

# Wirkung von Kinderorientierter Familientherapie – Eine Befragung von Therapeut/innen, Eltern und Kindern

---

Bernd Reiners

## Summary

First child orientated family therapy will be shortly described. The design of the study and the sample will follow. After the results follows the discussion. The study shows some requirements for practice, e.g. that therapists should play more than once with the child, before parents take part of the play or that parents should get a hint for seeing changes in their children's play. Some major assumptions of child orientated family therapy are confirmed: children can express themselves in play, parents can see parallels in the children's play to everyday life, and derive some alternates in their own behavior. The study will be compared to Scandinavian studies and critically honored with ideas to further research.

Keywords: Child orientated family therapy – family play – practice based research

## Zusammenfassung

Nach einer kurzen Einführung in die Kinderorientierte Familientherapie werden zunächst das Untersuchungsdesign sowie die Stichprobe beschrieben. Nach der Darstellung der Ergebnisse folgt eine Diskussion. Es ergeben sich wesentliche Forderungen für die Praxis, so z. B. dass zunächst mehr als einmal mit dem Kind gespielt wird, bevor Eltern mitspielen oder dass Eltern auf neue Verhaltensweisen ihres Kindes im Spiel hingewiesen werden können. Einige Grundannahmen der Kinderorientierten Familientherapie werden bestätigt, so z. B. dass sich Kinder im Spiel einbringen und ausdrücken können und Eltern darin Parallelen zum Alltag erkennen sowie Handlungsalternativen für problematische familiäre Eskalationen ableiten können. Die vorliegende Untersuchung wird mit der skandinavischen Forschung verglichen und inklusive Ausblicken für weitere Forschung kritisch gewürdigt.

Schlüsselworte: Kinderorientierte Familientherapie – Familienspiel – praxisbezogene Forschung

## Einleitung

### Was ist Kinderorientierte Familientherapie?<sup>1</sup>

Kinderorientierte Familientherapie (KOF) verknüpft Aspekte der Kindertherapie, des Elterncoachings und der Systemischen Familientherapie so, dass insbesondere den Bedürfnissen jüngerer Kinder im familientherapeutischen Prozess mehr Rechnung getragen wird.

---

<sup>1</sup> Definition nach der DGKOF, s. [www.dgkof.org](http://www.dgkof.org) (Abruf 23.10.2018)

In der KOF wird ein freies, gemeinsames Spiel (oft als Sandspiel der Familie) idealerweise auf Video aufgenommen und hinterher zusammen mit den Eltern ausgewertet.

Auf der Grundlage einer gleichermaßen kindzentrierten wie systemischen Haltung sollen Ressourcen und Stärken, Interaktionsmuster und Beziehungsstrukturen sowie innere Prozesse bewusst gemacht werden. Zentral sind dabei Allparteilichkeit und Lösungsorientierung.

Vorrangig gilt es, im gemeinsamen, freien Spiel von Eltern und Kind entwicklungsfördernde Begegnungen zu schaffen – die Therapeutin übernimmt dabei die Verantwortung, den Spielrahmen zu gestalten und durch aktives Mitspielen zu moderieren, so dass das gemeinschaftliche Handeln zwischen den Beteiligten gefördert wird.

Eltern können Bedürfnisse, Wünsche, Sichtweisen und Ausdrucksweisen des Kindes konkret in der spielerischen Begegnung erleben und erkennen – Probleme und Lösungsmöglichkeiten werden aus kindlicher Perspektive im Spiel sichtbar und erhalten im therapeutischen Prozess Bedeutung.

Im Rahmen der gemeinsamen Videoanalyse des Spiels mit der Therapeutin können Eltern darüber hinaus beobachten und nachvollziehen, wie sie auf spielerischer Ebene mit dem Kind interagieren (diagnostischer Blick). Auf dieser Basis kann nach Parallelen bzw. Unterschieden im Alltagsverhalten gesucht werden. Zielorientiert werden schließlich mögliche Veränderungen in den familiären Interaktionsmustern erarbeitet und in kleinen Schritten zunächst im Spiel, dann in der Alltagspraxis umgesetzt (Intervention).

KOF kann auch unabhängig von der Kernfamilie mit wichtigen Bezugspersonen oder im Rahmen von pädagogischen Teams und in unterschiedlichen Kontexten Anwendung finden (s. zur Übersicht Brächter & Reiners, 2018).

## Steckbrief

- Entwicklung: 1980er Jahre in Norwegen von Martin Soltvedt.
- Theoretischer Hintergrund: psychodynamische Spieltheorie, Verhaltenstherapie (konkretes Einüben), systemische Therapie (Fokus auf Interaktion).
- Anwendungsbereich: Vorschul- und Schulkinder; Verhaltensauffälligkeiten, die von Eltern nicht verstanden werden; Grenzverletzungen; Schüchternheit/Ängstlichkeit; selektiver Mutismus; Hyperaktivität; Konzentrationsprobleme; Kontaktschwierigkeiten.
- Ziele: Das Kind zeigt seine Problem- und Lösungssicht im Spiel; Eltern verstehen ihr Kind durch die Videoanalyse; Eltern können neue (Erziehungs-)Verhaltensweisen im Spiel ausprobieren und auf den Alltag übertragen.

## Idealtypischer Ablauf

- (1) Ein bis drei Vorgespräche mit den Eltern (Auftragsklärung, Joining; Erläuterung des Settings).
- (2) Erste Spielsequenz mit Videoaufzeichnung (ca. 15 min): Therapeutin und Kind spielen, Eltern schauen zu.
- (3) Videonachgespräch mit den Eltern (ca. 60 min): Welche Parallelen erkennen die Eltern zwischen Spiel und Alltag? Was benötigt das Kind, um in Kontakt zu kommen? So kann das Nachgespräch im Sinne eines Eltern-Coachings geführt werden.

Wiederholung von Schritt zwei und drei, wenn kein ausreichender Kontakt gelungen ist.

- (4) Zweite Spielsequenz mit Videoaufzeichnung (ca. 15 min): Familie und Therapeutin spielen gemeinsam. Die Spielfigur der Therapeutin nimmt aktiv am Spiel teil. Sie versucht, gemeinsame Handlungen in der Familie zu ermöglichen oder zu unterstützen. Es entsteht ein Bild des Zusammenspiels zwischen den Familienmitgliedern.
- (5) Videonachgespräch mit den Eltern (ca. 60 min).
- (6) Einige Wiederholungen der familiären Spielsequenz mit Nachgespräch.

Der Ansatz der Kinderorientierten Familientherapie wurde bereits in den 1980er Jahren von dem norwegischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Martin Soltvedt entwickelt. In Deutschland findet er Verbreitung seit der ersten deutschsprachigen Veröffentlichung (Reiners, 2006). Seitdem ist ein Fachbuch zum Thema erschienen (Reiners, 2013), inzwischen wurde er in zahlreichen Lehrbüchern (Hanswille, 2016, Eickhorst & Röhrbein, 2018; Borst u. von Sydow, 2018; Brächter & Reiners, 2018) beschrieben. Einführungskurse, Workshops und einjährige Weiterbildungen brachten die Methode bisher in Deutschland über 1000 Fachpersonen näher. Doch bislang fehlte es an deutscher Forschung, wie dieser Ansatz von Anwender/innen und Klient/innen bewertet wird. Diese Lücke soll die vorliegende Arbeit schließen.

## Methoden

### Design

Es handelt sich um eine Fragebogen-Untersuchung. Die von Marie-Josée Cremer<sup>2</sup> und dem Autor entwickelten Fragebögen für Therapeut/innen, Eltern und Kinder<sup>3</sup> wurden im November 2017 per E-Mail an ca. 500 ehemalige Kursteilnehmer/innen des Autors verschickt, die regelmäßig einen Newsletter erhalten. Diese wurden gebeten, möglichst alle drei Fragebögen (Therapeutin, Eltern, Kind) bezüglich eines oder mehrerer Fälle auszufüllen. Dabei sollten die Eltern und Kinder die Fragebogen im Beisein der Therapeutin ausfüllen. Die Fragebogen sollten zum Ende der Therapie anonymisiert ausgefüllt werden. Einsendeschluss der Fragebögen war der 1.3.2018.

### Der Therapeutinnenfragebogen

Zunächst wurden Informationen zur Familie erfasst: Alter und Geschlecht des Kindes, die Familienzusammensetzung, teilnehmende Familienmitglieder, andere Behandlungsangebote, Auftrag und Behandlungsumfang (Anzahl der Spielsequenzen mit dem Kind, der Auswertungssitzungen, der Spielsequenzen mit den Eltern). Die Therapeutin wurde nach Alter, Berufserfahrung, Erfahrung mit KOF (in Jahren und in Fällen) sowie nach ihrer Ausbildung und Zusatzqualifikation befragt. Es wurde gefragt, ob die Therapie in Ko-Therapie durchgeführt wurde und in welcher Einrichtungsform.

Der Therapieerfolg wurde auf einer zehnstufigen Skala eingeschätzt. Auf jeweils fünfstufigen Skalen konnte eingeschätzt werden, wie hilfreich KOF für das Verständnis der Problematik, des Kindes oder der Eltern war, bzw. wie hilfreich das Auswertungsgespräch im therapeutischen Prozess war.

Die Therapeutinnen konnten angeben, warum sie in diesem Fall KOF als Methode eingesetzt haben. Hier gab es vier Antwortkategorien, in denen jeweils Mehrfachantworten und eigene Antworten möglich waren. Bezüglich der *Problematik* waren z. B. möglich: Die Eltern verstehen das Kind nicht, Tempo-Unterschiede zwischen Eltern und Kind, Autismus, Trennung der Eltern etc. Bezüglich der *familiären Variablen* konnte das Alter, die Spielbereitschaft und die Sympathie der Familie

---

<sup>2</sup> Marie-Josée Cremer hat den Fragebogen als Abschlussarbeit ihrer einjährigen Weiterbildung in KOF erstellt.

<sup>3</sup> Die Fragebogen können beim Autor per E-Mail abgerufen werden.

angekreuzt werden. Als drittes konnten *persönliche Vorlieben* (KOF kann ich besonders gut, macht mir Spaß, halte ich für wirksam) angegeben werden. Schließlich konnten sonstige Gründe angegeben werden. Anschließend sollten die vier Bereiche so gewichtet werden, dass sie zusammen 100% der Gründe für die Behandlung mit KOF ergaben.

Zuletzt gab es noch die Möglichkeit, freie Mitteilungen an die Untersucher zu geben.

### **Elternfragebogen**

Soweit nicht anders beschrieben, waren alle Fragen auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten.

Die Fragen zum Spiel lauteten: Ob den Eltern das Spiel Spaß gemacht hat, ob sie neue Verhaltensweisen ausprobiert oder beim Kind festgestellt haben, ob das Kind im Spiel seine Problematik gezeigt hat, ob das Spiel den Eltern geholfen hat, das Kind besser zu verstehen, ob die therapeutischen Spielfiguren hilfreich waren etc.

Es folgten Fragen zur Videoauswertung: Ob diese hilfreich war, um die familiäre Interaktion zu verstehen, das Kind besser zu verstehen, neue Verhaltensweisen zu überlegen.

Anhand der von Grawe (2004) beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie wurden allgemeine Fragen formuliert: Fühlten Sie sich von der Therapeutin verstanden? Hat sich Ihre Hoffnung auf Veränderung verstärkt? Kamen Sie durch die Therapie eigenen Zielen näher? War die Methode insgesamt hilfreich?

Drei Fragen zur Veränderung im Alltag folgten: Ob die Eltern Veränderungen bei sich bzw. dem Kind feststellen konnten und ob sie mehr Verständnis für ihr Kind bekamen. Vor einer offenen Frage für Mitteilungen wurde der Erfolg der Therapie auf einer zehnstufigen Skala eingeschätzt.

### **Kinderfragebogen**

Der Fragebogen für die Kinder war mit einer Seite der kürzeste. Zunächst wurde das Kind gefragt, ob es wisse, warum es zur Therapie kam, anschließend sollte es dies frei beantworten. Es folgten Fragen zum Spiel: Spaß im Spiel mit der Therapeutin, mit den Eltern, ob es seine Ideen einbringen konnte. Es folgten einige allgemeine Fragen: ob es sich von der Therapeutin verstanden fühlte, ob die Therapie geholfen habe, dass es sich besser fühlt und ob es wieder kommen würde. Schließlich konnte es frei antworten, was ihm besonders gut bzw. nicht so gut gefallen habe.

### **Stichprobenbeschreibung**

Insgesamt konnten 31 Therapeutinnenfragebogen und dazu 15 Eltern- und zu den gleichen Fällen 15 Kinderfragebogen ausgewertet werden. Dabei kamen die Antworten von 21 Therapeutinnen und einem Therapeuten. Die Therapeut/innen haben ein bis drei Fälle beschrieben. Die 31 Kinder sind von 4-11 Jahre alt, mit einem Mittel von 7,6 Jahren (SD 2,2). Von den Kindern waren 23 Jungen und 8 Mädchen. Das Alter der Mädchen und Jungen unterschied sich nicht signifikant (T-Test:  $p=0,88$ ). 19 der Kinder entstammten einer Kernfamilie, 7 einer Einelternfamilie und 5 einer Stief- oder Patchworkfamilie. (Das ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine große Menge an Kernfamilien.)

In 13 Fällen (41,9%) nahm ausschließlich die Mutter an der Therapie teil, in einem Fall nur der Vater (3,2%), in 13 Fällen beide zusammenwohnende Elternteile (41,9%), in einem Fall beide Eltern, obwohl sie getrennt waren (3,2%) und in drei Fällen ein Elternteil mit Stiefelternteil (6,9%).

7 Fälle (22,6%) wurden in Kotherapie durchgeführt, 24 (77,4%) nicht. Die Kotherapien stammen fast ausschließlich aus dem stationären Setting (Jugendhilfe bzw. psychiatrisch).

### **Problembeschreibung**

Hier sind die am häufigsten genannten Probleme aufgeführt (Mehrfachnennung möglich):

- 24 (77,5%) der Kinder hatten Symptome, die als „ausagierend“ bezeichnet werden können.
- 11 Kinder (35,5%) der Kinder zeigten „schüchterne/zurückgezogene“ Symptome.
- 5 Kinder (16%) hatten die klinische Diagnose frühkindlicher oder atypischer Autismus zugewiesen bekommen.
- 15 Eltern (48%) zeigten Probleme (mangelndes Verständnis, uneinig, unsicher etc.) mit ihren Kindern.
- 4 Kinder (12,9%) waren minderbegabt (lern- oder geistig behindert).
- 7 Kinder (22,6%) zeigten Schulprobleme.
- 10 Kinder (32,3%) hatten Schwierigkeiten, die jeweils maximal zweimal genannt wurden und daher als „Sonstiges“ zusammengefasst wurden. Hierzu zählen so unterschiedliche Dinge wie Enkopresis, Tourette-Syndrom, Bindungsstörung.
- 26 Kinder (83,9%) zeigten Symptome in mehreren Symptomgruppen. Dabei zeigten dies 97% der Jungs und nur 50% der Mädchen.

### **Therapeutinnenvariablen**

Die Therapeut/innen waren im Durchschnitt 49 Jahre alt (SD= 6,7), hatten 15, 4 Jahre Berufserfahrung (SD=7,9) und 2,6 Jahre Erfahrung mit KOF (SD=3,4). Fast 50% der Familien wurden von einer Therapeutin behandelt, die bis zu zwei Jahren Erfahrung mit KOF hatte. Bezüglich der Fälle, die bereits mit KOF bearbeitet worden waren lag der Durchschnitt bei 7,6 Fällen (SD= 6,7). Außerdem zeigt sich, dass die Therapeutinnen, bevor sie KOF als Methode lernten, ca. 12 Jahre Berufserfahrung sammelten.

42% der Antworten stammen von Sozialpädagog/innen, 29% von Psycholog/innen, 16% von Heilpädagog/innen und 13% von Pädagog/innen bzw. Ärzt/innen. 61% besaßen eine systemische Therapieweiterbildung, 23% eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Approbation und 16% eine MarteMeo oder andere Weiterbildung.

### **Einrichtung**

9 Kinder (29%) wurden in einer ambulanten Beratungsstelle behandelt, 8 (25,8%) in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6 (19,4%) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, 4 (25,8%) in einer teil-stationären Einrichtung, 3 (9,7%) in einer Heimeinrichtung und ein Kind (3,2%) im Rahmen einer aufsuchenden Familientherapie.

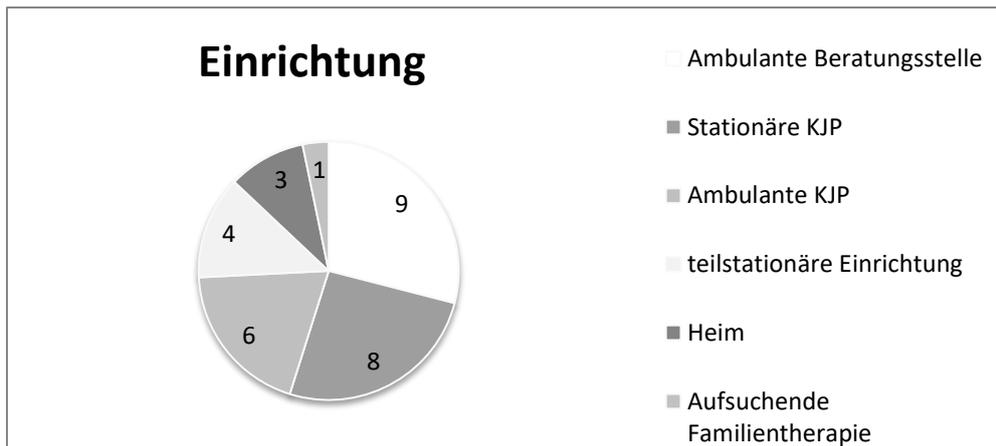


Abbildung 1: Einrichtung, in der die Kinder behandelt wurden

## Ergebnisse

Die Trennung von Ergebnissen und Diskussion ist nicht immer in äußerster Konsequenz durchgezogen. Zum Teil werden einzelne Ergebnisse bereits in diesem Teil diskutiert (*und dann kursiv gedruckt*). Die Übersicht und das Vergleichen verschiedener Ergebnisse der Studie miteinander bzw. mit Ergebnissen aus anderen Studien sind aber der Diskussion vorbehalten.

## Umfang der Therapie

In 24 Fällen (77,4%) war KOF nicht die einzige Behandlungsform. Insgesamt zeigte sich eine gute Möglichkeit, KOF in andere Hilfeformen zu integrieren. KOF zeigte sich auch als erfolgreich im Anschluss an andere Behandlungsformen.

Wenn KOF die einzige Behandlungsmethode war, hat KOF den Therapeut/innen beim Verständnis des Kindes signifikant mehr geholfen (T-Test;  $p=0,03$ ). In diesem Fall war der von den Therapeutinnen eingeschätzte Erfolg tendenziell signifikant höher ( $p=0,06$ ),

Die durchschnittliche Sitzungs- bzw. Spiel- und Auswertungszahlen zeigt Abbildung 2.

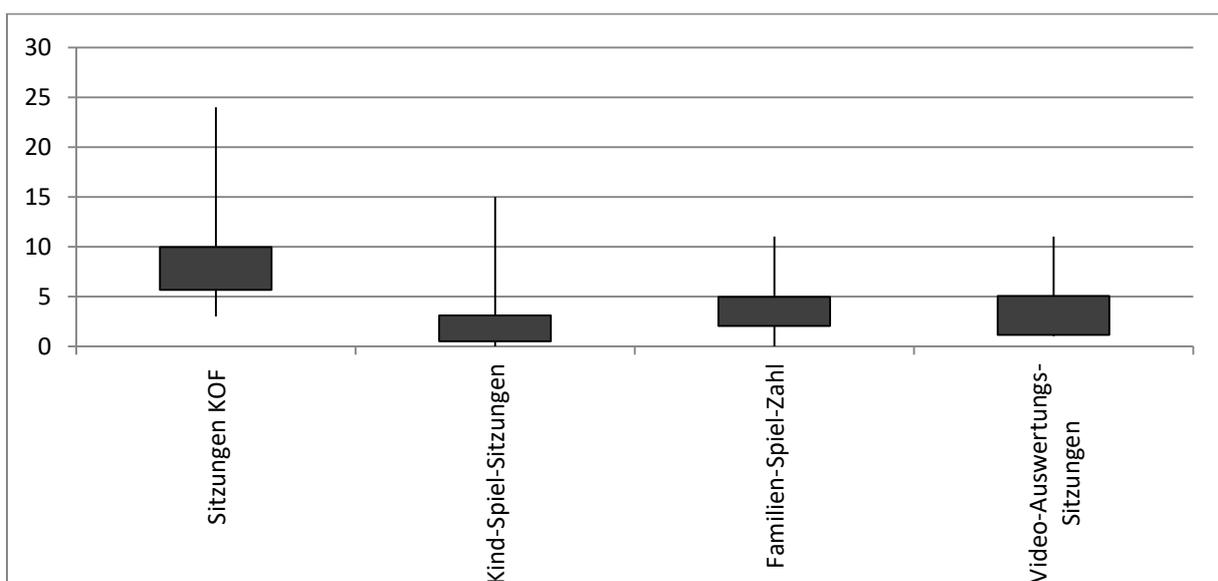


Abbildung 2: Anzahl der Sitzungen (Die senkrechten Striche reichen vom Minimal- zum Maximalwert, die schwarzen Balken zeigen die Standardverteilung um den Mittelwert)

Je öfter die Therapeutin allein mit dem Kind gespielt hat, desto besser konnte sie die Eltern verstehen ( $r=0,49$ ), desto mehr konnten die Eltern die Problematik ihres Kindes im Spiel erkennen ( $r=0,58$ ) und desto mehr Verhaltensweisen konnten sie ausprobieren ( $r=0,52$ )<sup>4</sup>. *Die letzte Korrelation legt die Vermutung nahe, dass die Eltern sich neue Verhaltensweisen bei der Therapeut/in „abgucken“ konnten – durchaus ein erwünschter Effekt.*

Je häufiger die Eltern mitspielen (Familienspiele), desto mehr Veränderungen stellen sie im Alltag bei ihrem Kind fest ( $r=0,55$ ).

Kinder, deren Eltern an mehr Auswertungssitzungen teilgenommen haben, würden eher wieder zur Therapie kommen als andere ( $r=0,45$ ). *Dieser Zusammenhang spricht dafür, dass mehr Auswertungssitzungen vom Kind nicht nur wahrgenommen sondern auch positiv bewertet werden.*

### Warum wurde KOF als Behandlungsmethode gewählt?

Das wichtigste Kriterium für die Therapeut/innen war die Problemstellung (Eltern verstehen ihr Kind nicht, Tempo-Unterschiede, ausagierende Symptome), die zweitwichtigste die familiären Variablen (v. a. Alter des Kindes und Spielbereitschaft von Eltern).

80% der Therapeutinnen gaben an, KOF mache ihnen „einfach Spaß“, 67% hielten KOF für besonders wirksam. Dies belegt, wie sehr KOF bei den teilnehmenden Therapeut/innen geschätzt wird.

In den freien Antworten gaben die Therapeutinnen häufig als Grund für KOF an, dass Sprache als Medium alleine nicht ausreiche.

### Problembeschreibung

Hier werden die Problembeschreibungen bezüglich ihrer Zusammenhänge zum Therapieerfolg betrachtet, soweit es diesbezüglich einen signifikanten Unterschied gab:

- Ausagierende Problematiken senkten den von den Eltern eingeschätzten Therapieerfolg ( $p=0,02$ ).
- Die klinische Diagnose frühkindlicher oder atypischer Autismus führte zu einer höheren Einschätzung der Therapeutinnen des Nutzens des Videos ( $p=0,01$ ). (Bei den Eltern hingegen nicht.)
- Wenn Eltern als Grund für die Therapie angaben, dass sie ihr Kind nicht verstanden, war der Verständnissgewinn der Eltern für die Problematik durch das Spiel ebenso signifikant höher

---

<sup>4</sup> Grundsätzlich müssen hier drei Erläuterungen zu den Korrelationen vorgenommen werden:

1. Die Werte beziehen sich maximal auf 31 Wertepaare (31 Therapeutinnenfragebogen, häufig auf 15, Elternfragebogen/Kinderfragebogen), manchmal auch auf weniger (wenn Antworten fehlen). Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde die Rangkorrelation nach Spearman verwendet. Diese verhindert die starke Beeinflussung durch extreme Ausreißer.
2. Nach Cohen (1988) gilt eine Korrelation als hoch, wenn sie größer ist als  $r=0,5$ . Daher werden im vorliegenden Text hauptsächlich Korrelationen dieser Größe angegeben.
3. Korrelationen sind keine Kausalitäten: Der Zusammenhang könnte auch umgekehrt als hier dargestellt sein: Je besser die Therapeutin die Eltern versteht, desto häufiger spielt sie mit dem Kind. Dies ist allerdings inhaltlich ebenso wenig wahrscheinlich, wie dass sie aufgrund des Elternverständnisses für ihr Kind häufiger mit dem Kind spielt. Die KOF-Lehre sagt: Wenn das erste Spiel mit dem Kind hinreichend gelungen ist, wird mit der Familie gespielt – nur in einem anderen Fall wird das Spiel mit dem Kind wiederholt.

( $p=0,02$ ) wie die Einschätzung der Eltern, durch das Spiel das Kind (allgemein) besser verstanden zu haben ( $p=0,03$ ). Hier „funktioniert“ KOF offensichtlich: Es erhöht das Verständnis der Eltern für ihr Kind besonders dann, wenn es vorher dabei Probleme gab.

### Therapeut/innenvariablen Alter und Berufserfahrung

Die Einschätzung der Eltern, von der Therapeutin verstanden zu werden, korreliert mittel mit deren Alter ( $r=0,49$ ) (Stärker als mit Berufserfahrung oder KOF-Erfahrung). Bezüglich der Grundberufe oder der therapeutischen Zusatzausbildung fanden sich mittels Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede.

Veränderungen, die Eltern bei sich selbst im Alltag entdecken konnten, korrelieren hoch mit der KOF-Erfahrung der Therapeut/innen ( $r_{\text{Jahre}}=0,67$ ;  $r_{\text{Fälle}}=0,62$ ), deutlich stärker als mit der Berufserfahrung oder dem Lebensalter der Therapeutinnen.

### Therapeutinneneinschätzung

88% der Therapeut/innen fanden KOF für das Verständnis der Problematik hilfreich oder sehr hilfreich (3-4 auf einer Skala von 0 bis 4).

90% half das Spiel für das Verständnis des Kindes in diesem Bereich, beim Elternverständnis waren dies lediglich 70%.

### Erfolg der Therapie

#### Therapeutinneneinschätzung

Durchschnittlich schätzten die Therapeut/innen den Erfolg auf 7,0 ein ( $SD=1,9$ ). In 83,5% der Fälle wurde der Erfolg mit sechs oder größer angegeben. Die Verteilung der Einschätzungen zeigt Abbildung 3.

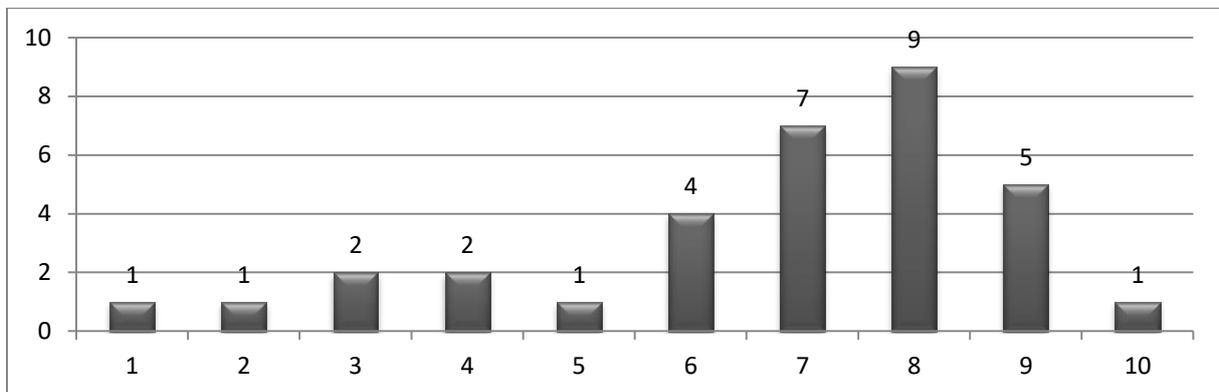


Abbildung 3: Erfolg, von den Therapeutinnen eingeschätzt (auf einer Skala von 1 bis 10)

Der von den Therapeutinnen eingeschätzte Erfolg hing stark mit der Elterneinschätzung zusammen, wie hilfreich sie das Nachgespräch fanden, um neue Verhaltensweisen zu überlegen ( $r=0,50$ ) und noch stärker mit der Einschätzung der Eltern, durch das Video das Kind besser zu verstehen ( $r=0,60$ ).

#### Elterneinschätzung

Durchschnittlich schätzten die Eltern den Erfolg auf 7,1 ein ( $SD=2,1$ ). In 86,6% der Fälle wurde der Erfolg mit sechs oder größer angegeben. Die Ergebnisse sind damit sehr vergleichbar, wenn auch leicht besser als bei den Therapeutinnen. Die Verteilung zeigt Abbildung 4.

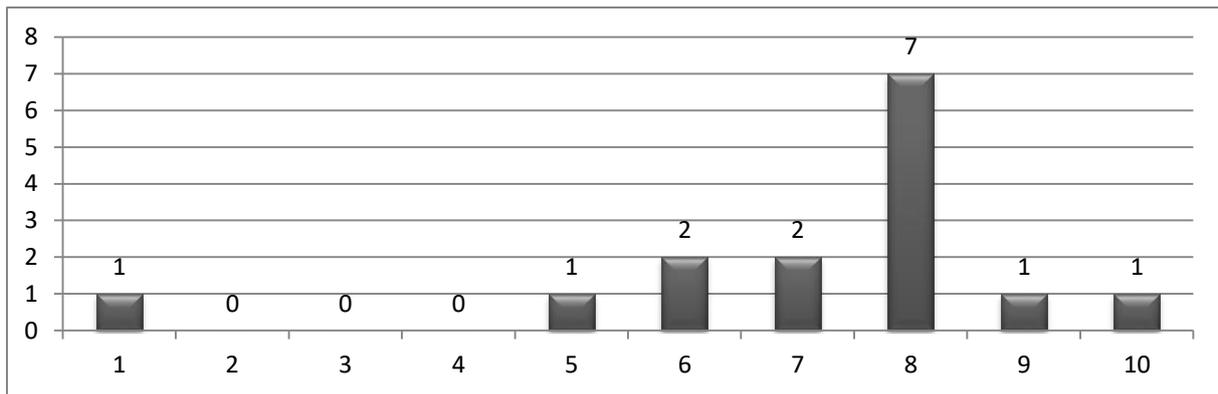


Abbildung 4: Erfolg der Therapie, durch die Eltern eingeschätzt (auf einer Skala von 1 bis 10)

### **Korrelationen zwischen der elterlichen Erfolgseinschätzung und anderen Elterneinschätzungen**

Bezüglich der elterlichen Erfolgseinschätzungen wurden Korrelationen zu anderen Variablen berechnet. Dabei zeigten sich hohe Korrelationen zu fast allen von den Eltern eingeschätzten Spiel-Variablen: dem elterlichen Spaß im Spiel ( $r=0,58$ ), dem Entdecken neuer Verhaltensweisen beim Kind ( $r=0,61$ ), dem besseren Verständnis für das Kind ( $r=0,50$ ), den Reaktionen des Kindes auf elterliche Verhaltensänderungen im Spiel ( $r=0,54$ ) und der Elterneinschätzung, das Kind konnte seine Fähigkeiten einbringen ( $r=0,54$ ).

Noch stärkere Korrelationen gab es zu den Video-Variablen: dem Verständniserwerb der Eltern für ihr Kind im Video ( $r=0,66$ ) und der Einschätzung, dass das Videonachgespräch half, Ideen für neue Verhaltensweisen zu entwickeln ( $r=0,69$ ).

Auch bei den allgemeinen Variablen gab es hohe Korrelationen mit dem von den Eltern eingeschätzten Therapieerfolg: dem Gefühl, verstanden zu werden ( $r=0,63$ ), der Einschätzung der Methode als hilfreich ( $r=0,72$ ). Bezüglich dem Näherkommen eigener Ziele ( $r=0,35$ ) und der Verstärkung der Hoffnung auf Veränderung ( $r=0,3$ ) waren die Korrelationen geringer.

Hohe Zusammenhänge gab es zu den Veränderungen im Alltag: Feststellung von Veränderungen bei den Eltern selbst (Selbsteinschätzung;  $r=0,72$ ), Veränderungen beim Kind (Elterneinschätzung;  $r=0,61$ ) und mehr Verständnis für das Kind ( $r=0,59$ ).

### **Korrelationen zwischen der elterlichen Erfolgseinschätzung und Einschätzungen der Kinder**

Es gibt große Zusammenhänge zwischen der elterlichen Erfolgseinschätzung und den Angaben der Kinder, wie gut die Therapeutin sie verstanden hat ( $r=0,60$ ). *Dies bestätigt die Ergebnisse von Stith et al. (1996, zitiert nach Vossler, 2000): Die Bewertung der Therapie durch die Kinder war stark abhängig von der Therapeutenpersönlichkeit (besonders bei jüngeren Kindern).* Auch der Zusammenhang der elterlichen Erfolgseinschätzung zur kindlichen Einschätzung, ob die Therapie geholfen hat, sich besser zu fühlen war hoch ( $r=0,50$ ), ebenso zu der Frage, ob das Kind wiederkommen möchte ( $r=0,53$ ).

Im Gegensatz zu dem von den Therapeutinnen eingeschätzten Erfolg gab es bei den vom Eltern eingeschätzten Erfolg einen Zusammenhang zur Kinderspielsitzungszahl ( $r=0,45$ ) und Familienspielzahl ( $r=0,43$ ).

### **Elternantworten**

Die Einschätzungen der Eltern bezüglich der Spielvariablen waren (auf der Skala von 0 bis 4) insgesamt hoch. Sie sind in Tabelle 1 dargestellt.

	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung
Neue Verhaltensweisen ausprobiert	2,4	0,83
Neue Verhaltensweisen beim Kind entdeckt	2,4	0,83
Kind zeigt seine Problematik im Spiel	2,4	1,06
Kind verstanden durch das Spiel	2,7	0,91
Spaß im Spiel	2,8	0,86
Eltern konnten Fähigkeiten einbringen	2,8	0,70
Therapeutischen Spielfiguren waren hilfreich	3	0,68
Kind konnte Fähigkeiten einbringen	3,2	0,73

**Tabelle 1: Durchschnittliche Bewertungen der Eltern bezüglich der Spielvariablen**

Wie ersichtlich waren die Eltern besonders überzeugt davon, dass Ihr Kind seine Fähigkeiten im Spiel einbringen konnte. Auch die therapeutischen Spielfiguren wurden als hilfreich eingeschätzt. Etwas weniger überzeugt waren die Eltern davon, dass sich im Spiel neue Verhaltensweisen oder die Problematik des Kindes zeigten.

Die Einschätzungen der Eltern bezüglich der Videovariablen waren (auf der Skala von 0 bis 4) sogar etwas höher als die Spielvariablen. Sie sind in Tabelle 2 dargestellt.

	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung
Videobetrachtung half, Interaktion und Beziehung verstehen	3,1	0,96
Videogespräch half, Kind besser zu verstehen	3,1	1,04
Videogespräch hilfreich, um neue Verhaltensweisen zu überlegen	3,2	0,86

**Tabelle 2: Durchschnittliche Bewertungen der Eltern bezüglich der Videovariablen**

Bezüglich der von Grawe (2004) postulierten allgemeinen Prädiktoren des Therapieerfolgs waren die Werte erwartungsgemäß hoch. Sie sind in Tabelle 3 dargestellt.

	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung
Eigenen Zielen näher gekommen?	2,6	0,91
Hoffnung auf Veränderung verstärkt?	2,8	1,2
Methode insgesamt hilfreich?	2,9	0,99
Von der Therapeutin verstanden?	3,3	0,80

**Tabelle 3: Durchschnittliche Elternbewertung der allgemeinen Variablen**

Die beste Bewertung fand sich bei der Frage, ob sie sich von der Therapeutin verstanden fühlten. Aber auch das Einschätzen der Methode als hilfreich war hoch. *Hierzu passt die Erfahrung einiger Therapeutinnen, dass das Verständnis für die Eltern leichter zu zeigen ist, wenn die Therapeutin an eigene Spielerfahrung mit dem Kind anknüpft. In diesem Sinne hilft die Methode den Eltern, sich verstanden zu fühlen.*

Die Eltern schätzten die Veränderungen im Alltag geringer ein bezüglich des Verhaltens bei sich und dem Kind ( $\bar{x}=2,4$ ) als die Veränderung ihres Verständnisses für das Kind im Alltag ( $\bar{x}=3,1$ ). *Das ist wenig überraschend; Verhaltensänderung benötigt oft mehr Zeit. Erfreulich, wie hoch sie die Veränderung ihres Alltagsverständnisses einschätzten.*

## Korrelationen der Elternantworten mit anderen Variablen

Je mehr neue Verhaltensweisen die Eltern im Spiel ihres Kindes entdeckten, desto mehr Veränderungen stellten sie im Alltag bei sich selbst ( $r=0,74$ ) und beim Kind ( $r=0,51$ ) fest.

Je hilfreicher die Eltern das Video fanden, desto mehr fühlten sie sich von der Therapeutin verstanden ( $r=0,75$ ) und desto hilfreicher schätzten sie die Methode insgesamt ein ( $r=0,70$ ). *Die Kausalität kann sicherlich auch andersherum sein. Ich gehe von einer zirkulären Kausalität aus.*

Je mehr Veränderungen die Eltern bei sich im Alltag feststellten, desto höher schätzten die Kinder ein, die Therapie half ihnen, sich besser zu fühlen ( $r=0,80$ ).

## Kindesalter

Bezüglich des Kindesalters gibt es drei Effekte:

Je jünger das Kind, desto mehr half das Auswertungsgespräch der Therapeutin im therapeutischen Prozess ( $r=-0,56$ ).

Je jünger die Kinder, desto höher schätzten die Therapeutinnen den Erfolg ein ( $r=-0,56$ ). Bei den Eltern zeigte sich dieser Zusammenhang hingegen nicht ( $r=0,03$ ). *Vielleicht sind sich Therapeut/innen bei jüngeren Kindern unsicherer bezüglich des Erfolgs von Therapie.*

Das Gefühl der Eltern, eigene Fähigkeiten einbringen zu können, stieg mit dem Kindesalter ( $r=0,54$ ). *Vielleicht sind sich Eltern bei jüngeren Kindern unsicherer, wie sie im Spiel agieren sollen.*

## Kinderantworten

Die in der ganzen Untersuchung insgesamt positivsten Antworten kamen von den Kindern. Besonders auffällig sind dabei die Antworten auf die Fragen, ob ihnen das Spiel mit der Therapeutin oder den Eltern Spaß gemacht hat. In beiden Fragen gaben 14 der Kinder den Maximalwert „sehr viel“ an, und nur jeweils eins gab einen niedrigeren Wert an.

Das Ergebnis ist umso erfreulicher als in der Literatur Kinder häufig wenig positiv über Familiensitzungen berichten (Lenz, 2000, Vossler, 2000).

Die Kinder hatten das Gefühl, ihre Ideen im Spiel sehr gut einbringen zu können und fühlten sich von der Therapeutin gut verstanden. 12 der 15 Kinder (85,7%) haben geantwortet, dass sie wiederkommen würden.

Befragt, was ihnen nicht gefallen hat, antworten sechs der neun Kinder, die überhaupt eine Antwort abgegeben haben inhaltlich mit „nichts“. Die einzige Kritik, die genannt wurde, dass das Kind nicht so lange spielen konnte, wie es wollte.

## Diskussion

Zunächst werden einige Ergebnisse in ihrer Bedeutung für die Praxis diskutiert. Anschließend soll die vorliegende Studie kritisch gewürdigt, mit vorhandenen Studien verglichen und die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst werden.

## Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis

### Umfang der Therapie

Die Ergebnisse der Studie sprechen eindeutig dafür, dass vor dem ersten familiären Spiel mehr als ein Kinderspiel durchgeführt werden sollte. Dies führt bei den Eltern zu einem besseren Verständnis des Kindes und zu einem verstärkten Ausprobieren neuer Verhaltensweisen, vermutlich, weil sie der Therapeutin als Modell länger zuschauen. Die Video-Auswertung hilft den Eltern zu verstehen und den Kindern, die Therapie als hilfreich zu erleben – und das, obwohl sie bei dem Gespräch nicht dabei sind! Mehrere Familienspiele sorgen für mehr wahrgenommene Veränderungen im Alltag und für einen höheren eingeschätzten Therapieerfolg. *So sprechen die Ergebnisse auch dafür, mehrere Spielsequenzen mit der Familie durchzuführen.*

### Gründe für KOF als Behandlungsmethode

Insgesamt bestätigt sich die Indikationsstellung, die sich in der Literatur (Reiners, 2013) findet.

Eltern profitieren bezüglich des Verständnisses, insbesondere wenn dies vorher problematisch war. Bei ausagierenden Problematiken wird der Erfolg von Eltern geringer eingeschätzt. Bei autistischen Kindern hilft KOF besonders den Therapeutinnen beim Verständnis.

### Therapeut/innenvariablen und -einschätzungen

Insgesamt zeigten sich die meisten Therapeut/innenvariablen als wenig einflussreich auf die Therapieerfolgskriterien.

Die Therapeut/innen schätzten ihr Verfahren positiv ein. Offenbar schätzten sie besonders die Möglichkeit, durch das Spiel das Kind besser zu verstehen.

Die Therapeutinnen waren z. T. wenig erfahren mit der Methode. Im Durchschnitt hatten sie jedoch 12 Jahre Berufserfahrung bevor sie KOF erlernten. Dies ist aus Sicht des Autors durchaus sinnvoll. *Eine so komplexe Methode wie KOF sollte eher von erfahrenen Therapeutinnen durchgeführt werden.*

Therapeutische Erfahrung mit KOF scheint sich besonders auf die Fähigkeit auszuwirken, den Eltern zu helfen, ihr Alltagsverhalten zu verändern. Dieser Zusammenhang bestand nicht zu allgemeiner Berufserfahrung oder dem Lebensalter der Therapeutinnen. *Es lohnt sich also, KOF zu trainieren.*

### Erfolg der Therapie

Eltern und Therapeut/innen schätzen den Erfolg nach relativ wenigen Sitzungen sehr hoch ein.

Die Elterneinschätzung des Erfolgs hängt stark mit ihrem eigenen Spaß beim Spiel mit dem Kind zusammen. Der elterliche Spaß spielt in der KOF eine zentrale Rolle. *Für das erste familiäre Spiel wird er als einziges Ziel formuliert.* Offenbar zu Recht.

Das elterliche Entdecken neuer Verhaltensweisen im Spiel des Kindes führt zu erhöhten Erfolgseinschätzungen bei den Eltern. Offenbar ist es für die Eltern wichtig, neue Verhaltensweisen zu entdecken. Dies sollte von den Therapeut/innen in der Praxis beachtet werden: *Eltern kann geholfen werden, neue Verhaltensweisen bei ihrem Kind zu entdecken.* (Dies entspricht auch der Hoffnungsinduktion.) Die Fähigkeit hierzu hängt mit der KOF-Erfahrung der Therapeut/innen zusammen.

Eltern schätzen das Videogespräch noch mehr als das Spiel. Dass sie im Spiel weniger Verständnisgewinn erlangen als in der Videobetrachtung kann als Bestätigung gesehen werden, dass

sie im Spiel wirklich spielen und nicht auf das Verstehen achten. Dies geschieht mehr im Nachgespräch. *Das entspricht einer Grundthese der Kinderorientierten Familientherapie, dass Erwachsene (mehr als Kinder) sprachlich verstehen wollen und daher Elterngespräche (ohne Kinder) hilfreich sind.*

Die von Grawe (2004) postulierten Therapieerfolgsprädiktoren Verstandenfühlen und die Einschätzung der Methode als hilfreich bestätigten sich voll. Bezüglich dem Näherkommen eigener Ziele und der Verstärkung der Hoffnung auf Veränderung könnten die geringeren Korrelationen daran liegen, dass die Untersuchung am Ende bzw. nach Abschluss der Therapie durchgeführt wurde. Da werden eigene Ziele oder Hoffnung auf Veränderung, die besonders zu Beginn der Therapie sicherlich wichtige Prädiktoren für den Therapieerfolg darstellen, eventuell als weniger wichtig erinnert (als das Gefühl, verstanden zu werden und die Methode hilfreich zu finden).

Erfreulicherweise hängen hohe Erfolgseinschätzungen der Eltern zusammen mit ihrem Erkennen von Veränderungen im Alltag. Dies ist ein Beleg dafür, dass der Erfolg nicht nur „freundlicherweise“ hoch eingeschätzt wird, sondern tatsächlich mit Veränderungen im Alltag einhergeht, auch wenn dies erneut lediglich durch die Eltern so eingeschätzt wird und die tatsächliche Veränderung mit der vorliegenden Untersuchung nicht überprüft werden kann.

### **Elterneinschätzung**

Die Eltern waren sehr überzeugt davon, dass Ihr Kind seine Fähigkeiten im Spiel einbringen konnte. *Dies bestätigt eine Grundannahme der KOF, dass Spiel als Ausdrucksform des Kindes geeignet ist und von den Eltern verstanden werden kann.*

Auch die therapeutischen Spielfiguren wurden als hilfreich eingeschätzt. *Dies bestätigt eine weitere Grundannahme, dass die Therapeut/in im Spiel aktiv mitspielen soll.*

Etwas weniger überzeugt waren die Eltern davon, dass sich im Spiel neue Verhaltensweisen oder die Problematik des Kindes zeigten. Im Spiel zeigen sich manchmal die Probleme des Kindes weniger deutlich als im Alltag. Das ist keineswegs verwunderlich, da ihnen das Spiel Spaß macht, sie die volle Aufmerksamkeit der Erwachsenen genießen etc. Dass die Methode trotzdem hilfreich ist, zeigt sich bei den Einschätzungen der Eltern bezüglich der Videovariablen.

Es zeigten sich hohe Korrelationen zwischen den Elterneinschätzungen der Spielvariablen und den festgestellten Veränderungen im Alltag. *Das bedeutet, der Zusammenhang zwischen Spiel und Alltag ist hoch! Es bedeutet außerdem, dass die Therapeutin gut daran tut, den Eltern zu helfen, Veränderungen bei sich selbst und beim Kind im Spiel zu entdecken.*

Der hohe Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Eltern des Videos und dem Gefühl, von der Therapeutin verstanden zu werden ( $r=0,75$ ) bzw. die Methode insgesamt als hilfreich einzuschätzen ( $r=0,70$ ), legt die Vermutung nahe, dass die Eltern ihr Gefühl, sich verstanden zu fühlen, und die Methode selbst besonders aufgrund der Video-Gespräche bewerten. Es verwundert wenig, dass das Videogespräch mit ihnen alleine das Gefühl, verstanden zu werden, mehr fördert als das Spiel, das viele Eltern schwieriger finden (Gesamtbewertungen geringer).

*Die höchste Korrelation zwischen verschiedenen Beurteilern liegt zwischen den Veränderungen, die Eltern bei sich im Alltag feststellten, und der Einschätzung der Kinder, sich durch die Therapie besser zu fühlen ( $r=0,80$ ). Diese ausgesprochen hohe Korrelation spricht dafür, dass die Kinder den Nutzen der Therapie durch elterlich-alltägliche Veränderungen bewerten. Aus kindlicher Perspektive ist*

vermutlich das Therapieziel häufig nicht ihre eigene Veränderung, sie wünschen sich eher ein anderes Verständnis oder Verhalten der Eltern. Diese hohe Korrelation kann außerdem berichtet werden, um Eltern zu motivieren, ihr eigenes Alltagsverhalten zu verändern.

### Kritische Würdigung

Zunächst kann kritisiert werden, dass die Befragung der Therapeut/innen und Klient/innen lediglich am Ende bzw. nach Abschluss der Therapie stattfand. Selbstverständlich wäre ein Prä- Post- Vergleich oder der Vergleich mit einer Kontrollgruppe sinnvoll gewesen. Hier liegt ein Forschungsfeld für die Zukunft.

Des Weiteren ist die Anonymität nur bedingt gegeben und kann die Ergebnisse verfälschen. Zwar waren die Klienten gegenüber den Untersuchern anonym, nicht jedoch gegenüber der behandelnden Therapeutin. Eine möglicherweise „erwünschte“ Antworttendenz lässt sich daher nicht ausschließen.

Die Anonymität der Therapeuten gegenüber den Untersuchern war gegeben. Dennoch muss festgehalten werden, dass alle teilnehmenden Therapeut/innen ehemalige Kursteilnehmer des Untersuchers sind. Das ist leider derzeit nicht zu verändern, weil der Autor fast der einzige Lehrende des Ansatzes in Deutschland ist. Möglicherweise verfälscht dies die Ergebnisse. So könnte sich z. B. die Bestätigung der Indikation daraus ergeben, dass die Therapeutinnen die Indikation aus der Lehre übernommen haben. So gesehen kann die vorliegende Untersuchung auch eine Evaluation der Lehre verstanden werden.

Trotz dieser Kritikpunkte, sind die Ergebnisse der vorliegenden ersten Studie zur Wirkung der Kinderorientierten Familientherapie sehr vielversprechend, wie auch die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse (s.u.) zeigt.

### Vergleich zu schwedischer Forschung

Es gibt einige Forschung in Skandinavien, die Teilaspekte des Ansatzes untersucht (zur Übersicht siehe Reiners, 2013). Die der vorliegenden Untersuchung ähnlichste Forschungsarbeit ist sicher die von Brolin-Bjurmark und Nilsson (1996). Nach deren Ergebnissen sprachen *für einen Erfolg* folgende Merkmale (jeweils in Klammern die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung):

- Angst oder Unruhe als Symptom, bei dem Unterstützung gesucht wurde (kein Unterschied; aber: bei Kindern mit ausagierender Symptomatik war KOF weniger erfolgreich!)
- Adoptiv- oder Stieffamilien, (kein Unterschied)
- drei bis sechs klärende Gespräche *vor* der ersten Spielsituation, (nicht erfasst)
- jüngere Kinder, (nur für die Therapeuteneinschätzung bestätigt; interessant dabei: In Schweden wurde die Einschätzung der Eltern nicht erfasst – insofern bestätigen sich hier die Ergebnisse, werden jedoch durch die Elterneinschätzung ergänzt)
- Mädchen, (kein Unterschied)
- eine gute Fähigkeit der Eltern zu spielen (nicht erfasst)
- eine gute Fähigkeit, das Spiel mit dem familiären Alltag zu verbinden (eindeutig bestätigt).

*Prognostisch ungünstige Merkmale* bei Brolin-Bjurmark und Nilsson (1996) waren hingegen:

- Abbruch der Arbeit mit Kinderorientierter Familientherapie, (nicht dokumentiert)

- mehrjährige therapeutische Behandlung bevor KOF angewendet wurde, (tendenziell bestätigt, aber: trotz therapeutischer Vorerfahrung hilft KOF insbesondere beim Verständnis)
- nur der Vater nahm an der Behandlung teil, (zu geringe Stichprobe, war nur in einem Fall der Fall)
- die Therapeutin machte ihre Interventionen im Spiel überwiegend bezogen auf das Kind (nicht erfasst).

*Insgesamt zeigen sich viele Ergebnisse bestätigt.* Kein einziges Ergebnis wurde widerlegt. Allerdings konnten einige Ergebnisse aufgrund fehlender Daten nicht untersucht werden.

## Die wichtigsten Ergebnisse

Die Kinder lieben das Spiel und damit Kinderorientierte Familientherapie. (Die diesbezüglichen Kindereinschätzungen liefern die positivsten Ergebnisse der gesamten Untersuchung.) Eltern schätzen die Videogespräche sehr, besonders zur Verbesserung ihres Verständnisses der Kinder. Die Indikation der Literatur bestätigt sich, bisherige Forschung ebenfalls zu großen Teilen.

Die Studie gibt viele Anregungen für die Praxis (mehrere Spielsitzungen mit dem Kind alleine erhöhen Verständnis und Veränderungsideen der Eltern, mehrere Elternspielsitzungen erhöhen die Wirkung bei Eltern und Kindern), kann einige zentrale Thesen bestätigen (Kinder drücken sich im Spiel aus, Eltern können dies verstehen) und zeigt prinzipiell die Wirksamkeit von KOF: Kinderorientierte Familientherapie kann mit wenigen Sitzungen gute Ergebnisse erzielen.

## Ausblick

Die Kinderorientierte Familientherapie beansprucht, durch das Spiel die Kinder besonders gut in die Therapie einzubeziehen. Diesbezüglich wird derzeit eine Masterarbeit mit genau diesem Thema durchgeführt.

Ebenso ist eine Untersuchung mit ähnlichen Fragebogen jedoch zu herkömmlicher Familientherapie geplant, um einen Teilvergleich zu bereits evaluierten Studien zu erreichen.

Durch eine weitere Befragung als „Standard“ in zukünftigen Weiterbildungen soll die Stichprobe der vorliegenden Studie erhöht werden. Zusätzlich werden einige der Ergebnisse von Brolin-Bjurmark und Nilsson (1996) ebenfalls überprüft.

## Literatur

- Borst, U. & von Sydow, K. (2018). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Brächter, W. & Reiners, B. (Hrsg. 2018). *Neue Wege im Sand. Systemisches Sandspiel und Kinderorientierte Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Brolin-Bjurmark, G. & Nilsson, G. (1996). *Arbete med barnorienterad familjeterapi – BOF*. Stockholms läns landsting, omsorgsnämndens rapportserie, 96, 03.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Eickhorst, A. & Röhrbein, A. (2018). *Systemische Methoden in der Familienberatung: Was passt in unterschiedlichen Lebensphasen und Kontexten?* Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanswille, R. (Hrsg.) (2016). *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lenz, A. (2000). Wo aber bleiben die Kinder in der Familienberatung? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49 (10), 765–786.
- Reiners, B. (2006). Kinderorientierte Familientherapie. Eine neue Methode aus Skandinavien zur besseren Integration jüngerer Kinder in die Familientherapie. *Kontext*, 37, (4), 349-359.
- Reiners, B. (2013). *Kinderorientierte Familientherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Soltvedt, M. (2005). BOF. *Barnorienterad Familjeterapi*. Falun/Schweden: Mareld.
- Vossler, A. (2000). Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? –Kinder in der systemischen Familientherapie und –beratung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, (7) 435-449.

Korrespondenzadresse: Bernd Reiners, [info@kinderorientierte-familientherapie.de](mailto:info@kinderorientierte-familientherapie.de)