

Joseph Richter und Anja Siegmund

**Systemisch-psychomotorische und gesprächsorientiert- systemische Beratung  
bei Familien mit psychisch gestörten Kindern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 10, S. 789-804*

urn:nbn:de:bsz-psydok-52414

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

**Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Kontakt:**

**PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## ORIGINALARBEITEN

### Systemisch-psychomotorische und gesprächsorientiert-systemische Beratung bei Familien mit psychisch gestörten Kindern

Joseph Richter und Anja Siegmund

#### Summary

*Systemic-Psychomotoric Versus Purely Verbal Systemic Counselling in Families of Children with Mental Disorders*

Systemic counselling and therapy are usually verbal interventions. However, communication on an abstract level often exceeds the capabilities of children up to about 12 years, leaving them less involved in the therapeutic process. In contrast, symbolic play has been shown to be an effective tool for psychological formulation and intervention. However, it has not been widely used so far in family therapy. In order to explore this hypothesis a form of systemic family therapy (SB; exclusively verbal) was compared with a new concept called systemic-psychomotor family counselling (PsyFam; based on symbolic play). We found good efficacy of PsyFam, reflected in an average effect size of  $d = .73$  (SB:  $d = .53$ ), even though statistical significance of the group effect could not be shown due to the small sample size. Systemic-psychomotoric family counselling is a promising new approach worth further research in controlled therapy studies.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 789-804*

#### Keywords

systemic counseling and therapy – systemic-psychomotor family counselling – psychomotricity – pilot study

#### Zusammenfassung

Systemische Beratung und Therapie finden in der Regel als gesprächsorientierte Intervention statt, welche meist auf der kognitiven Metaebene ansetzt. Für Kinder bis zu einem Alter von ca. zwölf Jahren ist diese Metaebene jedoch oftmals überfordernd, sodass die Gefahr besteht, sie in den therapeutischen Prozess ungenügend einbinden zu können. Diagnostik und Intervention auf spielerische Art hat sich bereits als effektiv erwiesen, jedoch bisher wenig Ein-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 789 – 804 (2011), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

gang in die Familientherapie gefunden. Kann das Einbinden psychomotorischer Elemente also die Wirksamkeit erhöhen? Um zu überprüfen, ob eine spielbasierte (psychomotorische) Familienintervention einen zusätzlichen Beitrag zu einer verbal orientierte systemische Therapie leisten könnte, wurde in einer Pilotuntersuchung systemische Beratung (SB; gesprächsbasiert) mit einem neuen Konzept von systemisch-psychomotorischer Familienberatung (PsyFam; spielbasiert) verglichen. Die Daten dieser Pilotstudie legen eine gute Wirksamkeit von PsyFam nahe, die sich in einer durchschnittlichen Effektstärke von  $d = .73$  (SB:  $d = .53$ ) widerspiegelt, obwohl statistische Signifikanz im Gruppenvergleich aufgrund der geringen Fallzahl nicht erreicht werden konnte. Es scheint lohnend – und mit einigen methodischen Modifikationen auch im Anwendungsfeld durchführbar – Effektivität und Wirkfaktoren von PsyFam in kontrollierten Wirksamkeitsstudien näher zu untersuchen.

## Schlagwörter

systemische Beratung und Therapie – systemisch-psychomotorische Erziehungs- und Familienberatung – Psychomotorik – Pilotstudie

## 1 Hintergrund

Systemische Beratung und Therapie sind in der Arbeit mit Kindern in erster Linie gesprächsorientiert (vgl. u. a. Retzlaff, 2006, 2008; Steiner u. Berg, 2007). Dies mag an der traditionellen Ausrichtung psychotherapeutischer Interventionen im Allgemeinen und familientherapeutischer Interventionen im Besonderen liegen. Entwicklungspsychologisch (Kegan, 2001; in der Übersicht Oerter u. Montada, 2002) und auch systemisch-konstruktivistisch (Luhmann, 1987; Maturana u. Verden-Zöller, 2005) ist es jedoch sinnvoll, sich über die Sprache hinaus auch auf handlungsorientierte Interventionsmedien zu konzentrieren. Denn Sprache stellt ein recht spät entwickeltes Medium sinnverarbeitender Systeme dar (Luhmann, 1971; Piaget, 1978; Trevarthen, 1979). Je jünger Kinder sind, umso eher bedienen sie sich außersprachlicher Kommunikationsformen; sie setzen sich in erster Linie handlungsbezogen mit ihrer Umwelt auseinander (Bateson, 1975; in der Übersicht Dornes, 2001). Hinzu kommt, dass es in der systemischen Therapie mit Kindern nach wie vor obligatorisch sein sollte, inklusive Methoden zu verwenden, Methoden also, welche den Bedürfnissen und Fähigkeiten aller Familienmitglieder gleichermaßen gerecht werden. Obligatorisch sollte es aus mindestens zwei Gründen sein: Erstens, da systemische Therapie im Unterschied zu anderen Psychotherapieverfahren das Mehr-Personen-Setting als ideales Interventionsfeld in seiner wesentlichen Bedeutung für Veränderungen hervorhebt (von Schlippe u. Schweitzer, 1997, 2006); hierin also das eigentliche Wirkmoment erkennt. Zweitens, da alle bisherigen Befunde zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern ein inklusives Arbeiten von Eltern und Kind als wirkungsvollstes Vorgehen nahelegen (Kazdin, 2005; Bratton, Ray, Rhine, Jones, 2005).

Leider ist jedoch weder ein handlungsorientiertes noch ein inklusives Arbeiten die Regel, sondern scheint eher die Ausnahme zu sein (Schmitt u. Weckenmann, 2009a, b). Entweder arbeiten systemische Therapeuten mit den Eltern (in mehr als 85 % der Fälle; Ruble, 1999) oder aber mit dem Kind allein. Zurückzuführen scheint dies im ersten Fall auf das Konzept des Kindes als Symptomträger (z. B. Rotthaus, 1990; Pleyer, 2001; Retzlaff, 2006, 2008). Hiermit nämlich schien es über lange Zeit unnötig, die vereinzelt entwickelten inklusiver Methoden konsequent weiterzuverfolgen oder gar auszudehnen; waren die Adressaten der eigentlichen Intervention spätestens mit der „konstruktivistischen Wende“ zuerst die Eltern und nicht das Kind. Im zweiten Fall lag es unter anderem an der mangelnden Kenntnis geeigneter Verfahren (Ruble, 1999). Dies wiederum schien damit verbunden, dass klassisch systemisches Arbeiten – mit wenigen Ausnahmen – in der Regel eine gesprächsorientierte Intervention darstellte, welche bei Bedarf durch erlebniszentrierte Herangehensweisen (wie Aufstellungen, Enactment, Dramatisierung) ergänzt wurde. Das native Kommunikationsmedium gerade jüngerer Kinder blieb hierbei jedoch weitestgehend ungenutzt, wodurch sie mehr oder weniger nur indirekte Adressaten von Therapie waren. Nur wenige Konzepte „inklusive“ systemischer Therapie (Ariel, 1996; Blechman, 1980; Busby u. Lufkin, 1992; Eaker, 1986; Early, 1994; Ohlson, 1974; Smith, 1998; Wittenborn, Faber, Harvey, Thomas, 2006) existieren und nur vereinzelt finden sie Eingang in den deutschen Sprachraum (Brächter, 2010; Gammer, 2007).

Aus diesen Gründen wurde eine neue inklusive Methode systemischer Familientherapie (systemisch-psychomotorische Familienberatung) in der nachfolgend vorzustellenden Pilotstudie auf ihr mögliches Potenzial hin untersucht. Diese Methode unterscheidet sich von allen bisherigen im deutschen Sprachraum bekannten Methoden vor allem durch den Anteil symbolischen Spiels mit der Gesamtfamilie, dem hauptsächlichlichen Gebrauch (psychomotorischen) Großmaterials und durch eine kontinuierliche Leib- bzw. Körperorientierung (Richter, 2010).

### 1.1 Systemisch-psychomotorische Erziehungs- und Familienberatung (PsyFam)

Um die Kinder wie auch die Eltern gleichermaßen zu erreichen, macht sich die systemisch-psychomotorische Familienberatung das Spiel als therapeutisches Medium genauso zu eigen wie die der Entwicklung des Kindes angemessene Sprache (Langer-Bär, 2006; Richter, 2004, 2010; Richter u. Heitkötter, 2006a, b). Aus eben dieser Kombination geht auch der Begriff systemisch-psychomotorisch hervor. „Psychomotorik“ steht hierbei für die wesentliche Rolle des Spiels und meint einerseits das enge Zusammenwirken von körperlich-leiblichem Ausdruck und geistig-seelischem Leben. Andererseits bezeichnet „Psychomotorik“ jene pädagogisch-therapeutischen Methoden, welche diese Verbindung nutzen (Fischer, 2009; Reichenbach, 2011). Der Begriff „systemisch“ steht für die systemisch-lösungsorientierte Vorgehensweise in der Haltung des Beraters und der Gesprächsführung.

Die Methodik umfasst in erster Linie symbol-spielbasierte und handlungsorientierte Elemente (mit Groß- und Kleinmaterial wie Rollbrettern, Weichböden, Mat-

ten, Tüchern, Schaumstoffwürfeln, Hängematten, Klammern, Seilen, Batacaschlägern etc.), welche jedoch durch gesprächsorientierte Phasen flankiert werden. Dies bedeutet, dass die Familie nach einer lösungsorientierten Auftragserarbeitung gemeinsam in ein psychomotorisches Spielzimmer geht (ausgestattet mit o. g. Material), um hier in einem ca. dreiwöchentlichen Turnus spielerisch eine Stunde auszugestalten. Diese Stunden werden im Anschluss vom „Berater“ zusammen mit der Familie auftragsspezifisch und lösungsorientiert reflektiert. Dies geschieht – ergänzend zu den klassisch systemischen „Gesprächsformen“ – ebenfalls leiborientiert.

## 1.2 Annahmen zur Wirkung systemisch-psychomotorischer Familienberatung

Für systemisch-familientherapeutische Verfahren ist anerkannt, dass diese über das Einwirken auf Beziehungen der Familienmitglieder zueinander wirken (Retzer, 2004; Schlippe u. Schweitzer, 1997). Sie wirken also indirekt auf die Psychopathologie, indem sie bei der Klärung von Konflikten helfen, Kommunikationsweisen verbessern, Rollen, Positionen und Hierarchien klären, usw. (ebd.). Dieser Wirkungsbereich trifft im Besonderen auch auf die Arbeit mit Kindern zu (Schlippe u. Schweitzer, 2006) und sollte mithin auch bei einem systemisch-psychomotorischen Angebot zu finden sein.

Der Beitrag einer systemisch-psychomotorischen Intervention zur indirekten Einflussnahme auf die Psychopathologie sollte jedoch einen substanziell zusätzlichen Beitrag leisten. Denn, so Richter (2004, 2010), hilft das leib- und handlungsorientierte Vorgehen der PsyFam dabei, dass

1. nicht- und außersprachliche Inhalte zugänglich gemacht werden. Damit werden:
  - unaussprechbare Situationsdarstellungen, Kommunikationsmuster, Umgangsweisen und Lösungsvorschläge transparent,
  - unbewusste Themen (aller Familienangehörigen) – in Spiel, Haltung oder Positionierung der Familienmitglieder zueinander – offenkundig.
2. entwickelte Lösungen im Tun/Spiel durch den multimodalen Zugang besser im Gedächtnis verankert werden können,
3. eine mögliche Lösung unmittelbar und eingebettet im Familienleben ausprobiert wird und damit die Chance der unmittelbaren Wirksamkeitsüberprüfung bietet und
4. die zentralen Themen und Lösungen im familiären Spiel i. d. R. schneller offenkundig werden als im Gespräch.

PsyFam sollte also im Vergleich zur klassisch sprachorientierten systemischen Beratung zu einer zusätzlichen Verbesserung der Beziehungen der Familienmitglieder untereinander führen. Die Veränderungen der Beziehungen sollten – da das Selbst gemäß klassisch systemischer Annahme in erster Linie ein Beziehungsselbst ist und sich über identifikatorische Prozesse entwickelt – zudem einen Effekt auf das Selbstbild, die Erwartungsidentifikation („Gewissen“), den Selbstwert und dadurch auch auf die psychische Gesundheit des Kindes/der Familienmitglieder haben. Die Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Psychopathologie sind weithin

bekannt (z. B. Jacobi et al., 2004; Moens, Breaet, Timbremont, 2005; O'Moore u. Kirkham, 2001; Schöning, Steins, Berek, 2002; Vollmann, Weber, Wieding, 2004).

Diese Wirkungen sollten sich sowohl in einer Veränderung der Identifikation zwischen den Familienmitgliedern, in der Verbesserung von Selbst- und Fremdkonzepten, als auch in einer verringerten Diskrepanz zwischen Sollen-Selbst und Real-Selbst zeigen (Letzteres gilt bei zu großer Diskrepanz bereits als psychopathogener Faktor (Bierhoff, 2000)).

In dieser naturalistischen Pilotstudie sollte im Rahmen der laufenden Beratungspraxis erstmals untersucht werden, ob spielbasierte psychomotorische Familienberatung potenziell einen inkrementellen Beitrag zu gängiger systemischer Beratung bei Kindern und deren Familien zu leisten vermag und welche Effektstärken zu erwarten sind. Zudem sollte geklärt werden, ob kontrollierte Wirksamkeitsstudien mit größeren Fallzahlen und vergleichbarer Methodik in Anwendungsforschung sinnvoll und durchführbar sind.

## 2 Methodik

### 2.1 Stichprobe

In die Studie aufgenommen wurden Familien mit Kindern (7-12 Jahre), bei welchen bei mindestens einem Kind eine nach ICD-10 diagnostizierbare Verhaltens- und/oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und/oder Jugend vorlag (vgl. Tab. 1). Die psychiatrische Diagnostik erfolgte eingangs durch drei Kinder- und Jugendpsychiater unter Verwendung des Kinder-DIPS (Unnewehr, Schnekder, Margraf, 1998).

Rekrutiert wurden die Klienten der PsyFam-Gruppe (neun Kinder aus acht Familien) aus einer sozialpsychiatrischen Praxis. Die Familien suchten diese im Rahmen des allgemeinen Versorgungsangebotes auf. Begonnen wurde mit zehn Familien, wobei eine Familie das Angebot systemisch-psychomotorischer Familienberatung nach einer Sitzung nicht mehr wahrnahm (das Problem sei nicht mehr aufgetreten). Die andere Familie musste aus der Auswertung ausgeschlossen werden, da aufgrund der Auftragsituation nicht hinreichend manualgetreu gearbeitet werden konnte.

Die SB-Gruppe setzt sich aus fünf Familien aus zwei Erziehungsberatungsstellen und drei Familien aus der oben genannten sozialpsychiatrischen Praxis zusammen. Auch hier suchten die Klienten die Stellen im Rahmen einer allgemeinen Versorgung auf. Begonnen wurde mit zehn Familien, wobei zwei Familien aus unbekannten Gründen das Angebot nach wenigen Einheiten nicht mehr wahrnahmen. Damit nahmen insgesamt 16 Familien mit 17 Indexklienten teil und deren Zuteilung zu den jeweiligen Gruppen geschah nicht randomisiert. Es handelt sich also um eine Gelegenheitsstichprobe.

**Tabelle 1:** Hauptdiagnosen der Kinder

PsyFam	SB
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters ( $n = 1$ )	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters ( $n = 1$ )
Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters ( $n = 1$ )	Reaktive Bindungsstörung ( $n = 1$ )
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ( $n = 2$ )	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ( $n = 1$ )
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten ( $n = 1$ )	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten ( $n = 3$ )
Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen ( $n = 2$ )	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen ( $n = 1$ )
Auf familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens ( $n = 2$ )	Nicht organische Enkopresis ( $n = 1$ )

## 2.2 Interventionen

*Systemisch-psychomotorische Familienberatung.* In der PsyFam-Gruppe kam ein Manual zur systemisch-psychomotorischen Familienberatung (Richter, im Druck) zur Anwendung. Sehr kurz zusammengefasst unterteilte sich das Vorgehen dabei in drei Phasen:

*Phase 1: Auftragsklärung bzw. Rekapitulation und (Neu-)Verhandlung des Auftrags.* Der Auftrag soll spezifisch, handhab- und erreichbar, beobachtbar und positiv formuliert sein. Die Auftragsklärung findet im Psychomotorikraum auf dem Boden sitzend und leiborientiert statt, d. h. mittels focusingorientierter Fragen wird darauf geachtet, dass die Antworten der Klienten für sie selbst gefühlt-stimmig sind (s. Gendlin, 1997, 2001). In weiteren Sitzungen wird der erarbeitete Auftrag rekapituliert und bei Bedarf reformuliert.

*Phase 2: Psychomotorischer Spielmultilog.* Das Kind entscheidet, was, wie und mit wem gespielt wird. Alle anderen (dies schließt den Therapeuten/Berater mit ein) dürfen entscheiden, ob sie mitspielen oder sich anderweitig beschäftigen möchten. Einzige Bedingungen sind (i) dass kein Gesellschaftsspiel gespielt wird und (ii) dass nicht nur zugeschaut wird. Der Therapeut hält sich grundsätzlich zurück und konzentrierte sich auf das Beobachten potenzieller Lösungsideen zum Auftrag im Spiel (teilnehmendes Beobachten).

*Phase 3: Reflexion.* Jeder Teilnehmer wird unter Beachtung leiblicher Stimmigkeit zu seinem Erleben befragt. Dies wird dann in einen Zusammenhang zum Auftrag gestellt und somit gleichsam als Übergang zur auftragspezifischen und lösungsfo-kussierten Ausdeutung einzelner Sequenzen im Spiel genutzt. Fokus ist die Suche nach potenziellen Lösungsmustern und deren Übersetzung in den Alltag.

*Gesprächsorientiert-systemische Beratung.* Es kam ein gesprächsorientiert-systemisches Beratungsangebot zum Einsatz. Die Interventionen wurden in der Regel isoliert (alter-

nierend Eltern und Kind) dargeboten. Es handelte sich um routinierte und supervidierte, nicht jedoch manual-basierte Interventionen. Der formale Aufbau der Interventionen gestaltete sich ähnlich wie unter der PsyFam-Bedingung. Beginnend mit einer klassischen Auftragsklärung (und späteren Rekapitulation) wurden Ziele bestimmt, die lösungsorientiert ausgehandelt und im weiteren Verlauf – verbal – mit systemischen Techniken bearbeitet wurden. Im Unterschied zur PsyFam gab es kein psychomotorisches, handlungsorientiertes oder leiborientiertes Vorgehen im oben beschriebenen Sinne.

*Systemische Techniken in beiden Interventionsformen.* In beiden Beratergruppen wurden systemische Interventionsmethoden wie z. B. Auftragsklärung, zirkuläres Fragen, Differenzbildung, hypothetisches Fragen, Wunderfrage, Klärung der Funktionalität abweichenden Verhaltens, Kontext-Klärung, Hinterfragung von Wirklichkeitskonstrukten etc. (vgl. Schlippe u. Schweitzer, 1997) verwandt. Der Unterschied liegt in der leiborientierten und symbolorientierten Vorgehensweise sowohl in gesprächsorientierten als auch – und hier besonders – in psychomotorischen Sequenzen. Ausschließlich in der PsyFam-Gruppe wurde so gearbeitet.

### 2.3 Berater

Die Interventionen wurden von insgesamt fünf Beratern durchgeführt, vier unter SB und einer unter PsyFam. Alle waren Diplompsychologen und ausgebildete systemische Berater/Therapeuten (unter beiden Bedingungen) sowie ausgebildete Psychomotoriker bzw. staatlich geprüfte Motopäden/Mototherapeuten (unter PsyFam). Im Mittel verfügten die Berater über 4,04 (SD = 3,6) Jahre Berufserfahrung (in der SB-Gruppe: 4,2 (SD = 4,1); in der PsyFam-Gruppe: 3,4).

### 2.4 Messinstrumente

*Familien-Identifikations-Test.* Um die oben hypothetisierte Wirkung auf Beziehung, Selbstwert, Gewissen, Identifikation usw. (s. Tab. 2) beider Interventionen zu untersuchen, wurde der Familien-Identifikations-Test (FIT) von Remschmidt und Mattejat (1999) eingesetzt, ein validiertes Verfahren, um objektive Daten über Familienbeziehungen, Familienstrukturen und Identifikationen mit signifikanten Bezugspersonen zu erfassen. Gleichzeitig erlaubt es das Erfassen der anderen genannten Variablen.

Der FIT liegt in der Kindversion für die Altersstufe 7-11 Jahre in spielbasierter Form und ab 12 Jahren sowie für die Elternversion als Fragebogen vor. In beiden Formen werden Selbst- und Fremdkonzepte erfragt, welche im Anschluss korreliert werden. Hierdurch ergeben sich für die Indexklienten insgesamt sechs Werte (Selbstkongruenz, Kongruenz zwischen Real- und Sollen-Selbst, reale und ideale Identifikation mit Mutter und Vater)<sup>1</sup> und für die Bezugspersonen (hier die Eltern) vier Werte (Selbst-

<sup>1</sup> Selbstkongruenz ist gleichzusetzen mit Selbstwertgefühl. Kongruenz von Real- und Sollen-Selbst ist gleichzusetzen mit Identifikation mit elterlichen Erwartungen (vgl. Remschmidt u. Mattejat, 1999).



kongruenz, Kongruenz zwischen Real- und Sollen-Selbst, Identifikation mit dem anderen Elternteil). Die Reliabilität des FIT liegt zwischen  $r = .66$  bis  $r = .84$  (Remschmidt u. Matzejat, 1999).

## 2.5 Datenerhebung

Die Fragebögen des FIT wurden vor und nach der Behandlung von allen Beteiligten – mindestens eine wichtige Bezugsperson und Kind – bearbeitet. Die Durchführung der spielbasierten Form wurde vom jeweiligen Berater selbst, in einen Nebenraum, begleitet.

## 2.6 Auswertung

Die jeweilig erarbeiteten Aufträge der Familien (was soll sich in welcher Richtung verändern) wurden über die FIT-Indizes operationalisiert. Danach wurden Korrelationen zwischen den FIT-Werten der einzelnen Personen ermittelt. Diese Werte wurden aufgrund ihrer besseren Verteilungseigenschaften mit  $z = \frac{1}{2} * \ln[(1+r)/(1-r)]$  Fisher-z-transformiert. Dann wurden die Vor-/Nach-Interventions-Werte im Zusammenhang mit den Aufträgen kodiert (z. B. gewünschte Abnahme/Zunahme der Identifikation mit Mutter = -/+ ; tatsächlich erreicht = -/+). Die Differenzen wurden bestimmt und je nach der im Auftrag spezifizierten Richtung der gewünschten Veränderung entweder addiert oder subtrahiert.

Zur statistischen Überprüfung der Effekte wurden mittels SPSS 11.5 zweifaktorielle Messwiederholungs-Kovarianz-Modelle [Messwiederholungsfaktor Faktor *Zeit* (vor/nach Intervention); unabhängiger Faktor *Gruppe* (PsyFam/ST)] berechnet. Als abhängige Variablen gingen die in Tabelle 2 aufgeführten Indizes ein. Bei der Variable „Identifikation der Kinder mit ihren Eltern“ wurden das *Alter* und der *Beziehungsstatus der Eltern* als Kovariaten aufgenommen, da sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben (s. Ergebnisse). Bei der Variable „Identifikation der Partner“ wurde der *Beziehungsstatus der Eltern* als Kovariate aufgenommen. Die Daten der elterlichen Identifikation über reale und ideale Identifikation wurden mittels einer multivariaten Analyse mit zwei unabhängigen Faktoren (*Zeit*, *Gruppe*) und zwei abhängigen Variablen (reale und ideale Identifikation) ausgewertet, so dass auch deren wechselseitiger Einfluss bestimmt werden konnte. Darüber hinaus wurden Effektstärken zum prä-post-Vergleich zwischen den Gruppen analog Klauer (1993) über ein korrigiertes Effektstärkemaß ( $d_{\text{kor}}$ ) bestimmt. Der ermittelte Koeffizient wird nachfolgend mit  $d_{\text{(dif)}}$  gekennzeichnet, da es sich um eine Effektstärke zu Gunsten einer der beiden Interventionen handelt. Zur Bestimmung individueller Effekte der durchgeführten Beratungsangebote wurden zusätzlich Effektstärken ( $d$ ) nach Hager und Hasselhorn (2000) durchgeführt. Alle Effektstärken wurden schließlich mit -1 multipliziert, da in dieser Studie höhere (z. B. Selbstkongruenz) statt niedrigere (z. B. Symptomausprägung) Werte erwünscht waren. Alle Tests wurden zweiseitig bei  $\alpha = .05$  getestet.

### 3 Ergebnisse

Die Kinder der PsyFam-Gruppe waren etwas älter als die der SB-Gruppe (PsyFam-Gruppe: 10,63 Jahre, SD = 1,69; SB-Gruppe: 8,78 Jahre, SD = 1,39;  $t = 2.445$ ;  $df = 13.681$ ;  $p < .05$ ). Unter PsyFam lebten drei Kinder mit beiden Elternteilen zusammen, während in der SB-Gruppe acht Kinder mit beiden Elternteilen zusammenlebten ( $\chi^2 = 4,898$ ;  $p < .05$ ). Das Geschlechterverhältnis war hingegen nicht signifikant verschieden (PsyFam: 4 Jungen, 5 Mädchen; SB: 5 Jungen, 3 Mädchen;  $\chi^2 = .554$ ;  $p = .457$ ). Zwei der Indexklienten unter PsyFam und drei unter SB nahmen parallel zum Beratungsangebot andere Interventionen in Anspruch ( $\chi^2 = ,476$ ;  $p = .620$ ), allerdings war dieser Unterschied statistisch unbedeutend.

#### 3.1 Interventionsdauer und Interventionsabbruch

Waren sich die Klienten und Berater einig über die Beendigung der Intervention bzw. wurden die Grenzen von sieben Sitzungen erreicht, galt die Intervention als regulär beendet. Die mittlere Sitzungszahl betrug für die PsyFam-Gruppe 4,48 (SD = 1,09) Termine und die der SB-Gruppe 6,25 (SD = 1,65). Dieser Unterschied erweist sich als statistisch bedeutsam ( $t = 2,677$ ;  $df = 14,482$ ;  $p < .05$ ).

Als Interventionsabbruch wurde die nicht einverständige Beendigung der Intervention durch Patienten definiert. Insgesamt brachen drei Familien die Intervention ab: zwei Familien der SB-Gruppe und eine der PsyFam-Gruppe ( $\chi^2 = 0.28$ ,  $df = 1$ ,  $p > .40$ ). Die Abbrecher konnten nicht im Sinne eines „intent-to-treat“ in die Auswertung einfließen, da die Daten nur an zwei Zeitpunkten erhoben wurden, die Klienten sich jedoch für diese zweiten Erhebung nicht motivieren ließen.

#### 3.2 Überprüfung der Behandlungseffekte zum FIT

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, führten beide Verfahren zu einer signifikanten Verbesserung in vier von elf Maßen (Haupteffekt *Zeit*). Über den gesamten Zeitraum betrachtet (Haupteffekt *Gruppe*), unterschieden sich die beiden Gruppen in keinem der Maße. Der Interaktionseffekt *Gruppe\*Zeit* erreichte in keinem der Maße das statistische Signifikanzniveau. Da die geringe Fallzahl jedoch eine schwache Power nach sich zieht und statistische Signifikanz schwer zu erreichen ist, wurden in dieser Pilotstudie im Sinne einer Datenexploration zusätzlich Effektstärken berechnet. PsyFam zeigte in sechs von elf Fällen höhere Effektstärken als SB (Maßen zur Eltern-Kind-Beziehung und in den individuellen Maßen zum Indexklienten sowie zur Mutter), in drei Fällen gab es keine Unterschiede und in einem Maß hatte SB eine höhere Effektstärke als PsyFam (ein Maß zur Eltern-Identifikation). Die Kovariaten *Alter* und *Beziehungsstatus der Eltern* blieben ohne signifikanten Einfluss auf die Identifikation der Kinder mit ihren Eltern. Gleiches galt für die Identifikation der Mutter mit ihrem Partner und den untersuchten Einfluss der Kovariaten *Beziehungsstatus der Eltern*.

Tabelle 2: Haupt- und Interaktionseffekte der Zeit\*Gruppe Messwiederholungs-ANOVAs, itemabhängig mit den Kovariaten Alter und Beziehungsstatus der Eltern

Variable	Zeit			Gruppe		Gruppe*Zeit		Korrigierte Effektstärke
	df	F	p	F	p	F	p	$d_{diff}^*$
<b>Selbstwertgefühl Kind</b>	2,15	16.436	.001	.594	.45	.956	.34	+.31
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie möchte ich sein?“								
<b>Selbstwertgefühl Mutter</b>	2,14	5.303	.04	.001	.97	.293	.60	+.46
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie möchte ich sein?“								
<b>Erwartungsidentifikation Kind</b>	2,15	7.179	.018	.778	.34	.020	.85	-.17
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie sollte ich sein?“								
<b>Erwartungsidentifikation Mutter</b>	2,14	3.135	.10	.045	.72	.300	.29	+.31
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie sollte ich sein?“								
<b>Veränderung der Psychopathologie</b>	2,14	2.229	.16	.395	.56	.395	.54	+.50
ÜE „Wie ist mein Kind?“ mit „Wie sollte mein Kind sein?“								
<b>Reale Identifikation Kind mit Mutter</b>	4,13	3.028	.10	5.760	.03	3.631	.08	+1.54
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie ist meine Mutter?“								
<b>Reale Identifikation Kind mit Vater</b>	4,12	.714	.40	.091	.77	.136	.72	+.15
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie ist mein Vater?“								
<b>Ideale Identifikation Kind mit Mutter</b>	4,13	.559	.46	.069	.80	.015	.90	+.001
ÜE „Wie möchte ich sein?“ mit „Wie ist meine Mutter?“								
<b>Ideale Identifikation Kind mit Vater</b>	4,10	.655	.44	1.054	.33	.010	.92	+.32
ÜE „Wie möchte ich sein?“ mit „Wie ist mein Vater?“								
<b>Reale Identifikation Mutter mit Kindsvater</b>	3,12	2.218	.16	6.451	.03	.110	.75	-.15
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie ist der Kindvater?“								
<b>Ideale Identifikation Mutter mit Kindsvater</b>	3,12	9.386	.01	6.451	.03	.970	.34	-.49
ÜE „Wie möchte ich sein?“ mit „Wie ist der Kindsvater?“								

df = Freiheitsgrade; F = F-Wert; p = statistische Signifikanz;  $d_{diff}$  = Effektstärke des Zeit\*Gruppe Interaktionseffektes mit .3 bis .4 schwacher Effekt, .5 bis .7 mittlerer Effekt, ab .8 starker Effekt; ÜE korrelative Übereinstimmung; bei den Variablen „Reale Identifikation Mutter mit Kindsvater“ und „Ideale Identifikation Mutter mit Kindsvater“ handelte es sich um eine multivariate Analyse mit beiden Variablen als abhängigen Variablen, so dass nur ein Effekt der Gruppe anfiel; \* positives Vorzeichen bedeutet, dass der Effekt zugunsten der PsyFam-Gruppe ausfällt; negatives Vorzeichen meint einen Effekt zugunsten der SB-Gruppe.

In der multivariaten Analyse zeigte sich eine Interaktionen zwischen realer und idealer Identifikation der Mutter mit dem Vater (d. h. zwischen den beiden abhängigen Variablen;  $F_{(3,12)} = 6.812$ ,  $p = .02$ ) dergestalt, dass sich die ideale Identifikation stärker in die gewünschte Richtung veränderte als die reale Identifikation. Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen Identifikationen, Beziehungsstatus der Eltern und Gruppenzugehörigkeit (reale Identifikation mit Partner\*ideale Identifikation mit Partner\*Beziehungsstatus der Eltern:  $F_{(3,12)} = 5.812$ ,  $p = .03$ ; reale Identifikation mit Partner\*ideale Identifikation mit Partner\*Gruppenzugehörigkeit:  $F_{(3,12)} = 11.736$ ,  $p < .01$ ). Daraus lässt sich schließen, dass sich die ideale Identifikation unter SB stärker verbesserte als die reale Identifikation. Genau entgegengesetzt war das Verhältnis unter PsyFam.

### 3.3 Prä-Post-Vergleiche FIT

Zum Zwecke der Anschaulichkeit präsentiert Tabelle 3 (folgende Seite) Mittelwerte und Standardabweichungen aller Variablen pro Behandlungsgruppe sowie die Ergebnisse von Prä-Post-Vergleichen pro Variable (Welsh-Tests für abhängige Stichproben) und dazu gehörige Effektstärken. Obwohl dieses Vorgehen folgend nicht-signifikanten Interaktionen in der Varianzanalyse streng genommen theoretisch überflüssig ist, erscheinen uns die Einzel-Tests (ohne Adjustierung für multiples Testen) im Rahmen dieser unterpowerten Pilotstudie sinnvoll, um Muster in den Effektrichtungen aufzeigen zu können, ohne die statistische Bedeutsamkeit der einzelnen Tests abschließend zu beurteilen. PsyFam führte in fünf von elf Variablen zu einer (nicht-adjustiert) signifikanten Verbesserung. Die durchschnittliche Effektstärke lag hierbei bei  $d = .89$  ( $d = .73$  inklusive aller nicht signifikant werdender Effekte). Ein ähnliches Bild zeigte sich unter systemischer Beratung. Hier wurden vier von elf Mittelwertdifferenzen, bei einer durchschnittlichen Effektstärke von  $d = .75$  ( $d = .53$  inklusive aller nicht signifikant werdender Effekte), signifikant. Auch in den Einzeltests fand sich das Muster, dass die Effekte zugunsten der SB-Gruppe bis auf eine Ausnahme die elterliche Beziehung betreffen, die Effekte zugunsten der PsyFam-Gruppe hingegen die Mutter-Kind-Beziehung und, mit einer Ausnahme, die individuellen Variablen der Klienten.

## 4 Diskussion

Diese Pilot-Studie untersuchte, ob ein psychomotorisch ausgerichtetes systemisches Angebot potenziell einen inkrementellen Nutzen in der systemischen Familienberatung mit Kindern im Alter von 7-12 Jahren zu bringen vermag. Da die Studie darüber hinaus in einem naturalistischen Anwendungsfeld stattfand, sollte sie zudem klären, ob kontrollierte Wirksamkeitsforschung in einem vergleichbaren Setting mit ähnlicher Methodik sinnvoll und durchführbar ist.

Es zeigte sich, dass beide Interventionen zu einer Verbesserung der Beziehungen der Familienmitglieder untereinander und in den Beziehungen zu sich selbst führten. Auf

Tabelle 3: Deskriptive Statistik, Welch-Tests, und Effektstärken der Prä-Post-Vergleiche

Variable	PsyFam				SB-Gruppe					
	Prä M (SD)	Post M (SD)	t	p	d	Prä M (SD)	Post M (SD)	t	p	d
<b>Selbstwertgefühl Kind</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie möchte ich sein?“	.62 (.39)	1.45 (.97) <sup>1</sup>	-3.198	.02	1.10	.57 (.47)	1.07 (.67)	-2.643	.04	.86
<b>Selbstwertgefühl Mutter</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie möchte ich sein?“	.34 (.62)	.87 (.63)	-1.738	.12	.87	.45 (.60)	1.07 (.34)	-2.231	.06	.57
<b>Erwartungsidentifikation Kind</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie sollte ich sein?“	.64 (.47)	1.08 (1.07)	-1.607	.14	.53	.36 (.56)	.75 (.56)	-3.339	.02	.70
<b>Erwartungsidentifikation Mutter</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie sollte ich sein?“	.35 (.62)	.74 (.53)	-1.185	.28	.68	.52 (.56)	.72 (.38)	-1.587	.16	.41
<b>Veränderung der Psychopathologie</b>										
ÜE „Wie ist mein Kind?“ mit „Wie sollte mein Kind sein?“	.28 (.76)	.66 (.52)	-1.454	.18	.58	.07 (.52)	.23 (.53)	-.632	.54	.30
<b>Reale Identifikation Kind mit Mutter</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie ist meine Mutter?“	.58 (.50)	1.19 (.38)	-3.580	.004	1.39	.37 (.51)	.44 (.39)	-.396	.70	.07
<b>Reale Identifikation Kind mit Vater</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie ist mein Vater?“	.40 (.32)	.76 (.56)	-2.495	.04	.80	.37 (.34)	.63 (.60)	-1.476	.16	.54
<b>Ideale Identifikation Kind mit Mutter</b>										
ÜE „Wie möchte ich sein?“ mit „Wie ist meine Mutter?“	.89 (.67)	1.34 (.82)	-3.710	.004	.60	.79 (.68)	1.22 (.84)	-3.255	.006	.56
<b>Ideale Identifikation Kind mit Vater</b>										
ÜE „Wie möchte ich sein?“ mit „Wie ist mein Vater?“	.29 (.61)	.60 (.80)	-2.075	.06	.43	.78 (.61)	1.06 (.80)	-1.887	.08	.39
<b>Reale Identifikation Mutter mit Kindsvater</b>										
ÜE „Wie bin ich?“ mit „Wie ist der Kindsvater?“	.07 (.41)	.24 (.52)	-1.120	.32	.46	.73 (.47)	1.00 (.59)	-1.331	.20	.54
<b>Ideale Identifikation Mutter mit Kindsvater</b>										
ÜE „Wie möchte ich sein?“ mit „Wie ist der Kindsvater?“	.04 (.45)	.28 (.43)	-2.260	.04	.54	.65 (.51)	1.08 (.49)	-3.149	.008	.87

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade, t = t-Wert, p = statistische Signifikanz, d = Effektstärke des Zeiteffekts mit .3 bis .4 schwacher Effekt, .5 bis .7 mittlerer Effekt, ab .8 starker Effekt; ÜE korrelative Übereinstimmung; 1 die in Klammern gesetzten Werte repräsentieren die Standardabweichungen der geschätzten Randmittel.

einen inkrementellen Nutzen systemisch-psychomotorischer Familienberatung zur gesprächsorientierten systemischen Therapie verweisen die höheren Effektstärken von PsyFam im Vergleich zu SB. Allerdings ist dies vorerst nur ein bedächtiger Hinweis, da die Effekte aufgrund der geringen Fallzahl statistisch nicht in einer signifikanten Gruppe\*Zeit Interaktion zu sichern waren. Die Muster in den Effektstärken der Interaktionen (6 von 11 höher in PsyFam, 1 von 11 höher in SB) sowie in den Prä-Post-Einzeltests zeigten jedoch, dass sich Maße – inklusive der Übereinstimmung von „Real-Fremdbild und Sollen-Fremdbild“ des Kindes aus Sicht der Mutter (als indirektes Maß für Psychopathologie verwendet) – durch PsyFam besser beeinflussen ließen als durch gesprächsorientierte SB. Nur zwei Maße (die mütterliche Erwartungsidentifikation und die elterliche Beziehung – erfasst über das Partnerbild) – veränderten sich durch gesprächsorientierte SB stärker als durch PsyFam. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass PsyFam das Kind stärker handlungsbezogen in den Prozess einbezieht, während der Schwerpunkt systemischer Beratung in der Paararbeit liegt. Alternativ könnte es schlicht das Resultat unterschiedlicher Ausgangslagen in beiden Gruppen darstellen, da unter PsyFam nur in einem Fall mit dem Vater gearbeitet wurde. Grundsätzlich war interessant, dass es zu einer stärkeren Annäherung idealer im Vergleich zu realer elterlicher Identifikation kam. Denkbar wäre eine Entwicklung vergleichbar der von Identifikation in wachsenden Partnerschaften (Bierhoff u. Grau, 1999). Hiernach würde es durch Idealisierung zuerst zu einer verstärkten idealen Identifikation kommen, bevor die reale Identifikation sukzessive nachreift.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie liefern statistische Größen, auf deren Basis sich kontrollierte Wirksamkeitsstudien hinsichtlich Stichprobengröße planen lassen. Erfahrungen mit der Durchführung und Auswertung dieser Pilotstudie haben zudem gezeigt, dass sich vergleichbare Therapie-/Beratungsforschung unter Modifikation einiger methodischer Aspekte auch im Anwendungsfeld durchführen lässt, was angesichts der schwierigen Situation einer öffentlichen Förderung von Psychotherapieforschung im Allgemeinen und nicht-kassenzugelassenen Verfahren im Speziellen nicht ohne Belang ist (Kriz, 2003, 2004).

Wichtig wird es in weiteren Studien sein, zusätzlich zu den eher indirekten Maßen des FIT zu Familienidentifikation, Selbstbild, Selbstwert und Selbstkongruenz auch veränderungssensitive Maße zur Psychopathologie der Indexklienten – wie z. B. die CBCL (Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik, 1998) – zu verwenden. Die Stichprobe sollte in den Gruppen balanciert sein hinsichtlich Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus der Eltern und Ausprägung der Störung, und die Klienten sollten den Behandlungsgruppen randomisiert zugeteilt werden. Zudem sollte die psychiatrische Diagnostik auch nach Abschluss der Beratung unter Blindheit der Psychiater hinsichtlich der Behandlungsform durchgeführt werden, um mögliche Veränderungen in der psychiatrischen Diagnosestellung zu erfassen. Obwohl echte Randomisierung und Balancierung im Anwendungsfeld ohne zusätzliche Förderung schwer umzusetzen sind, ist es doch möglich, dies bei höheren Fallzahlen anzunähern, z. B. indem Beratungs- und Therapieeinrichtungen an der Studie teilnehmen, welche (1) mit vergleichbarer

Klientel arbeiten, (2) beide Beratungsformen anbieten und (3) von Beginn an alle eingeschlossenen Fälle von allen teilnehmenden Beratungseinrichtungen hinsichtlich der zu balancierenden Variablen dokumentiert werden, wodurch auf Ausgleich geachtet werden kann. Weitere wichtige Punkte sind die Erstellung eines Manuals auch für die Kontrollgruppe, Ausbildung der Therapeuten in den jeweiligen Manualen und Supervision der Berater sowie die gleiche Anzahl von Therapeuten pro Behandlungsgruppe. Eine Nachuntersuchung nach längerem Zeitabstand sowie intent-to-treat Analysen sind notwendig, um den Effekt der Interventionen sicherer bewerten zu können.

## 5 Schlussfolgerung

Diese Pilotstudie zeigt das substanzielle Potenzial eines systemisch-psychomotorisch ausgerichteten Ansatzes, die Effektivität rein gesprächsorientierter systemische Familienberatung in der Arbeit mit Kindern noch zu verbessern. Als Wirkfaktoren werden die gleichzeitige Einbindung aller Familienmitglieder in den Behandlungsprozess sowie die multimodale, leib- und handlungsorientierte Vorgehensweise im psychomotorischen Setting angenommen. Kontrollierte Wirksamkeitsforschung ist nötig, um die Effekte zu bestätigen und statistisch abzusichern.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (1998). CBCL – Child-Behavior-Checklist. Göttingen: Huber-Testzentrale.
- Ariel, S. (1996). Restoring family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 18, 3-17.
- Bateson, M. C. (1975). Mother infant exchanges. *Epigenesis of conversation interaction. Annals of the New York Academy of science*. 163, 101-113.
- Bierhoff, W. (2000). *Sozialpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bierhoff, W., Grau, I. (1999). *Romantisch Beziehungen. Bindung, Liebe, Partnerschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Blechman, E. A. (1980). Family problem-solving training. *The American Journal of Family Therapy*, 8, 3-21.
- Busby, D. M., Lufkin, A. C. (1992). Tigers are something else – A case for family play. *Contemporary Family Therapy*, 14, 437-453.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children. A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice* 36, 376-390.
- Brächter, W. (2010). *Geschichten im Sand. Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Dornes, M. (2001). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Eaker, B. (1986). Unlocking the family secret in family play therapy. *Child and Adolescent social work*, 3, 235-253.



- Early, J. P. (1994). Play therapy as a family restructuring technique – A case illustration. *Contemporary Family Therapy*, 16, 119-130.
- Fischer, K. (2009). Einführung in die Psychomotorik. München: UTB.
- Friedman, S. (1999). Effektive Psychotherapie. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Gammer, C. (2007). Die Stimme des Kindes in der Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Gendlin, E. T. (1997). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode. München: Pfeiffer.
- Gendlin, E. T. (2001). Focusing. Reinbek: Rowohlt.
- Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused-therapy. Washington: APA.
- Hager, W., Hasselhorn, M. (2000). Einige Gütekriterien für Kriteriumsmaße bei der Evaluation von Interventionsprogrammen. In W. Hager, J.-L. Patry, H. Brezing (Hrsg.), *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien* (S. 169-179). Bern: Huber.
- Jacobi, C., Paul, T., de Zwan, M., Nutzinger, D. O., Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *Eating disorders* 35, 204-210.
- Kazdin, A. E. (2005). Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press.
- Kegan, J. (2001). Die Natur des Kindes. Weinheim: Beltz
- Klauer, K. (1993). Denktraining für Jugendliche. Ein Programm zur intellektuellen Förderung Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kriz, J. (2003). Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Punktum, Sonderdruck Mai 2003.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 6-31.
- Langer-Bär, H. (2006). Familie in Bewegung. Ein Projektbereich über die Verbindung der systemischen Beratung mit Mototherapie. *Praxis der Psychomotorik*, 31, 109-116.
- Luhmann, N. (1971). Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In Habermas, J., Luhmann, N., *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie* (S. 25-100). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1987). Soziale Systeme. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Maturana, H. R., Verden-Zöller, G. (2005). Liebe und Spiel. Die vergessenen Grundlagen des Menschseins. Heidelberg: Carl-Auer.
- Moens, E.; Breaet, C., Timbremont, B. (2005). Depression und Selbstwertgefühl bei adipösen Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 14, 237-243.
- Oerter, R., Montada, L. (2002). Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Ohlson, E. L. (1974). The meaningfulness of play for children and parents. An effective counseling strategy. *The American Journal of Family Therapy*, 2, 53-54.
- O'Moore, M., Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressiv behaviour* 27, 269-283.
- Piaget, J. (1978). Das Weltbild des Kindes. München: dtv.
- Pleyer, K. H. (2001). Systemische Spieltherapie. Kooperationswerkstatt für Eltern und Kinder. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Reichenbach, C. (2011). Psychomotorik. München: Ernst-Reinhardt.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (1999). Familien-Identifikations-Test (FIT). Göttingen: Hogrefe.
- Retzer, A. (2004). Systemische Familientherapie der Psychosen. Göttingen: Hogrefe.
- Retzlaff, R. (2006). Systemische Therapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog* 7, 16-21.
- Retzlaff, R. (2008). Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.



- Richter, J. (2004). Psychomotorische Familienberatung. Überlegungen zu einer Eltern-, Erziehungs- und Familienberatung nach psychomotorischen Gesichtspunkten. *Praxis der Psychomotorik* 29, 24-30.
- Richter, J., Heitkötter, T. (2006a). Die drei Phasen einer psychomotorischen Familienberatung. *Praxis der Psychomotorik* 31, 87-97.
- Richter, J., Heitkötter, T. (2006b). Theorie einer Psychomotorischen Beratung mit der Familie. Entwicklungslinien und Perspektiven einer familienpsychomotorischen Idee. *Praxis der Psychomotorik*, 31, 4-13.
- Richter, J. (2010). Spielend beraten. Systemisch-psychomotorische Familienberatung. Kontext – Zeitschrift für systemische Therapie und Familientherapie, 41, 263-286.
- Richter, J. (im Druck). Spielend gelöst. Theorie und Praxis systemisch-psychomotorischer Familienberatung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rotthaus, W. (1990). Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Ruble, N. (1999). The Voice of therapists and children regarding the inclusion of children in family therapy. A systematic research synthesis. *Contemporary Family Therapy*, 21, 485-503.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (1997). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmitt, A., Weckenmann, M. (2009a). Settingdesign in der (systemischen) Therapie mit Kindern. Indikation. *Familiendynamik*, 34, 74-91.
- Schmitt, A., Weckenmann, M. (2009b). Settingdesign in der (systemischen) Therapie mit Kindern. Interventionen. *Familiendynamik*, 34, 182-192.
- Schöning, S., Steins, G., Berek, M. (2002). Das Selbstkonzept von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und dessen Veränderung mit Methylphenidat. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 38-47.
- Smith, G. L. (1998). The present state and future of symbolic-experiential family therapy – A post-modern analysis. *Contemporary Family Therapy*, 20, 147-161.
- Steiner, T., Berg, I. K. (2007). Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Heidelberg: Carl-Auer.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infant. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Hrsg.), *Before Speech. The Beginning of interpersonal communication*. New York: Cambridge university press.
- Unnewehr, S., Schnekder, S., Margraf, J. (1998). *Kinder-DIPS*. Heidelberg: Springer.
- Vollmann, M., Weber, H., Wieding, M. (2004). Selbstwertgefühl und ärgerbezogenes Verhalten. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 25, 47-56.
- Wittenborn, A. K., Faber, A. J., Harvey, A. M., Thomas, V. K. (2006). Emotionally focused family therapy and play therapy techniques. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 333-342.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Joseph Richter, Güldene Straße 8, 23569 Lübeck;  
E-Mail: psychomotoriker@yahoo.de

*Joseph Richter, JHZ „Käthe-Kollwitz“ Rehna e. V.; Anja Siegmund, Spezialambulanz für Angsterkrankungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité Mitte, Berlin.*