaftsverhalten der Eltern lässt sich lebensgeschichtlich erklären. Toms Mutter hatte bereits in ihrer Jugendzeit eine sehr dominante Rolle in ihrer Ursprungsfamilie gespielt und das Verhältnis zu ihren Eltern so belastet, dass sie mit 18 Jahren „quasi aus dem Elternhaus hinausgejagt wurde.“ Sie bezeichnete ihre Eltern als „kleinbürgerlich und langweilig“ und gab an, dass sie ihre Mutter „verachtet“ habe, weil sie sich gegen deren „langweiligen Mann“ nicht durchgesetzt und das Frauenschicksal einer „angepassten, emotional toten und unterwürfigen Frau“ gelebt habe. Dieses Schicksal sei ihr ein „Horror“ gewesen und sie habe sich deshalb geschworen, sich niemals „einem Mann unterzuordnen“; stattdessen wollte sie einen eigenständigen „nur auf sich gestellten Weg“ gehen.

Nach dem Verlassen des Elternhauses besuchte Toms Mutter die Fachhochschule und verdiente ihren Lebensunterhalt selbst. Sie brach den Kontakt zu ihren Eltern ab und nahm kein Geld von diesen an. – Toms Vater lebte als Einzelkind lange bei seinen Eltern und wurde von seinem Vater streng erzogen und von der Mutter verwöhnt. Er ordnete sich beiden Elternteilen schweigend unter und ging ohne großes Aufsehen seinen eigenen Weg.

Die erste Lebenszeit von Tom verlief sehr problematisch. Toms Mutter wurde mit 24 Jahren schwanger und trennte sich im 6. Schwangerschaftsmonat vom Vater des Kindes. Sie tat dies, weil sie sich durch dessen Wunsch nach Eheschließung so eingeengt gefühlt hatte, dass sie sich entschloss, „das Kind allein auf die Welt zu bringen“. Um gegen mögliche Risiken im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt gewappnet zu sein, nahm sie jedoch wieder den Kontakt zu ihren Eltern auf und informierte diese über ihre Schwangerschaft. Die Eltern waren von dem Gedanken, Großeltern zu werden, so angetan, dass sie den „Makel“ einer unehelichen Schwangerschaft und Geburt akzeptierten. Durch diesen „nach jahrelangem

Zerwürfnissen erstmalig wieder guten Zusammenhalt“ zwischen Toms Mutter und ihren Eltern verliefen die letzten Schwangerschaftsmonate sehr harmonisch und problemlos, so dass Tom im Krankenhaus des elterlichen Wohnortes geboren wurde und die ersten Lebensmonate im Hause seiner Großeltern verbrachte.

Wenige Wochen nach der Geburt ihres Kindes nahm die Mutter das Studium zur Sozialpädagogik wieder auf und lebte in der Wohnung einer Freundin am Studienort und am Wochenende bei ihren Eltern. Tom wurde von der Großmutter betreut und am Wochenende von seiner Mutter. Aufgrund der Kontaktbemühungen von Toms Vater versöhnten sich die Eltern wieder und bezogen 6 Monate nach Toms Geburt eine eigene Wohnung am Studienort der Mutter. Tom lebte zunächst unter der Woche bei den Großeltern und war nur am Wochenende bei seinen Eltern. Dieser Zustand des Hin- und Hergerissenseins führte zu anfänglichen Protesten des Jungen und – als diese keinen Effekt hatten – zu einem stillen und scheuen Verhalten, schlechten Schlaf sowie schlechten Essverhalten. Tom begann wieder einzunässen und zeigte Angst vor dem Körperkontakt mit seiner Mutter und Großmutter. Nahmen diese den Körperkontakt auf, dann verhielt sich Tom „zurückweisend und steif.“

Im Verlauf der Therapie wurde sich Toms Mutter bewusst, wie schwer die ersten Lebensjahre für Tom gewesen sind. Ihr Wunsch, das Studium abzuschließen und danach in einem Beruf tätig zu sein, war jedoch so groß, dass sie das Leiden ihres Sohnes damals nicht wahrnehmen wollte. Gewissermaßen zum Ausgleich verwöhnte sie Tom am Wochenende und versuchte, „ihm jeden Wunsch von den Augen abzulesen und ihm alles das zu geben, was er wollte“. Auch erlebte sie Toms später auftretende Wutanfälle und Aggressionen ihr gegenüber als „berechtigt“ und begegnete ihnen „wehrlos“ und ohne erzieherische Konsequenz. Ihre Wehrlosigkeitsgefühle waren auch zu Beginn der Behandlung so stark, dass sie in den Einzelgesprächen häufig über

Schuld- und Ohnmachtsgefühle sprach und erst nach deren Aufarbeitung in der Lage war, angemessen und konsequent auf Toms Aggressionen zu reagieren.

Die aktuelle krisenhafte Situation von Tom und seinen Eltern stellte sich zu Beginn der Behandlung wie folgt dar: Tom wurde nach einem vierwöchigen Besuch der Grundschule wegen sozialer Schwierigkeiten mit den Mitschülern sowie verdeckter und offener Aggressionen gegenüber der Klassenlehrerin vom weiteren Schulbesuch zurückgestellt. Diese Schwierigkeiten zeigten sich in der Folge auch in der Vorschule und in der Kindertagesstätte. Außerhalb dieser Institutionen hatte er keinen Kontakt mit Gleichaltrigen und lebte mit Vater und Mutter in der gemeinsamen Wohnung relativ isoliert zusammen.

Da die Eltern berufstätig waren, sahen sie ihren Sohn nur morgens und abends und an den Wochenenden. Zu Hause war Tom meistens mit seiner Mutter allein, da sein Vater häufig bis spät abends arbeitete und – nach Auskunft der Mutter – einen intensiven Kontakt mit seinem Sohn vermied. Da Toms Mutter alle wichtigen Lebensentscheidungen betreffs ihres Sohnes allein fällte, nahm sie auch ohne Absprache mit ihrem Mann die Hilfe der Erziehungsberatungsstelle des Psychologischen Instituts II der Universität Hamburg in Anspruch. Toms Vater wurde erst nachträglich informiert, akzeptierte aber die Entscheidung seiner Frau und war zu vier Paargesprächen und zwei Familiengesprächen bereit.

Um die Ziele der prozessleitenden Hilfen festlegen zu können und um Kriterien für eine Effektivitätskontrolle der Therapie zu erhalten, wurden die Erzieher der Kindertagesstätte vor Behandlungsbeginn gebeten, eine Problemliste (s. Schmidtchen, 1999a, S. 152) von Toms Schwierigkeiten zu erstellen. Die dort aufgelisteten psychischen Probleme wurden anschließend von den Erziehern hinsichtlich des Umweltbelastungsgrades (U) und des Belastungsgrades der persönlichen Entwicklung (P) auf einer sechs-stufigen Skala mit Klassen: 0 = keine; 1 = sehr geringe; 2 = geringe; 3

= mittlere; 4 = starke; 5 = sehr starke Belastung beurteilt.

Im Rahmen des U-Urteils sollte das Ausmaß der Beschwerden festgestellt werden, das Umweltpersonen (Erwachsene und Kinder) durch Toms Symptome erlitten haben und im Rahmen des P-Ratings sollte die jetzige oder zukünftige seelische Belastung von Tom bei Fortbestehen der Symptomatik angegeben werden. Die Belastungsbeurteilung erbrachte für die folgenden Probleme folgende Werte:

- (1) Tom kann in Situationen, in denen er „einer unter vielen“ ist, seine Interessen nicht kundtun, sondern (1a) schweigt und wird nervend oder – wenn die Situation eskaliert – (1b) beleidigend und körperlich aggressiv. – Erste Testung des Belastungsgrades: U = 5; P = 5.
- (2) Tom kann mit gleichaltrigen oder älteren Kindern schlecht Kontakt aufnehmen und kooperieren, z.B. um sie zu fragen, ob er mitspielen darf oder um etwas von ihnen zu erbitten. Stattdessen versucht er, ihre Aufmerksamkeit durch ein Angeberverhalten oder ein Ärgern anderer Kinder oder der Lehrer zu erlangen. – Erste Testung des Belastungsgrades: U = 5; P = 5.
- (3) Tom leidet häufig unter somatoformen Beschwerden in Form von Erkältungskrankheiten, Bronchitiden und Magenschmerzen. – Erste Testung des Belastungsgrades: U = 4; P = 4.
- (4) Tom zieht sich bei Nichtbeachtung seiner Person und Nichtberücksichtigung seiner Interessen aus dem Kontakt mit anderen zurück, bleibt mit sich allein und wirkt einsam und gekränkt. – Erste Testung des Belastungsgrades: U = 4; P = 4.
- (5) Toms Grundstimmung ist häufig von Resignation, Energielosigkeit und Traurigkeit bestimmt. Er wirkt unglücklich und sein Gesichtsausdruck ist nach innen gerichtet. Seine Aufmerksamkeit für das Hier und Jetzt ist eingeschränkt. – Erste Testung des Belastungsgrades: U = 4; P = 4.
- (6) Tom verhält sich seiner Mutter gegenüber in Situationen, in denen er

sich von ihr nicht verstanden fühlt, beschimpfend und beleidigend. Er ist über ihr Unverständnis häufig so erbost und erregt, dass er zuweilen die Mutter zu schlagen versucht. – Erste Testung des Belastungsgrades: U = 5; P = 5.

3.2 Art und Erfolg der Interventionsmaßnahmen

Die Interventionsmaßnahmen in der Gruppenspieltherapie mit Tom sowie in der Familientherapie bestanden aus den im Kapitel 2.2 dargestellten Interventionsstrategien. Die Maßnahmen sollten dazu dienen, das Zeigen von intrinsisch-motivierten Experiencing-Prozessen und deren angemessene Symbolisierung zu fördern. Im Rahmen der Familientherapie waren sie darauf ausgerichtet, familiäre und sozioökologische Risikofaktoren abzubauen und den Eltern des Patienten zu helfen, ihren Sohn beim Erwerb von gesunden Schemata zur Bedürfnisbefriedigung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu unterstützen.

Eine Analyse der Wirksamkeit dieser Maßnahmen im Therapieprozess ergab (s. Buck et al., 1989), dass sich Tom im Verlauf der Gruppentherapie vorwiegend mit der spielszenischen Symbolisierung folgender Experiencing-Motive beschäftigte:

- sich als Verursacher seiner Handlungen erleben (Auftrittshäufigkeit: 27%);
 - sich um einen guten Kontakt zu seinen Mitspielern und seinem Therapeuten bemühen (21%);
 - seine sensu-motorischen Kompetenzen verbessern (11%);
 - soziale Vergleichsstandards erwerben (6%);
 - sich um kreative Sichtweisen und Problemlösungen bemühen (5%);
 - seine sozialen Bedürfnisse befriedigen (5%);
 - die Wertschätzung anderer erlangen (5%).
- (Die restlichen 10% Auftretenshäufigkeit verteilen sich auf eine Vielzahl anderer Motive.)

Zwei gegen eins Spielsituation Spiel in der klientenzentrierten Familientherapie von Tom

Die Schwierigkeit von Tom und seiner Mutter bestand darin, dass sie sich zwar sehr gern mochten, aber Angst vor einem zu intimen Kontakt hatten. Sie trauten sich nicht, sich gegenseitig ihre Zuneigung zu zeigen und verdeckten diese gegenseitige Liebe u.a. dadurch, dass sie sich – wenn sie sehr viel Nähe spürten – gegenseitig beschimpften, beleidigten und aggressiv abgrenzten.

Mein Bestreben war es deshalb, sie zu Spielen zu ermutigen, in denen sie sportliche Wettbewerbstendenzen ausleben konnten, aber immer auch Momente von sehr dichter Zweisamkeit. Die Spiele, die sie für diese Bestrebungen wählten, waren ein Fußballspiel und ein Handballspiel. Da ich mitspielen sollte, gestaltete ich meine Rolle so, dass ich immer Partner auf der Seite des ballführenden Spielers war. Wenn Tom also den Ball hatte, war ich in dem Moment sein Mitspieler, wenn die Mutter den Ball hatte, war ich deren Mitspieler. Es entstanden also zwei gegen eins Spielsituationen. Bei meiner Mitspieltätigkeit achtete ich darauf, dass Tom und die Mutter in spielerische „Zweikämpfe“ gerieten, die von Toms Seite sehr heftig mit Schubsen, Treten, Beschimpfen, etc. ausgelebt wurden. Die Mutter verhielt sich diesen körperlichen Attacken gegenüber sehr hilflos. Ich ermutigte sie, ebenfalls aktiven Einsatz zu zeigen, dabei jedoch fair zu bleiben und Beleidigungen und Treten zu vermeiden. Erwünscht war es jedoch, Körperkontakt aufzunehmen.

In diesen Körperkontaktsituationen geschah es immer häufiger, dass beide nach anfänglichen Rängeleien erschöpft zu Boden fielen und ruhig nebeneinander in großer Nähe verharrten. In dieser Situation reflektierte ich dann: „Ihr habt beide großen Spaß, miteinander zu kämpfen und die Kraft des jeweiligen Anderen zu spüren. Danach findet Ihr es aber auch gut, Euch miteinander auszuruhen. Ihr könnt also miteinander kämpfen und die Ruhe genießen.“

Zu Toms Mutter habe ich dann noch gesagt: „Sie mögen Ihren Tom sehr gern, haben aber häufig Schwierigkeiten, ihm dies zu sagen und zu zeigen. Vielleicht sollten Sie es häufiger wagen, Tom Ihre Zuneigung zu zeigen.“

Im Verlaufe der gemeinsamen Familiensitzungen ist es dann Toms Mutter immer mehr gelungen, ihre Nähebedürfnisse zu Tom auch im Rahmen von Gesprächen, Gesten und Ruhemomenten zu zeigen. So hat sie sich beispielsweise zu Hause angewöhnt, ihn bei ruhigen Beschäftigungen, wie z.B. beim Malen eines Bildes oder bei Basteleien, zuzuschauen und in sich das aufsteigende Gefühl von innerer Freude über ihren Sohn wahrzunehmen und immer mehr zu „genießen“. Tom andererseits hat dieses emotional gespürt und gemerkt, dass seine Mutter ihn sehr gern hat und dass sie auch seine weichen, ruhigen und stillen Seiten mag, so dass er diesen Teil seiner Persönlichkeit viel stärker zeigen und ausleben konnte.

Damit die psychische Störungsproblematik gezielt behandelt werden konnte, sind neben den Strategien der personzentrierten Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung sowie der nicht-direktiven Förderung intrinsisch-motivierter Experiencing-Prozesse auch prozessleitende Hilfen gegeben worden. Der Inhalt und die Art dieser Hilfen soll im Folgenden gesondert für die Gruppen- und Familientherapie diskutiert werden. Begonnen werden soll mit der Darstellung der prozessleitenden Hilfen in der Gruppenspieltherapie.

Um spezifische Interventionsziele für die prozessleitenden Hilfen in der Gruppenspieltherapie von Tom zu bekommen, sind die in der Problemliste aufgeführten seelischen Schwierigkeiten auf folgende zu Grunde liegende dysfunktionale emotionale Schemata zurückgeführt worden. Die Unfähigkeit zum: (1) Äußern einer eigenen Meinung; (2) Treffen von Entscheidungen; (3) prosozialen Kontaktaufnahmen mit Kindern und Erwachsenen; (4) partnerschaftlichen Kooperieren; (5) emotionalen Zufriedensein und (6) angemessenen Lösen

von Konflikten. – Für das Verhaltensproblem der somatoformen Beschwerden ist kein gesondertes schemabezogenes Interventionsziel erstellt worden, weil davon ausgegangen wurde, dass es indirekt auf das Vorhandensein der sechs aufgeführten dysfunktionalen Schemata zurückzuführen ist.

Die geschilderte Zerlegung der seelischen Verhaltensschwierigkeiten in zu Grunde liegende dysfunktionale emotionale Schemata kann als ein erster Versuch angesehen werden, dem Therapeuten konkrete Hinweise für die Interventionsgestaltung im Rahmen der Gruppenspieltherapie zu geben. Die angeführten Schemata haben den Vorteil, dass sie auf der Verhaltens- und Spielebene zu beobachten und beeinflussen sind. Außerdem erfüllen sie den Anspruch, Ausdruck der Allgemeinen Aktualisierungstendenz und des Selbstverwirklichungsverhaltens zu sein, weil sie Grundmuster einer lebensnotwendigen Kommunikation zwischen einem Kind und seiner sozialen Umwelt darstellen.

Um dem Patienten zu helfen, die dysfunktionalen emotionalen Schemata in Richtung auf gesunde Grundmuster zu verbessern, hat der Therapeut in der Gruppenspieltherapie primär folgende prozessleitenden Hilfen gegeben (vgl. Schmidtchen, 1978; 1996; 1999a):

- aktionales und verbales Markieren der jeweiligen Verhaltensschwierigkeiten von Tom;
- bewusstmachendes Ansprechen ihrer zu Grunde liegenden emotionalen und kognitiven Fehlverarbeitungsprozesse;
- Stimulierung der Produktion von positiven Schemakomponenten;
- modellhafte Demonstration von positiven Schemakomponenten auf der Spielebene (z.B. durch eine entsprechende Gestaltung der Mitspieltätigkeit des Therapeuten oder die Hervorhebung konstruktiver Verhaltens Elemente im Spiel der anderen Kinder);
- Verhindern eines extremen Problemverhaltens (z.B. des Schlagens anderer Kinder oder der Mutter) durch das Geben von verbalen Stop-Signalen oder

das Festhalten des Patienten;

- konsequente Ahndung von Grenzüberschreitungen (z.B. durch Ermahnungen oder – in letzter Konsequenz – Aufforderung zum vorzeitigen Verlassen des Therapieraumes) etc.

Im Rahmen der Familientherapie wurde vorrangig an folgenden Interventionszielen gearbeitet:

- Verbesserung der Beziehung zwischen den Eltern;
- Stärkung der Vater-Kind-Beziehung;
- stärkere Mitbeteiligung des Vaters bei der Erziehung des Kindes;
- Abbau der mütterlichen Schuldgefühle gegenüber Tom;
- Unterstützung der Eltern beim Erwerb eines kompetenten Erziehungsverhaltens (insbesondere im Umgang mit Toms Aggressionen);
- Abbau der mütterlichen Verwöhnungshaltung etc.;
- Abbau von sozioökologischen Risikofaktoren im Bereich der Schule und der Kindertagesstätte (z.B. Durchbrechen des aggressiven Eskalationszirkels zwischen Toms Ursprungsaggression und der aggressiven Entgegnung von Lehrern und Erziehern) etc.

Bezüglich des Therapeutenverhaltens kamen in der Familientherapie vor allem prozessleitende Hilfen zum Einsatz. Da die Mutter die familiäre Kommunikation sehr dominierte, musste der Therapeut häufig sehr eindringlich für eine größere mütterliche Offenheit gegenüber den Interessen des Mannes und des Kindes werben. Auch mussten sowohl mit der Mutter als auch den Erzieherinnen der Vorschule und Kindertagesstätte Übungen zur Durchbrechung des aggressiven Eskalationszirkels (s.o.) Tom vorgenommen werden. – Von großem Nutzen war auch der Einsatz der Strategie der personzentrierten Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung, mit deren Hilfe innerhalb der Familie, Vorschule und Kindertagesstätte eine wertschätzende und empathische Atmosphäre geschaffen wurde. Sie ermöglichte es Tom, seine Misstrauens- und Ablehnungshaltung gegenüber Erwachsenen abzulegen und offener für den Erwerb von neuen Erfahrungen zu werden.

Nach einer ca. einjährigen Behandlungszeit wurde die Therapie auf Wunsch aller Beteiligten beendet. Anlass für den Therapieabschluss war u.a. Toms erfolgreiche Wiederaufnahme in die erste Klasse der Grundschule. Um die Effektivität der Therapie auch in den anderen Problembereichen ermitteln zu können, wurde direkt nach Abschluss der Therapie (zweite Testung) und ein halbes Jahr später (dritte Testung) eine Analyse des Therapieerfolges mit Hilfe der eingangs erwähnten Problemliste und der dazu notwendigen Ratings des Umwelt(U)- und Persönlichen(P)-Belastungsgrades vorgenommen. Diese Analyse erbrachte für die einzelnen Problembereiche folgende Ergebnisse:

- Ergebnisse im Problembereich (1a): Zweite Testung: U = 0; P = 0. - Dritte Testung: U = 0; P = 0.
- Ergebnisse im Problembereich (1b): Zweite Testung: U = 1; P = 0. - Dritte Testung: U = 0; P = 0.
- Ergebnisse im Problembereich (2): Zweite Testung: U = 0; P = 0. - Dritte Testung: U = 0; P = 0.
- Ergebnisse im Problembereich (3): Zweite Testung: U = 1; P = 1. - Dritte Testung: U = 1; P = 1.
- Ergebnisse im Problembereich (4): Zweite Testung: U = 0; P = 0. - Dritte Testung: U = 0; P = 0.
- Ergebnisse im Problembereich (5): Zweite Testung: U = 0; P = 0. - Dritte Testung: U = 0; P = 0.
- Ergebnisse im Problembereich (6) : Zweite Testung: U = 1; P = 1. - Dritte Testung: U = 1; P = 1.

Wie die Analyse der U- und P-Ratings pro Problembereich am Therapieende und ein halbes Jahr später zeigt, sind die Belastungswerte vollständig abgebaut oder so sehr reduziert worden, dass die KPT-KF insgesamt als sehr erfolgreich einstufen werden kann. Telefonische Kontakte ein und zwei Jahre nach Abschluss der Therapie haben ergeben, dass die Heilung stabil geblieben und dass Tom ein erfolgreicher Grundschüler geworden ist. Das Auftreten einer neuen Symptomatik wurde nicht beobachtet. Außerdem hat sich die Beziehung zwischen Toms Eltern so verbessert, dass sie sich

drei Jahre nach Therapiebeginn zu einer Eheschließung entschieden haben.

4 Ausblick

Der Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der KPT-KJF konzentriert sich im Wesentlichen auf die Aufzählung zahlreicher Wünsche, die erfüllt werden sollten. Als erstes ist zu wünschen, dass das klientenzentrierte Therapieverfahren, egal ob in der Anwendung auf Kinder, Jugendliche, Familien oder Erwachsene, in den nächsten Jahrzehnten seine praktische und wissenschaftliche Bedeutung behält, so dass eine weitere Entwicklung möglich ist.

Damit humanistische Werte in der Öffentlichkeit wieder „modern“ werden können, müssen sie offensiv vertreten und durch Argumente und wissenschaftliche Forschungsergebnisse untermauert werden. Sie müssen sich dem Wettbewerb mit anderen Ideologien, z.B. denen der Ausbeutung von Ressourcen, des profitorientierten Lebensstrebens, der Ausrichtung auf werbungsvermittelte Ideale und Güter etc. stellen und zeigen, dass sie „bessere“ Maximen zur Lebens- und Gemeinwesengestaltung anbieten.

Ganz besonders sollte die KPT-KJF aber bestrebt sein, in den nächsten Jahren folgende Forschungsziele zu verfolgen:

- Analyse der Pathogenese bestimmter Störungsarten von Kindern und Jugendlichen auf dem Hintergrund des Schemakonzeptes;
- Durchführung von differenziellen Indikationsstudien für verschiedene Störungsarten;
- Effektivitätsvergleich der KPT-KJF mit anderen Therapierichtungen;
- Ausbau der klientenzentrierten Psychotherapie für Jugendliche;
- Erforschung der Wirksamkeit von Spielelementen in der klientenzentrierten Psychotherapie für Familien;
- Entwicklung von psychodiagnostischen Instrumenten (z.B. Interviewleitfäden, Fragebögen etc.) zur

Unterstützung einer optimalen Therapiediagnostik etc.

Durch die enge Verknüpfung mit der Gesundheitspsychologie und durch die Nutzung der natürlichen Heilungs- und Entwicklungs-Ressource (in Form des Spiels) hat die KPT-KJF eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz und gibt Eltern, Lehrern, Kindergärtnerinnen etc. wertvolle Hinweise für die seelische Gesundheitsförderung und Störungsprävention. Außerdem stellt sie durch die Betonung des Selbstverantwortungsaspektes eine Alternative zur instruktionsgeleiteten behavioral-kognitiven und medizinischen Psychotherapie dar.

5 Literatur

- Alster, M. von, Reizle, M. & Steinhausen, H. C. (1994). Differenzielle therapeutische und pädagogische Entscheidungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 39, 360 – 367.
- Axline, V. (1972; 1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Reinhardt.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32,2, 129 – 143.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1995). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band I (11-34). Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band I u. II. Göttingen: Hogrefe.
- Buck, H., Dinter, G. & Vogiatzi, L. (1989). Analyse des Störungsverhaltens, des Störungsbewältigungsverhaltens und des motivationalen Verhaltens anhand von Fallbeispielen erfolgreich abgeschlossener Kinderspieltherapien. Hamburg: Fachbereich Psychologie.
- Eckert, J. (1996). *Gesprächspsychotherapie*. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie* (124 - 191). Berlin: Springer.
- Ehlers, B. (1981). *Die Personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern*. In H. Goetze (Hrsg.), *Personenzentrierte Spieltherapie*. (44 - 63). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Ricce L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment - by moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Elliott, S. & Lietaer, G. (1994). *Research on experiential psychotherapies*. In H. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (509 - 539). New York: Wiley.
- Greenberg, L.S., Watson, J. & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Kemper, F. (2002). *Personzentrierte Familientherapie*. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band II (71 - 134). Göttingen: Hogrefe.
- Lochmann, J. E., Whidby, J. M. & FitzGerald, D. P. (2000). *Cognitive-behavioural assesment and treatment with aggressive children*. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (31 – 87). New York: Guilford Press.
- Lude, W. (2002). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie mit Kindern*. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band II, 159 - 181). Göttingen: Hogrefe.
- Oerter, R. (1995). *Kultur, Ökologie und Entwicklung*. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (84 - 127). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Oerter, R. (1997). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rogers, C. R. (1974). *Lernen in Freiheit*. München: Kösel.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch Gesprächstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Satir, V., Banman, J., Gerber, J. & Gomori, M. (2000). *Das Satir-Modell. Familientherapie und ihre Entwicklung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmidtchen, S. (1978). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1995a). *Klientenzentrierte Ätiologie und Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindesalter*. In S. Schmidtchen, G. W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. (181 - 228). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (1995b). *Psychische Krankheit als Ausdruck gestörter kindlicher Schemata zur Beziehungsgestaltung und Selbstverwirklichung*. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 121 – 130). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (2002). *Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Kinderspieltherapie*. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band I (153 - 194). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtchen, S. (1997). *Anpassungsstörungen*. In J. Eckert, D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (149 - 162). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1999a). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmidtchen, S. (1999b). *Möglichkeiten und Grenzen der klienten- bzw. personzentrierten Spieltherapie mit Kindern*. In H. Viquerat (Hrsg.), *Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie* (181 - 246). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Schmidtchen, S. (1999c). *Spieltherapie als entwicklungsorientierte Intervention*. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (381-399). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmidtchen, S. (2001a). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (2001 b). *Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen – Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. In I. Langer (Hrsg.), *Reinhard Tausch – Festschrift zu seinem 80. Geburtstag* (281 – 324). Köln: GwG Verlag.
- Schmidtchen, S. (2003). *Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band II (79 – 104). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. & 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. & Hennies, S. (1996). *Wider den Non-Direktivitätsmythos. Hin zu einer differenziellen Psychotherapie! - Empirische Analyse des Therapeutenverhaltens in erfolgreichen Kinderspieltherapien*. *GwG-Zeitschrift*, 104, 14 - 24.
- Vieth, M. & Schmidtchen, S. (2001). *Delinquenzprophylaxe durch klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. In U. Jaumann-Graumann & S. Mrochen (Hrsg.), *Schule in Not – Öffnung von Schule für Netzwerke* (235 – 265). Bad Heilbronn: Klinkhardt.