

Filialtherapie – ein personenzentriertes Elterntraining zur Schulung elterlicher Achtsamkeit und Verringerung von elterlichem Stresserleben

Dagmar Nuding
Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd

Ina Crawford
St. Anna Virngrund Klinik
Ellwangen

Zusammenfassung: Die Filialtherapie ist eine Intervention, bei der Eltern trainiert und supervidiert werden, mit ihren eigenen Kindern zu Hause personenzentrierte Spieltherapiesitzungen durchzuführen. Viele Wirksamkeitsstudien belegen hohe Effekte im Bereich der Outcomescores professioneller Psychotherapie. Ihre Haupteffekte erzielt die Filialtherapie in der Verringerung von elterlichem Stresserleben und der Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, die wiederum als wichtigster Resilienzfaktor gilt. Im Beitrag wird die Filialtherapie vorgestellt und ihre Effektivität anhand Daten einer aktuellen Metaanalyse bezogen auf die Variablen Achtsamkeit und Stress dargestellt.

Keywords: Filialtherapie, Eltern-Kind-Beziehung, Wirksamkeit

Einführung

Epidemiologische Studien zeigen, dass ca. 20% aller Kinder und Jugendlichen klinisch bedeutsame Störungen der Emotionen und/oder des Verhaltens aufweisen (Anderson & Werry, 1994; Barkmann & Schulte-Markwort, 2005; Ihle & Esser, 2002; Kuschel et al., 2004; Kuschel & Verhulst, 2006; Lopez et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2007; Verhulst, 1995). Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist derzeit nicht flächendeckend gewährleistet. So lange sich in der Versorgungslandschaft nichts ändert, um die Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder zu verringern, besteht vor allem in frühen Interventionen mit Beteiligung der Familie eine Chance, auch um ernsthafte lebenslange Beeinträchtigungen in der Entwicklung vorzubeugen (Bratton et al., 2005). Zudem mag es nicht notwendig sein alle Kinder durch professionelle Therapeuten behandeln zu lassen, wenn auch Eltern – wie in der Filialtherapie – Teile der Intervention durchführen können.

Filialtherapie

Die Filialtherapie ist eine Möglichkeit, Beziehungen in Familien zum positiven zu verändern. Eltern sind der Ansatzpunkt um es Kindern zu ermöglichen in guten und förderlichen Beziehungen aufzuwachsen. Im Rahmen der Filialtherapie werden Eltern oder anderen primären Bezugspersonen grundlegende spieltherapeu-

tische Fähigkeiten und die Personenzentrierte Haltung beigebracht, die diese dann auch über die Spielsitzungen hinaus in ihren Beziehungen zu ihren Kindern und auch Partnern anwenden.

Entwicklung der Filialtherapie

Vorläufer der Filialtherapie sind bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu finden.

Dabei handelt es sich um die Analyse der Kleinen Hans um 1900, bei der Freud dem Vater eines 4-jährigen Jungen, der an einer Pferdephobie litt, erläuterte wie dieser analytisch zu behandeln wäre. Dabei fand die eigentliche Behandlung des Jungen durch den Vater zu Hause statt (Freud, 1959). 1949 entwickelte Dorothy Baruch ein Konzept für häusliche Spielstunden basierend auf Axlines' Nicht Direktiver Spieltherapie (1947). Natalie Fuchs (1957), die Tochter Carl Rogers berichtet, dass sie mit Unterstützung ihres Vaters und durch die Anwendung Axlines' Prinzipien in regelmäßigen Spielzeiten, ihre Tochter unterstützen konnte, emotionale Reaktionen auf das Toilettentraining besser zu verarbeiten.

Von Moustakas (1959) stammt die erste detaillierte Beschreibung von speziellen Spielstunden zu Hause. Dabei stellt er als besonders heraus, dass die Kinder sich durch die Beziehungsgestaltung in den regelmäßigen Spielsitzungen als wichtig erleben. Der Unterschied zwischen diesen Vorläufern und dem was man heute unter Filialtherapie versteht, ist, dass die Eltern heute gezielt trainiert werden und eng durch Supervision begleitet werden.

Die Personenzentrierte Spieltherapie

In der Filialtherapie werden die Prinzipien der Personenzentrierten Spieltherapie angewendet, den Eltern wird beigebracht eine für das Kind förderliche wachstumsschaffende Atmosphäre zu kreieren, in der Kinder ihr volles Potential entfalten können. Das oberste Gebot dabei ist: Mit den Augen der Kinder zu sehen. Die Eltern vermeiden Bewertungen des kindlichen Verhaltens und des Kindes selbst und bemühen sich den inneren Bezugsrahmen des Kindes zu verstehen. Die therapeutische Beziehung und das Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Kindes, gemäß des Personenzentrierten Ansatzes, erlaubt den Kindern ihre eigenen Stärken zu nutzen. Für die Personenzentrierte Arbeit mit Kindern hat

Virgina Axline (1947) – die Doktorandin Carl Rogers' – noch vor erscheinen seines ersten Buches acht Prinzipien formuliert, die auch in der Filialtherapie Anwendung finden.

Systematische Entwicklung der Filialtherapie

Die Systematische Anwendung der Filialtherapie stammt von Bernard Guerney, der die Eltern als potentiell effektive Verbündete für die Behandlung der Kinder sah und sich mit deren Einbindung in den therapeutischen Prozess auseinander setzte. Zunächst band er die Eltern als Beobachter im Spielzimmer ein und erläuterte diesen in einem anschließenden Elterngespräch wovon sie im Spielzimmer Zeuge wurden. Nach und nach übertrug er den Eltern mehr Verantwortung im therapeutischen Prozess. Seine positiven Erfahrungen veranlassten ihn ein Trainingsprogramm zu entwickeln, in welchem den Eltern basale spieltherapeutische Prinzipien beigebracht werden sollten, um sie so zu therapeutischen Begleitern im Leben ihres Kindes werden zu lassen. Basierend auf der Haltung, dass das Spiel die primäre Form des Kindes ist sich selbst auszudrücken und Probleme zu verarbeiten.

1964 entstand seine erste Publikation zur Filialtherapie (Guerney, 1964) darin schreibt er, dass davon auszugehen sei, dass Wertschätzung, Aufmerksamkeit und Interesse der primären Bezugsperson therapeutischer wirken als selbiges von einem Therapeuten zu erhalten. Stover und Guerney (1967) beschreiben noch einen weiteren Vorteil der Filialtherapie, sie befähigt die Eltern und reduziert Gefühle von Schuld oder Hilflosigkeit, die Eltern in Abhängigkeit von einem professionellen Therapeuten evtl. empfinden. Zudem ist eine langfristige Wirksamkeit zu erwarten, da die Eltern ihre Interaktionen mit den Kindern auch außerhalb der Spielstunden verändern bzw. die personzentrierte Haltung nicht nur in den Spielstunden anwenden. Anfangs hatten die Guerneys die Filialtherapie als Trainingsprogramm für Kinder mit emotionalen Problemen konzipiert und nahmen dafür nur Paare auf, dabei kamen die Mütter und Väter zunächst in getrennte Gruppen, weil man Sorge hatte, dass Ehe-Probleme sonst zu viel Raum einnehmen würden. Später wurden gemischte Gruppen gebildet, da Paare dort Eheprobleme unter Anleitung angemessen thematisieren konnten. Die Entwickler haben auch die Erfahrung gemacht, dass es nicht unbedingt sinnvoll ist Gruppen zu bilden in denen alle Kinder die gleiche Problematik haben. Denn häufig gibt es in den Familien ähnliche Dynamiken, so dass es keine Anregung bzgl. neu auszuprobierenden Verhaltens in der Elterngruppe gibt bzw. auch keine neuen Perspektiven eingebracht werden, da die Eltern sich sehr ähnlich sind (Landreth & Bratton, 2006).

Das Programm der Guerneys fand 1x wöchentlich für zwei Stunden über ein Jahr statt, später wurde gekürzt auf 2h pro Woche über 5-6 Monate. Evaluationen ergaben, dass dieses kürzere Gruppenformat genau so effektiv war. Ginsberg (1997) und Van

Fleet (1994) adaptierten das Modell der Guerneys für einzelne Elternpersonen. Landreth entwickelte ein 10-Sitzungs-Filialtherapie-Modell, die Child-Parent-Relationship Therapy (CPRT) (Landreth & Bratton, 2006). Er hatte zunächst ein Modell mit 15 Trainingseinheiten, aufgrund hoher Abbrecherquoten in den letzten Sitzungen experimentierte er mit zwölf Sitzungen, drei Monate lange Verpflichtungen schienen für die Eltern aber immer noch zu lange zu sein, deshalb reduzierte Landreth das Training letztendlich auf zehn Sitzungen à zwei Stunden, mit der verbleibenden Schwierigkeit, noch alle Inhalte unterzubringen.

Inhalte des Elterntrainings

Die Inhalte sind: Einfühlsames Zuhören, Erkennen und Reflektieren der Gefühle des Kindes, therapeutisches Grenzen setzen, Aufbau von kindlichem Selbstvertrauen und Strukturierung der wöchentlichen Sitzungen unter Verwendung von speziellem Spielmaterial und Gestalten einer nicht-bewertenden, verständnisvollen und akzeptierenden Umgebung, welche die Eltern-Kind-Beziehung stärkt. In der ersten Sitzung des Child-Parent-Relationship-Training von Landreth und Bratton geht es darum, den Eltern Sicherheit zu vermitteln, indem Ablauf und Inhalte des Trainings detailliert besprochen werden, aber auch indem sie ausführlich Gelegenheit erhalten, sich gegenseitig kennen zu lernen. Außerdem wird das Konzept des empathischen Zuhörens vorgestellt. In der zweiten Einheit werden die Prinzipien und Ziele der Nondirektiven Spieltherapie vorgestellt und mit den Eltern experientiell eingeübt. Die Eltern stellen ihr spezielles Spielzeug-Kit zusammen und werden aufgefordert Ort und Zeit für die Spielstunde festzulegen. Die dritte Einheit dient als Vorbereitung für die erste Spielstunde mit dem ausgewählten Kind. Aufbau, Ablauf und spieltherapeutisches Verhalten des elterlichen Spielpartners wird mittels „do's and don'ts“ vermittelt. Der Hauptfokus liegt auf dem Prinzip der Wegweisung durch das Kind sowie dem Konzept des empathischen Zuhörens und dem Reflektieren und Verbalisieren von Gefühlen. Zusätzlich wird auch das Setzen von Grenzen thematisiert. Als „Hausaufgabe“ beginnen die Eltern nach dieser Einheit mit den häuslichen Spielstunden. In der vierten Einheit bespricht die Gruppe den Verlauf der ersten Spielstunde und lernt dabei die Methode der Supervision kennen. Inhaltlich dient diese Einheit dazu, das Setzen von Grenzen zu vermitteln und zu trainieren, sowie vorausgegangene spieltherapeutische Fertigkeiten je nach Bedarf der Gruppe zu wiederholen und/oder zu vertiefen. Alle folgenden Trainingseinheiten verlaufen nach einem ähnlichen Prinzip: Supervision der häuslichen Spielstunden, hier bildet pro Einheit eine der Spielstunden, die von den Eltern auf Video aufgenommen wurde, die Grundlage der Supervision. Eine Wiederholung bzw. Vertiefung soll situationsgerecht erfolgen und bereits erlernte Inhalte festigen. Zudem ergeben sich parallel immer auch wichtige gruppentherapeutische Prozesse. Landreth hebt besonders die in seinem Trainingskonzept angestrebte Balance von Unterricht und Supervision hervor.

Die letzte Einheit dient zum Abschluss des Trainings. Veränderungen, welche die Eltern an sich und ihren Kindern erfahren haben sowie der Nutzen des Trainings für die Eltern, werden zusammengefasst und reflektiert.

Ziele der Filialtherapie

Das Hauptziel ist es die Eltern-Kind Beziehung durch verbesserte Familieninteraktionen und Problemlösefähigkeiten und über stärkere Zusammengehörigkeit, Wärme und Vertrauen verbessern. Therapeutische Ziele entsprechen denen einer Spieltherapie: Symptomreduktion, aber natürlich nicht primär, Entwicklung von Coping-Strategien, Zunahme positiver Gefühle, Selbstwert und Selbstvertrauen. Ziele für die Eltern sind ein besseres Verständnis für die Kinder und Akzeptanz deren Gefühle, Entwicklung von Toleranz gegenüber den Kindern und sich selbst, Entwicklung effektiver Erziehungsfertigkeiten basierend auf Strategien die dem Entwicklungsalter des Kindes entsprechen (Goetze, 2013).

Besonderheiten der Filialtherapie

- Der Fokus liegt auf der **Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung**. Diese wird als wichtigstes Element für die Verbesserung kindlicher Probleme bzw. deren Prävention gesehen, in Kontrast zu den meisten herkömmlichen Elterntrainings, welche hingegen auf die Vermittlung von speziellen Techniken, die das kindliche Problemverhalten korrigieren sollen fokussieren.
- Die **Kommunikation** zwischen Eltern und dem Kind **basiert auf dem Spiel** – der Sprache des Kindes – und nicht auf dem Gespräch, so werden die kindlichen Ausdrucksmöglichkeiten nicht eingeschränkt. Kinder haben die Möglichkeit ihre Emotionen gänzlich durch die Symbolik des Spiels auszudrücken, den Eltern wird hierfür eine Sensibilität vermittelt, ohne dabei im analytischen Sinne zu deuten. Das Ausspielen der Emotionen durch die Kinder wird als wichtiger angesehen als das Verstehen der Symbolik durch die Eltern.
- **Das Kind weist den Weg – das Elternteil folgt ihm**. Anders als in anderen Elterntrainings, in denen die Eltern spezielle Themen für ein Gespräch mit dem Kind vorbereiten, bekommt das Kind hier die Erlaubnis zu führen, um Verantwortung übernehmen zu dürfen und um genau das thematisieren zu können was es im Moment bewegt.
- **Akzeptanz statt Korrektur**: Es geht nicht darum das Verhalten des Kindes zu korrigieren. Im Vordergrund steht dass die Eltern Kompetenzen entwickeln, welche sie in der wöchentlichen 30-minütigen Spielzeit mit dem Kind anwenden können. In diesen 30 Minuten ist das Elternteil bedingungslos akzeptierend und nimmt die Entscheidungen des Kindes an. Das Kind darf selbst wählen womit gespielt wird, und wie es spielen will. Die Eltern korrigieren die Kinder nicht, es sei denn eine vorher definierte Grenze wird überschritten. Das

Elternteil erlaubt dem Kind auch Fehler zu machen ohne einzugreifen oder Lösungen vorzuschlagen. Das Kind ist 30 Minuten bedingungslos akzeptiert.

- **Anwendung des Gelernten**: Die Filialtherapie ist das einzige Elterntraining, bei dem eine Anwendung des Gelernten gefordert ist. Die Eltern sind angehalten ihre neu erworbenen Kompetenzen einmal die Woche 30 Minuten anzuwenden und zwar nur diese 30 Minuten der speziellen Spielzeit. Die neu erworbenen Kompetenzen sind aber trotzdem generalisierbar und lassen sich auch außerhalb der Spielzeit anwenden.
- **Supervision**: es ist unabdingbar, dass die Supervision der Eltern anhand von Videomaterial erfolgt, um von der ersten Spielstunde an zu überprüfen, dass die Eltern die im Training erworbenen Fähigkeiten anwenden können. Da die Kompetenzen aufeinander aufbauen ist es wichtig gleich am Anfang mögliche Fehler und negative Kommunikationsmuster der Eltern zu identifizieren. Dabei ist die Supervision dennoch ressourcenorientiert.
- **Spielmateriale**: in den Spielstunden zu Hause wird nur erprobtes Spielmateriale eingesetzt, welches die Explorationsfähigkeit anregt.
- **Eigenkontrolle versus Fremdkontrolle**: den Eltern wird beigebracht den Kindern in den Spielstunden so zu antworten, dass diesen die Verantwortung für Entscheidungen übertragen wird. Es geht nicht darum Verhalten zu stoppen, das wäre Fremdkontrolle sondern darum die einzigartige Perspektive des Kindes, seine Gefühle und Intentionen zu verstehen. Es geht darum dem Kind dieses Verständnis zu kommunizieren.

Die Elterngruppe

Die **emphatische Begleitung** der Eltern in der Elterngruppe und das thematisieren ihrer Gefühle, die in den Spieleinheiten mit dem Kind entstehen ist ein wichtiger Aspekt und steht häufig am Beginn einer Sitzung, auch um den Eltern zu ermöglichen ganz und gar präsent zu sein. Das anschließende Durcharbeiten der Spielstunden ist wichtig, weil die Eltern in den Spielstunden häufig in Kontakt mit alten Verletzungen durch ihre eigenen Eltern kommen. Trotzdem soll die Elterngruppe keine Gruppentherapie für Eltern darstellen sondern Beziehungs-Skills trainieren und die Möglichkeit zur Selbsterfahrung bei Problemen mit der Elternrolle, mit den Kindern, den Spielstunden und der Familie, bieten. Dabei ist gut darauf zu achten wann Eltern noch therapeutische Unterstützung außerhalb der Elterngruppe angeboten werden muss. Die Filialtherapie ist zukunftsorientiert, es geht nicht darum festzuhalten was irgendwann geschehen ist, sondern um Vertrauen in die Aktualisierungstendenz des Kindes.

Filialtherapie ist experienciell! Andere Elterntrainings haben oft Vorlesungscharakter. Durch den hohen experienciellen Anteil werden auch passivere Eltern aktiviert, die Skills direkt einge-

übt und dabei durch den Trainer supervidiert. Dieses Üben vor Ort gibt den Eltern auch Sicherheit die neu erlernten Fähigkeiten anzuwenden, wenn sie diese vorher schon im Rollenspiel ausprobiert haben. Im Verlauf der Sitzungen übernehmen die Eltern dann auch die Supervisorrolle wobei das Feedback der anderen Eltern oftmals wichtiger ist als das des Trainers.

Beziehungsaufbau statt Problemkorrektur: Die Eltern-Kind-Beziehung und die Person des Kindes sind immer wichtiger als das Problem oder die Auffälligkeit. Beziehung hat viel mit Interaktionen zu tun und diese beruhen auch auf Einschätzungen bzw. Erwartungen. Durch die 30 Minuten in denen die Eltern ihre Kinder bedingungslos annehmen, lernen die Kinder neue Eigenschaften der Eltern kennen, schätzen diese neu ein und verändern auch ihren eigenen Umgang mit den Eltern. Es geht nicht darum das Kind zu ändern sondern die Eltern durch mehr elterliche Kompetenz zu stärken. Mehr Sicherheit der Eltern in den Reaktionen auf ihr Kind, verschafft den Eltern die von ihnen so häufig gewünschte Kontrolle. Eltern haben grundsätzlich die Fähigkeit eine gute Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen, allerdings konzentrieren sie sich häufig auf das problematische Verhalten des Kindes und nicht auf die Person des Kindes selbst. Das Ziel ist es den Fokus mehr auf die Person des Kindes als auf dessen Verhalten zu lenken.

Filialtherapietrainer

In Deutschland gibt es aktuell keine Weiterbildung zum Filialtherapeuten. Im Ausland haben Filialtherapietrainer in der Regel einen Masterabschluss in Beratung, Psychologie oder Sozialer Arbeit, eine Spieltherapieausbildung, viel klinische Erfahrung im Bereich der Spieltherapie und Gruppentherapie. Filialtherapeuten müssen sowohl in der Lage sein spieltherapeutische Fähigkeiten an die Eltern zu vermitteln und gleichzeitig den Gruppenprozess zu steuern und auch die Spielsitzungen der Eltern zu supervidieren. Aus unserer Sicht müsste eine solche Weiterbildung ein Modul Spieltherapie inklusive supervidiertem Praktikum beinhalten; ein Modul Gesprächsführung und Arbeit mit Gruppen, ebenfalls mit einer praktischen Komponente; ein Modul Filialtherapie mit einem supervidierten 10-Sitzungs-Filialtherapie-Kurs, sowie 25 Stunden Lehrtherapie zur Unterstützung und Entwicklung der Therapeuten-/Trainerpersönlichkeit.

Wirksamkeit der Filialtherapie

Vor allem das 10-Wochen Filialtherapie Modell von Landreth und Bratton (2006) wurde in den USA sehr gut evaluiert. In den Jahren 1991 bis 2006 wurden 33 Effektivitätsstudien, an denen mehr als 800 Personen teilgenommen haben durchgeführt. In ihrer Metaanalyse fassen Bratton und Kollegen (2005) die Wirksamkeit von Filialtherapie zusammen und weisen eine Gesamteffektstärke von 1.05 (N=26) für Filialtherapie aus. Für

Filialtherapie die von Eltern ausgeführt ist ergibt sich eine Gesamteffektstärke von 1.15 (N=22). Hölldampf und Behr (2009) ermitteln in ihrem Metaanalysen Review eine durchschnittliche Effektstärke für Kindertherapie zwischen 0.55 und 0.80, diese Zahlen bestätigen die grundsätzliche Wirksamkeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Wobei in der Studie von Bratton und Kollegen (2005), in der nur Spieltherapiestudien untersucht werden, ein Wert von 0.80 ermittelt werden konnte.

Wyatt Kaminski und Valle (2008) schreiben Elterntrainingsprogrammen, in denen Eltern emotional mit ihren Kindern kommuniziert haben, eine Effektstärke von 1.47 zu, Elterntrainings bei denen Eltern ihre neu erlernten Verhaltensweisen in einer Spielsitzung anwenden konnten erzielten eine Effektstärke von 0.91. Auf kindbezogene Outcomevariablen hin können die Autoren jedoch nur eine Gesamteffektstärke von 0.30 (N=58) ermitteln und 0.43 (N=54) auf elternbezogene Outcomevariablen. Die Filialtherapie beinhaltet beide Komponenten, dies stützt die These der hohen Wirksamkeit der Filialtherapie. Offen bleibt jedoch die Frage woher kommen die hohen Effekte, wenn den kindbezogenen Outcomevariablen durchschnittlich nur kleine Effekte (ES=0.30) zukommen? Hölldampf, Crawford, Härtel und Behr (2012) wollten dieser Frage genauer nachgehen. Dazu wurden 14 Studien aus einem Studienpool von 44 Studien herangezogen, die Einschlusskriterien waren: die Studien erlauben eine Effektstärke zu berechnen, es handelt sich bei den Kindern um Risikokinder, die Spielstunden als Intervention mussten von einem Elternteil des Kindes durchgeführt werden und Bestandteil der Intervention muss eine supervidierte Filialtherapie in einer Elterngruppe sein.

Ergebnisse der Metaanalyse

Die Gesamteffektstärke für Filialtherapie bei Risikokindern über alle vierzehn inkludierten Studien hinweg beträgt 0.847 ($p=.000$), dabei variieren die standardisierten Mittelwertsunterschiede für jede Studie zwischen 0.231 ($p=.170$) und 1.413 ($p=.000$). Es ist davon auszugehen, dass der Variablentyp entscheidend für die Effektstärke ist. Um diese Annahme zu prüfen verglichen Hölldampf und Kollegen (2012) die Effekte für die fünf am häufigsten angewendeten Testinstrumente, diese sind der Parental Stress Index (PSI), der in 81% der Studien zur Anwendung kam, der Porter Parent Acceptance Scale (PPAS), der in 75% der Studien verwendet wurde, die Measurement of Empathy in Adult-Child-Interactions-Scale (MEACI) wurde in 50% der Studien verwendet, die Child Behavior Checklist (CBCL) wurde in 44% der Studien verwendet und der Joseph Pre-School and Primary Self Concept Screening Test (JPPST) wurde in 25% der Studien verwendet. Die Tests messen die Konstrukte elterliches Stresserleben (PSI), Akzeptanz/Annahme des Kindes (PPAS), elterliche Empathie (MEACI), externalisierendes und internalisierendes Verhalten des Kindes/kindliche Symptome psychischer Störungen (CBCL) und das Selbstkonzept des Kindes (JPPST),

dabei konnten folgende Effektstärken errechnet werden CBCL ES=0.426 ($p=.008$), mit einer Variation von ES=0.030 ($p=0.940$) bis ES=0.867 ($p=0.044$), MEACI 2.560 ($p=.000$), die geringste Effektstärke für diesen Test beträgt ES=0.981 ($p=0.000$), was immer noch einen extrem hohen Wert darstellt, die höchste Effektstärke beträgt ES=4.471 ($p=0.000$). Diese Ergebnisse sprechen für eine sehr starke Zunahme der elterlichen Empathie und Akzeptanz durch das Filialtherapietraining. Die Ergebnisse des PSI sind nicht konsistent. Über die zwölf Studien, in welchen das Messinstrument zur Anwendung kam ergibt sich eine Gesamteffektstärke von ES=0.754 ($p=0.000$). In einer der Studien ergab sich eine wenn auch nicht signifikante Verschlechterung um ES=0.218 ($p=0.631$). Die höchste Effektstärke bzgl. des PSI war ES=1.139 ($p=0.053$). PPAS 1.248 ($p=.000$) mit einer Variation von ES=0.457 ($p=0.263$) bis ES=2.949 ($p=0.000$), JPPST 0.891 ($p=.016$).

Diskussion

Alle Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der Filialtherapie um eine hochwirksame Intervention zu handeln scheint, auch wenn die Effekte zwischen den Outcomemaßen variieren. Dennoch ergeben sich über nahezu alle Konstrukte hinweg Effekte über .50, außer beim CBCL. Dieser Test gilt jedoch auch als sehr veränderungsresistent und eignet sich nur bedingt für die Messung kurzzeitiger Veränderungen, da eine Einschätzung des Verhaltens über die letzten sechs Monate erfragt wird. Im Falle der Filialtherapie dauert die Intervention selbst nur 10 Wochen, es ist daher auch davon auszugehen, wenn am Ende der Maßnahme die letzten sechs Monate beleuchtet werden, dass die Einschätzung der Veränderung nur moderat ausfällt. Die Veränderungen des JPPST hingegen sind als besonders positiv zu bewerten, da es sich hier erstens um eine Selbsteinschätzung des Kindes handelt und nicht um eine Einschätzung der Eltern, die als Teilnehmer an der Filialtherapie evtl. dazu neigen würden die Test und damit ihre Leistungen besser zu bewerten. Zweitens handelt es sich beim Selbstkonzept um ein Konstrukt dessen Veränderung und Verbesserung ein Ziel der Personzentrierten Psychotherapie ist, und bei dem davon auszugehen ist, dass diese Veränderung noch weiter nachwirken wird.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Filialtherapie eine hochwirksame Intervention bezogen auf elterliches Stresserleben ist, das sich mit einer Effektstärke über 1.0 sensationell verbessert. Auch die personzentrierten Beziehungsvariablen wie elterliche Empathiefähigkeit verbessern sich mit einer Effektstärke von über 2.0 und Wertschätzung verbessert sich mit einer Effektstärke von über 1.0. Wenn davon ausgegangen wird, dass Empathie nicht ohne Achtsamkeit möglich ist, dann hat Filialtherapie auch eine sehr hohe Wirkung auf das Konstrukt Achtsamkeit.

Literatur

- Anderson, J. & Werry, J. S. (1994). Emotional and behavioral problems. In I. B. Pless (Ed.), *The epidemiology of childhood disorders*, (pp. 304-338). Oxford: Oxford Press.
- Axline, V. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Cambridge: Houghton Mifflin.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany – an epidemiological screening. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 357-366.
- 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(2), 129-143.
- Freud, S. (1959). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In S. Freud (Ed.), *Collected Papers* (pp. 149-289). New York: Basic Books.
- Fuchs, N. (1957). Play therapy at home. *Merrill-Palmer Quarterly*, 3, 89-95.
- Ginsberg, B. G. (1997). *Relationship enhancement family therapy*. New York: Wiley & Sons.
- Goetze, H. (2013). *Familien spielend helfen. Mit der Filialtherapie elterliche Ressourcen stärken*. Weinheim: Beltz.
- Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 303-310.
- Höldampf, D. & Behr, M. (2009). Wirksamkeit personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*, (S. 319-339). Göttingen: Hogrefe.
- Höldampf, D., Crawford, I., Härtel, J. & Behr, M. (2012). Wirksamkeit Filialtherapeutischer Elterntrainings bei Eltern von Risikokindern. In S. Kägi & U. Stenger (Hrsg.), *Forschung in Feldern der Frühpädagogik. Grundlagen-, Professionalisierungs- und Evaluationsforschung* (S. 303-320). Hohengehren: Schneider.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Kuschel, A. & Verhulst, F.C. (2006). Entwicklung von emotionalen und Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter: Eine internationale Perspektive. In N. Heinrichs, K. Hahlweg & M. Döpfner (Hrsg.), *Familien stärken. Evidenzbasierte Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern*. Münster: Psychotherapie Verlag.
- Kuschel, A., Lübke, A., Köppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K. & Sanders, M.R. (2004). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 32, 97-106.
- Landreth, G.L. & Bratton, S.C. (2006). *Child-Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzai, M., Jamison, D. T. & Murray, C. J. (Eds.), (2006). *Global burden of disease and risk factors [Disease Control Priorities Project]*. New York: The World Bank and Oxford University Press.
- Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York: Harper & Row.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. et al. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Stover, L. & Guerney, B. Jr. (1967). The efficacy of training procedures for mothers in filial therapy. *Psychotherapie: Theory, Research, and Practice*, 4, 110-115.
- VanFleet, R. (1994). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Verhulst, F. C. (1995). A review of community studies. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: University Press.
- Wyatt Kaminski, J. & Valle, L. A. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal Abnorm Child Psychology*, 36, 567-589.



Dagmar Nuding ist Diplompädagogin und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin, hauptamtlich ist sie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd beschäftigt und dort vor allem in der Ausbildung von Frühpädagogen tätig. Seit 2011 ist sie im Vorstand der GwG als Schriftführerin.



Ina Crawford ist Diplompädagogin und hat die Grundstufe der Weiterbildung Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (GwG) absolviert.