

Eine verhaltenstherapeutische Spieltherapie

Von *Eberhard Bay* und *Helmut Ott*

Zusammenfassung, Summary, Résumé

Bei 2 Gruppen von jeweils 4 normalintelligenten, verhaltensgestörten Kindern (Alter 7–11 Jahre) wurde in einer kinderpsychiatrischen Station eine Spieltherapie zur Verbesserung ihrer sozialen Kompetenz durchgeführt. Die Therapie wurde nach verhaltenstherapeutischen, kognitiven und gruppodynamischen Gesichtspunkten geplant. Sie hat bei allen Kindern zu einer signifikanten Verbesserung ihres Sozialverhaltens geführt. In der Diskussion der Ergebnisse wird die vermutete Wirkungsweise der therapeutischen Variablen erörtert. Darüber hinaus werden Vermutungen über den Zusammenhang zwischen den therapeutischen Variablen und einigen individuellen Persönlichkeitszügen der behandelten Kinder angestellt.

Behavioural play therapy

In a child psychiatric ward play therapy was carried out with 2 groups of 4 children respectively (aged from 7 to 11 years) of normal intelligence and with behavioural problems, with the aim of improving their social competence. The therapy was planned according to aspects of behavioural therapy, both cognitive and group dynamic. The therapy resulted in a significant improvement of the social behaviour of all the children. In the discussion of the results the probable effects of the therapeutic variable are debated. In addition theories are formed concerning the connection between the therapeutic variables and some individual personality traits of the children treated.

Une thérapie du jeu

Deux groupes de quatre enfants d'intelligence normale, mais au comportement perturbé, âgés de 7 à 11 ans, ont été soumis dans une station de psychiatrie infantile à une thérapie ludique visant à améliorer leurs capacités dans l'ordre social. La thérapie avait été conçue selon des points de vue de thérapie du comportement, de théorie de la connaissance et de dynamique de groupe. Elle a abouti auprès de tous les enfants à une amélioration sensible du comportement social. On discute des résultats en supputant un mode d'action possible des variables thérapeutiques. Par ailleurs, des suppositions sont faites quant aux rapports entre les variables thérapeutiques et quelques traits de personnalité individuels des enfants.

Innerhalb der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist in den letzten Jahren ein stärkerer Trend zu Gruppentherapien hin zu beobachten. Diese Entwicklung ist angesichts der Häufigkeit von Verhaltensabweichungen in dieser Altersgruppe (20 bis 25% Verhaltens- und Leistungsstörungen, Psychiatrie-Enquete, 1975) aus ökonomischen Gründen sehr verständlich.

Da viele dieser Verhaltensstörungen in irgend einer sozialen Situation auftreten, scheint die „Gruppe“ aber auch in therapeutischer Hinsicht der geeignete Rahmen für eine Verhaltensänderung zu sein. Das ergibt sich nicht nur aus lerntheoretischen Überlegungen (die Gruppe als Lernfeld für soziale Verhaltensstrategien), sondern wird auch von analytisch und nicht-direktiv

arbeitenden Psychotherapeuten befürwortet (*Baumgärtel*, 1975; *Honffy* u. *Bachlechner*, 1976; *Slavson*, 1969). Nach *Slavson* z. B. ist das Individuum nur innerhalb der verschiedenen Gruppen (Familie, Schule) zu verstehen und „(seine) Fähigkeit . . . zu konstruktiver Anpassung an die Lebensform der Gruppe bildet die Grundlage der demokratischen Lebensform“ (S. 746).

Die Gruppe als therapeutisches Medium vermittelt dem Individuum ein Gefühl der Sicherheit und macht es ihm dadurch leichter, Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen und seine aufgestauten (Feindseligkeit) und unbefriedigten (Anerkennung) Gefühle im Spiel auszuleben. Die Rolle des Therapeuten bei diesen psychodynamischen Gruppentherapien besteht vornehmlich darin, ein allgemein annehmes Klima zu schaffen und in einem bestimmten Stadium der Therapie die Handlungen und die Gefühls- und Affektäußerungen der Kinder zu deuten und ihnen bewußt zu machen. Der im Gruppengeschehen vermittelte, soziale Lernprozeß scheint mehr oder weniger von selbst abzulaufen.

Die verhaltenstherapeutische Spieltherapie, bei der verschiedene therapeutische Ansätze berücksichtigt wurden, ist auch eine Gruppentherapie zur Behandlung von normal intelligenten, verhaltensgestörten Kindern. Im Gegensatz zu den vorher erwähnten Verfahren wurde hier aber versucht, größere Gruppen von Variablen bzgl. ihrer Wirksamkeit zu unterscheiden, um nicht den Fehler des „uniformity myth“ (*Kiesler*, 1971) zu machen, der darin besteht, daß ein Standardpatient von einem Standardtherapeuten mit einer einheitlichen Therapie behandelt wird, die zu gleichartigen Verhaltensänderungen führt. Bei der Planung der Studie wurden deshalb verhaltenstherapeutische, kognitive und gruppenspezifische Ansätze mit einbezogen.

Angesichts der großen methodischen Schwierigkeiten in der angewandten Therapieforchung, einzelne Variablen zu isolieren, muß das hier mitgeteilte Therapieexperiment als eine Pilotstudie bezeichnet werden, deren Ergebnisse aber dennoch heuristisch bedeutsam erscheinen. Die Therapie wurde auf einer kinderpsychiatrischen Station über eineinhalb Jahre hin entwickelt, wo an insgesamt 6 Patientengruppen die einzelnen Bausteine erarbeitet und auf ihre Wirksamkeit hin geprüft wurden (*Bay* u. *Ott*, 1975; *Ott* u. *Bay*, 1975). Die hier referierten Befunde stammen von den beiden letzten Gruppen.

Methoden

a) Äußerer Rahmen des Experimentes

Die Spieltherapie war neben der Schule und anderen Therapien (Beschäftigungstherapie, medikamentöse Therapie) in den festen Tagesablauf auf der Station eingebettet. Die Sitzungen haben viermal wöchentlich am Nachmittag zwischen 15.30 und 17.00 Uhr stattgefunden. Sie dauerten für jede Gruppe 45 Minuten. Der Therapieraum war bis auf Stühle, Tische und das jeweils benötigte Spielgerät leer. Von einem benachbarten Beobachtungsraum aus wurden alle Sitzungen durch eine Einwegscheibe mit einem Videorekorder aufgenommen. Außerdem haben 2 unabhängige Beobachter jede Sitzung nach 2 verschiedenen Beobachtungsverfahren (s. u.) aufgezeichnet. Die Beobachter

und der Therapeut befanden sich bis auf die erwachsenenfreien Tage in dem Therapieraum.

b) Klienten

An dem Therapieexperiment haben 8 Jungen im Alter von 7 bis 11 Jahren teilgenommen. Sie waren alle mindestens durchschnittlich intelligent. Die Gründe für ihre stationäre Einweisung auf eine kinderpsychiatrische Station waren Schulversagen mit milieureaktiven Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen, jähzorniges und aggressives Verhalten, selektiver Mutismus, extreme Zurückgezogenheit, Anzeichen leichter Verwahrlosung. Die Kinder konnten nach ihren Symptomen in 2 größeren Gruppen zusammengefaßt werden, wobei eine Reihe von Gemeinsamkeiten vorlagen: Beide Gruppen hatten von den Leistungen und vom Verhalten her extreme Schulschwierigkeiten. Ihr allgemeines Sozialverhalten gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen war stark beeinträchtigt. Bei jeweils 2 Kindern einer Gruppe waren die sozialen Deviationen vorwiegend passiver Natur und führten zu teilweise großer Isolierung und extremer Kontaktscheu. Die beiden anderen Kinder sind jeweils durch heftige, nach außen gerichtete Aggression aufgefallen, die z. T. zu blindwütigen Prügeleien geführt hat. Jede Gruppe hat sich somit aus 4 Kindern zusammengesetzt. Jede Gruppe hatte einen eigenen Therapeuten; beide Therapeuten hatten viel Erfahrung in Einzel- und Gruppentherapie.

c) Versuchsplan

Der Versuchsplan dieser Pilotstudie (Abb. 1) enthält neben Vortest und Nachtest 2 therapeutische Interventionen und entspricht damit am ehesten einem vorexperimentellen O—X—O Design (Cambell u. Stanley, 1963).

In der 1. Therapiephase, der kognitiven Strukturierung, hat der Therapeut in allen Sitzungen mitgespielt. Wenn Konflikte aufgetreten sind (z. B. Spielregelverletzungen, Aggressionen), dann wurden sie in der Gruppe diskutiert, und man suchte gemeinsam eine akzeptable Lösung. Hierbei wurden nach

	Experimentelle Phasen			
	Vortest	Kognit. Strukturierung	Kont. Chips	Nachtest
Zahl der Sitzungen	6	16	14	6
Chips	nicht kontingent	nicht kontingent	kontingent	nicht kontingent
Therapeut	anwesend, passiv	anwesend, aktiv	anwesend, aktiv	anwesend, aktiv
Tage ohne Therapeut u. ohne Beobachter im Raum	2	0	5	3

Abb. 1: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie/Experimentelles Design

kurzer Zeit eine Reihe von Verhaltens- und Spielregeln aufgestellt, die als Minimalforderungen für ein spannendes und möglichst konfliktfreies Spiel angesehen wurden, und deren therapeutischer Nutzen für jedes einzelne Kind deutlich herausgestrichen wurde.

Die Therapeuten haben sich bei ihren Interventionen an die folgenden Richtlinien gehalten: Extrem starke Konflikte und Aggressionen waren sofort zu unterbinden. Die Häufigkeit leichter Verhaltens- und Spielstörungen sollte vermindert werden. Kooperative und konfliktlösende Verhaltensweisen sollten verstärkt werden und im Verlauf der Spieltherapie zunehmen. Hilfestellungen und Modellverhalten des Therapeuten waren in dem Maße einzusetzen, als sie das Therapieziel – selbständige Spielgestaltung und Konfliktbewältigung – nicht gefährdeten.

Das Ziel dieser Therapiephase war, in einer mehr direkten Weise das kritische Verhalten der Pat. durch Vorgabe und kognitive Erarbeitung von Verhaltensstrategien zu beeinflussen. (Zimmermann u. Rosenthal, 1974). Als allgemeine Motivierung bekamen die Kinder zu Beginn jeder Sitzung nicht-kontingente Chips, für die sie sich verschiedene Privilegien verschaffen konnten.

In der 2. Therapiephase wurden als einziger Unterschied gegenüber der ersten Phase die Chips kontingent auf die oben erwähnten Spiel- und Verhaltensregeln gegeben. Die Art der Belohnung ist in Abb. 2 wiedergegeben.

Jedes Kind hat pro Spielrunde „Fairnesspunkte“ für das Einhalten der Spielregeln, „Persönliche Sonderpunkte“ für die Überwindung der persön-

Reaktionsklasse	Konsequenz (unmittelbar nach dem Ereignis)	Maximaler Chipverdienst am Ende der Spielsitzung	
Regelverstöße	Unterbrechen d. Regelverstoßes; Strafprozeduren (time-out)*); Impuls zur Konfliktlösung	Fairness-Punkt kann in der entspr. Runde nicht verdient werden	
Regelbefolgen	Fairness-Punkte (1/Runde)	Umrechnung der Punkte in Chips	3 Chips
Überwinden persönlicher Schwierigkeiten (klin. Sympt.)	Persönliche Sonderpunkte (beliebig pro Runde)		3 Chips
Konfliktlösen u. Helfen (sozialintegrative Aktivitäten)	Sozialer Sonderpunkt (beliebig pro Runde)		
		6 Chips Einzelverdienst	
		↓ Gemeinschaftsverdienst	

*) Das betreffende Kind muß für eine gewisse Zeit aus dem Spiel ausscheiden

Abb. 2: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Belohnungssystem

lichen Schwierigkeiten und „Soziale Sonderpunkte“ für aktives und positives Sozialverhalten beim Spiel bekommen. Die Punkte jedes Spielers wurden am Ende der Sitzung in Chips umgerechnet, dann zusammengelegt und durch die Zahl der Spieler geteilt. Dadurch kam eine Kombination aus kontingenter Verstärkung und Gruppenbelohnung zustande.

Gegen Ende der 2. Therapiephase haben die Kinder unter sonst gleichen Bedingungen ohne die Anwesenheit von Erwachsenen gespielt. Dadurch sollte die unmittelbare und starke Außenkontrolle durch die Person des Therapeuten, die bei seiner bloßen Anwesenheit zu beobachten war, möglichst frühzeitig verringert werden, damit bei dem Übergang zu den Nachttestbedingungen die Selbstkontrolle der Kinder soweit ausgebildet sein würde, um den äußeren Zwang zur Regelbefolgung durch kontingente Belohnung ohne Schaden fallen lassen zu können.

Beide Therapiephasen haben jeweils 4 Wochen gedauert.

Im Vortest (3 Wochen) und im Nachttest (2 Wochen) waren die Chips an keine Bedingungen geknüpft. Der Therapeut war teils anwesend, teil abwesend. Wenn er am Spiel teilgenommen hat, dann hat er seine Aktivitäten besonders im Vortest weitgehend auf das bloße Mitspielen beschränkt, ohne selbst spielfördernde Beiträge zu liefern.

d) Beobachtungssystem

Das ganze Therapieexperiment wurde mithilfe von 2 Beobachtungsverfahren festgehalten.

1. *Intervallbeobachtung*: In dem 1. Beobachtungssystem (Ott u. Bay, 1975) sind die wichtigsten spielfördernden und spielhemmenden Verhaltensweisen enthalten, die gewöhnlich bei interagierenden Kindern vorkommen (Abb. 3). Die Kategorien entsprechen weitgehend den Verhaltensregeln aus der 1. Therapiephase.

Auf der linken Seite sind die Kategorien für das Kindverhalten in 3 Klassen mit jeweils 2 Verhaltensregeln aufgeführt.

Zu oberst stehen die *Regeln für ungestörtes Spiel*. Die *AKTIVITÄTS-REGEL* erfaßt das aktive und positive Sozialverhalten, das über das bloße

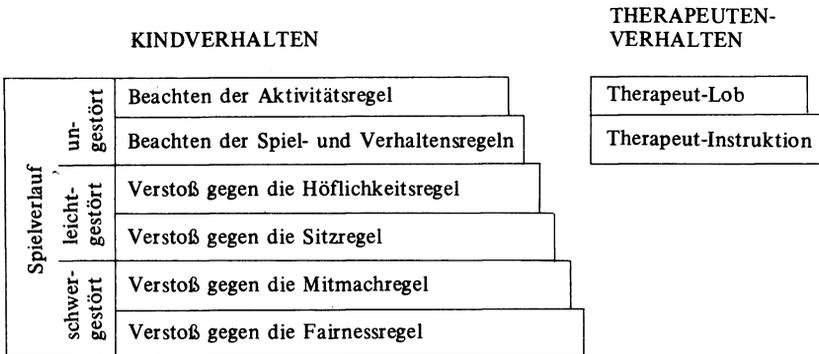


Abb. 3: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Entscheidungsregeln zur Beobachtung des Kind- und Therapeutenverhaltens; die Regeln sind hierarchisch und ausschließlic.

Mitspielen hinausgeht. Hierunter fallen z. B. Spielanregungen, Hilfestellungen, Kompromisse, ordnungsgemäß durchgeführte Schiedsrichterrolle und lustige, aufheiternde Beiträge. Die *SPIEL-* und *VERHALTENSREGEL* enthält alle die Verhaltensweisen, die für einen störungsfreien Spielablauf erforderlich sind: Einhalten der Spielregeln, Spielvorbereitungen, Zuhören und Abwarten bei den Diskussionen usw.

Zu den *leichten Regelverstößen* gehören die Verstöße gegen die *HÖFLICHKEITSREGEL*, die den Spielverlauf nicht schwerwiegend stören: Spielverzögerungen, leichte Regelverstöße, kleine Provokationen und leichte Störungen bei der Diskussion. Verstöße gegen die *SITZREGEL* wurden dann signiert, wenn ein Kind unerlaubt aufgestanden ist oder wenn es gekipelt hat.

Die *groben Regelverstöße* kennzeichnen einen schwer gestörten Spielverlauf. Ein Verstoß gegen die *MITMACHREGEL* lag immer dann vor, wenn sich ein Kind unerlaubt und eigenwillig vom Spiel zurückgezogen hat, aber am Tisch sitzen geblieben ist. Unter die Verstöße gegen die *FAIRNESSREGEL* fallen z. B. heftige physische und verbale Aggressionen, grobe Zerstörung von Spielmaterial und Mobiliar, lautes Schreien usw.

In einer Restkategorie wurden alle nicht eindeutig zu klassifizierenden Verhaltensweisen registriert. Da dieser Fall aber fast nie vorgekommen ist, wird in der weiteren Darstellung nicht mehr darauf eingegangen.

Auf der rechten Seite von Abb. 3 sind die Kategorien für die Interventionen des Therapeuten aufgeführt. Die Bedeutung dieser Variablen wird inzwischen immer mehr berücksichtigt (Kiesler 1971). Die hier vorgenommene, grobe Klassifizierung des Therapeutenverhaltens geht aus von der Beobachtung, daß der Therapeut nicht nur durch seine bloße Anwesenheit, sondern noch viel mehr dadurch, was er tut und sagt, einen stark lenkenden Einfluß auf das therapeutische Geschehen nimmt. Die Bezeichnung der Kategorien mit „Lob“ und „Instruktion“ sollen nicht die Intentionen des Therapeuten oder die Wirkung der jeweiligen Maßnahmen zum Ausdruck bringen, sondern richten sich eher nach der äußeren Form der Intervention.

Unter *LOB* fallen alle Belohnungen und sekundären Verstärkungen, die der Therapeut einem bestimmten Kind zuteilt, z. B. loben, streicheln, als Vorbild hinstellen, Sonderpunkt versprechen usw. Zu den *INSTRUKTIONEN* gehören alle Formen von Aufforderungen, Spielanregungen, Fragen, Ermahnungen, Zurechtweisungen und physischen Interventionen.

Die verschiedenen Kategorien des Beobachtungssystems sind hierarchisch und ausschließlich, d. h., wenn sich in einem Beobachtungsintervall 2 verschieden zu bewertende Verhaltensweisen ereignet haben, dann wurde jeweils die höher bewertete signiert, wenn es sich um spielfördernde Aktionen handelte. Bei spielhemmenden Verhaltensweisen wurde jeweils die negativere Kategorie signiert.

Die Beobachtung erfolgte nach einem time-sampling-Verfahren. Jedes Kind wurde 7 Sek. beobachtet, und die Zeit für das Signieren betrug 3 Sek. Die Kinder wurden der Reihe nach beobachtet, wobei dem Beobachter über einen Kopfhörer der auf einem Tonband gespeicherte Name der Kinder und das Beobachtungsintervall mitgeteilt wurden. Dadurch, daß der Beobachter

die fortlaufende Nummer des einzelnen Beobachtungsintervalls in der entsprechenden Kategorie signiert hat, ist es möglich, neben der absoluten Häufigkeit pro Kategorie auch für jedes Kind zu rekonstruieren, wie es sich zu einem bestimmten Zeitpunkt während der einzelnen Sitzungen verhalten hat (Abb. 4).

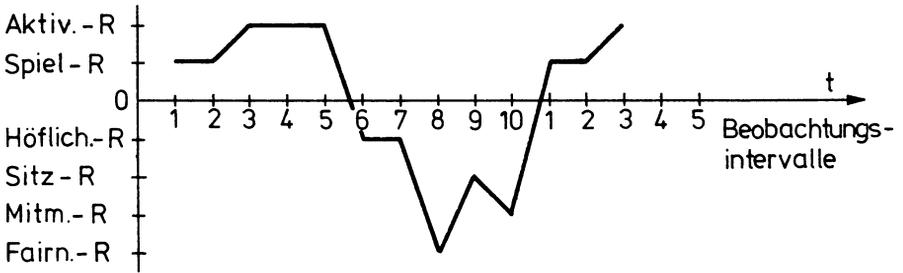


Abb. 4

Das gesamte Therapieexperiment dauerte 12 Wochen, in denen insgesamt 45 Sitzungen stattgefunden haben. Die Zahl der Beobachtungen pro Kind beträgt im Durchschnitt 2385 für die ganze Therapie und 53 für jede Sitzung. Die Reliabilität der Intervallbeobachtung war hoch. Die Übereinstimmung zwischen den Entscheidungssequenzen von 2 unabhängigen Beobachtern hat 86% betragen. Bei Zugrundelegung der gesamten Häufigkeiten ist sie auf 94% angestiegen.

2. *Skala der Konfliktstärke:* Bei diesem Schätzverfahren hat ein zweiter Beobachter jede Spielrunde à 3 Minuten nach einer Skala zunehmender Kon-

SPIELVERLAUF	leicht gestört	Kind spielt mit	10	Spannender Spielverlauf
			9	Langweiliges, aber Konflikt-freies Spiel
			8	Spielverzögerungen, minimale Regelverstöße
			7	Verbale Aggression, Schimpfen
			6	Leichte physische Aggressionen, die als Spaß zu verstehen sind
	schwer gestört	Kind außerh. d. Runde	5	Kurzfristige schwere Störungen, z. B. Spielkarten wegwerfen
			4	Friedliches Nicht-mit-Machen
			3	Zorniges Sich-Entfernen von der Runde
			2	Physische Aggression und Destruktion von Objekten
			1	Vorzeitige Beendigung des Spiels

Abb. 5: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Konfliktstärkeskala

fliktstärke eingestuft (Abb. 5). Der Aufbau dieser Skala ist ebenfalls hierarchisch und ausschließlich. Sie enthält 2 Stufen für ungestörtes Spiel, 3 Stufen für leichte und 5 Stufen für schwere Spielstörungen. Auch hierbei wurde für jede Spielrunde und für jedes Kind bei mehreren, konkurrierenden Verhaltensweisen jeweils die schlechtere signiert. Der Gesamtwert für eine Sitzung ergab sich aus dem Mittel über alle Rundenpunkte der einzelnen Kinder.

Derselbe Beobachter hat auch für jedes Kind und für jede Spielrunde das Verhalten bzgl. der 3 Belohnungskriterien (Fairneßpunkte, persönliche Sonderpunkte, Soziale Sonderpunkte) eingestuft.

Hypothesen

Die folgenden Hypothesen sollten mit der Therapiestudie überprüft werden:

- I. Die kognitive Strukturierung (1. Therapiephase) führt zu einer Verringerung der schweren und leichten Regelverstöße und zu einer häufigeren Beachtung der inhaltlich positiv formulierten Regeln.
- II. Falls Hypothese I nicht zutrifft, dann bringt die kognitive Strukturierung erst im Zusammenhang mit der kontingenten Gruppenbelohnung die erwünschten Verhaltensänderungen.
- III. Die erwachsenenfreien Tage beschleunigen die Therapie i. d. S., daß bei schon gutem Verhaltensniveau die Abwesenheit des Therapeuten sich günstiger auf den Spielverlauf auswirkt als seine Anwesenheit.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entsprechend den einzelnen Beobachtungs- und Auswertungsverfahren in mehreren Abschnitten wiedergegeben. Zuerst erscheinen die Resultate aus der Intervallbeobachtung (Darstellung des Therapieverlaufs für beide Gruppen, „Stabilität“ und „Wechselhaftigkeit“ des Verhaltensflusses, Therapeutenverhalten) und der Verlauf der Konfliktstärke. Ein zweiter Abschnitt bringt die Ergebnisse von der Auswertung der Videobänder bzgl. der Veränderungen der klinischen Symptome. In einem dritten Abschnitt werden die Ergebnisse bei den einzelnen Kindern in Abhängigkeit von ihrer individuellen Persönlichkeit mitgeteilt.

1. Ergebnisse aus der Intervallbeobachtung

a) Darstellung des Therapieverlaufs für beide Gruppen

Der Therapieverlauf ist für die Gruppe 1 in Abb. 6 und für die Gruppe 2 in Abb. 7 wiedergegeben.

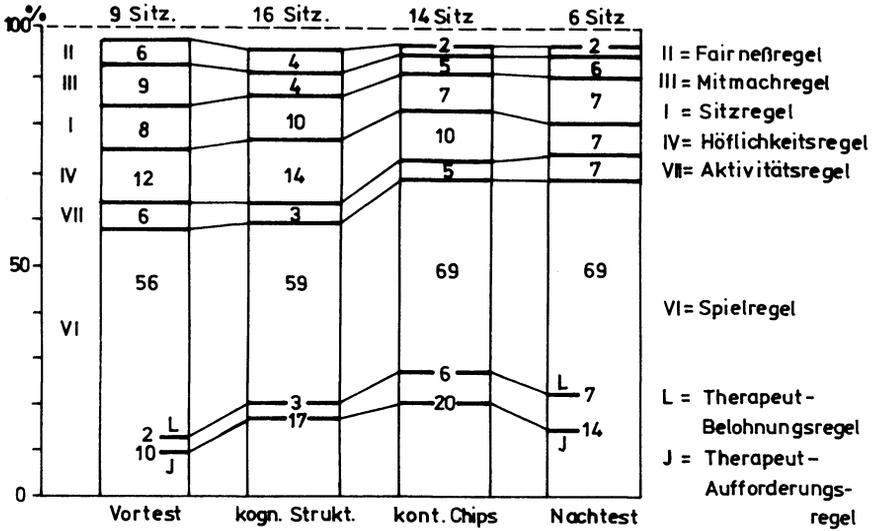


Abb. 6: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Verlauf der beobachteten Kategorien über die experimentellen Phasen; gemittelte Werte der Gruppe 2 (N = 4)

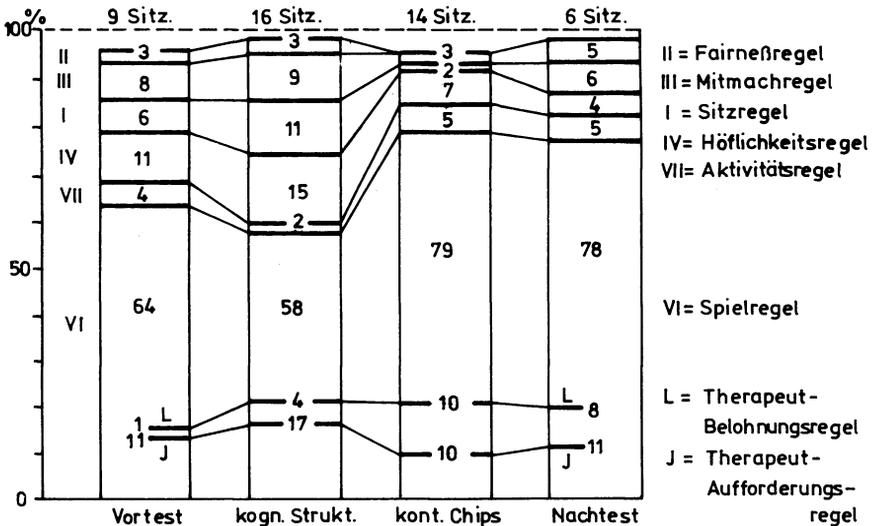


Abb. 7: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Verlauf der beobachteten Kategorien über die experimentellen Phasen; gemittelte Werte Gruppe 2 (N = 4)

Die arabischen Zahlen in beiden Abbildungen geben die prozentuale Ausprägung der Regelbefolgungen und -verstöße wieder. Die Differenz zu 100% ist durch Rundungsfehler und seltene Eintragungen in die Restkategorie zu erklären.

Wie aus Abb. 6 und 7 hervorgeht, widersprechen die Veränderungen in der 1. Therapiephase (kognitive Strukturierung, nicht kontingente Chips) den Erwartungen. In Gruppe 1 ist keine Verbesserung der positiven Regelbeachtung (VI, VII) eingetreten; leichte Regelverstöße haben zugenommen und schwere Regelverstöße sind geringfügig zurückgegangen. In der Gruppe 2 sind die positiven Regeln (VI, VII) seltener befolgt worden; die schweren Regelverstöße sind praktisch unverändert oft und leichte Regelverstöße häufiger vorgefallen. Alle Veränderungen zwischen Vortest und kognitiver Strukturierung sind nicht signifikant (t-Test für abhängige Stichproben, *Clauss u. Ebner, 1971*). Damit konnte die Hypothese I nicht bestätigt werden.

In der 2. Therapiephase (kognitive Strukturierung, kontingente Chips) entsprechen dann die Verhaltensänderungen weitgehend den Erwartungen. In beiden Gruppen sind die positiven Regeln (VI, VII) häufiger beachtet worden, leichte Regelverstöße (I, IV) sind deutlich seltener geworden und schwere Regelverstöße (II, III) sind fast gar nicht mehr vorgekommen. Bis auf die Aktivitätsregel sind alle diese Änderungen überzufällig groß (Abb. 8). Die Ergebnisse sprechen somit eher für die Hypothese II.

	Vortest gegen kont. Chips		Vortest gegen Nachttest	
	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 1	Gr. 2
Fairnessregel	xx	xx	n. s.	n. s.
Mitmachregel	x	x	n. s.	n. s.
Sitzregel	n. s.	xx	n. s.	n. s.
Höflichkeitsregel	x	x	x	x
Spielregel	xx	xxx	x	x
Aktivitätsregel	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.

x $p \leq 0,05$
 xx $p < 0,01$
 xxx $p < 0,001$

n. s. = nicht signifikant

Abb. 8: Ergebnisse der Signifikanzprüfung

Im Nachttest (nicht-kontingente Chips) wurden die positiven Verhaltensregeln weiterhin gut befolgt (Gruppe 1 = 75%, Gruppe 2 = 83%). Die Regelverstöße haben in beiden Gruppen in unterschiedlicher Weise geringfügig zugenommen.

Die unterschiedliche Wirksamkeit der beiden Therapiephasen ist wahrscheinlich folgendermaßen zu erklären:

a) In der kognitiven Strukturierung, als die materielle Belohnung noch an keine Bedingungen geknüpft war, waren die Therapeuten auf die spontane Bereitschaft der Kinder angewiesen, die kooperativen Verhaltensweisen und

Konfliktlösungsstrategien als für sich selbst relevant zu akzeptieren. Die einzige Motivation zu diesem Zeitpunkt war das Interesse an einem spannenden und konfliktfreien Spiel. Wenn man davon ausgeht, daß der therapeutische Einfluß seine Grenzen in der Aufnahmebereitschaft dessen findet, der therapiert werden soll, dann bietet sich als naheliegende Erklärung für die Erfolglosigkeit der kognitiven Strukturierung die fehlende Motivation an, was mit der klinischen Symptomatik der Kinder wahrscheinlich eng zusammenhängt.

b) In der kontingenten Chipphase hatte der Therapeut unmittelbare Gewalt über die Gratifikationen. Er verteilte die Punkte nur noch in Verbindung mit der Beachtung der Verhaltensregeln. Die Aufmerksamkeit der Kinder war deshalb auch wesentlich stärker auf das gerichtet, was der Therapeut gesagt und getan hat oder auf das Verhalten anderer Kinder, das vom Therapeuten als modellhaft herausgestellt wurde. Nach *Kagan* (1967) besteht die Wirkung kontingenter Belohnung in einer erhöhten Aufmerksamkeit bzgl. des therapeutisch erwünschten Zielverhaltens und einer größeren Motivation, das Verhalten zu zeigen.

Ein ganz ähnliches Resultat haben *Penney* u. *Fleming* (1973) gefunden, als sie das kooperative Arbeitsverhalten in einer Schulklasse verbessern wollten. Auch sie haben in einer 1. Therapiephase die entsprechenden Verhaltensweisen den Kindern nur in Form von Appellen und allgemeinen Regeln nahegelegt, ohne damit Erfolg zu haben. In der 2. Therapiephase wurde das Beachten der Regeln durch Gruppenbelohnung kontingent verstärkt, was dann ebenfalls zu einer drastischen Erhöhung kooperativer Arbeitsweisen geführt hat.

b) Rolle des Therapeuten

Die beiden Therapeuten haben in allen experimentellen Phasen relativ selten interveniert (Abb. 6 und 7: 12% im Vortest bis maximal 26% in der kontingenten Chipphase). Damit war der Gestaltungsspielraum der Kinder während des gesamten Therapieexperimentes relativ groß. Beide Therapeuten haben sich auch nur wenig in der Häufigkeit der Anwendung von „Lob“ und „Instruktion“ unterschieden.

Dennoch hat sich ihre Anwesenheit/Abwesenheit in den verschiedenen experimentellen Phasen unterschiedlich ausgewirkt. Bei den leichten Regelverstößen hat sich die Abwesenheit der Therapeuten gegen Ende der kontingenten Chipphase sehr günstig ausgewirkt (in beiden Gruppen signif. Verbesserungen bei der Höflichkeitsregel). Die Spiel- und die Aktivitätsregel wurde auch in beiden Gruppen besser beachtet ($p < 0,5$ und $0,05\%$). Im Nachtest wurden in der Gruppe 1 die positiven Regeln ebenfalls besser beachtet ($p < 0,05\%$), wenn die Kinder alleine gespielt haben. Verstöße gegen die Fairness- und Mitmachregel waren bei der Anwesenheit des Therapeuten häufiger zu beobachten ($p < 1\%$ bzw. 5%). In der Gruppe 2 waren die Differenzen im Nachtest uneinheitlich und nicht so deutlich ausgefallen.

Therapeuten unterschieden sich aber nicht nur untereinander, sondern ein und derselbe erfahrene Therapeut berücksichtigt auch im Rahmen einer Gruppentherapie innerhalb gewisser Grenzen die individuellen Eigenarten der einzelnen Probanden. Das geht ganz deutlich aus Abb. 9 hervor, in dem die Ver-

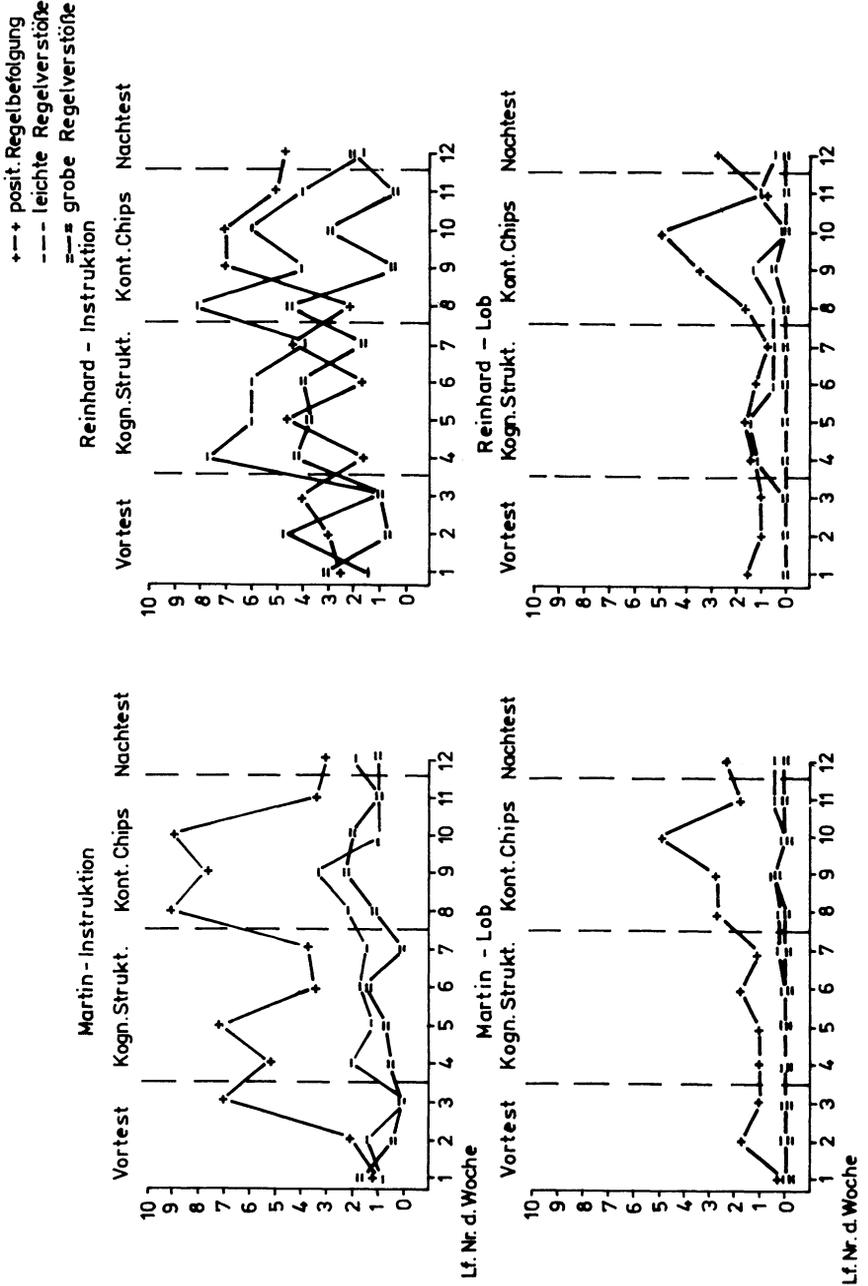


Abb. 9: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Reaktionen des Therapeuten (Instruktion, Lob) auf die Verhaltenskategorien (posit. Regelbefolgung, leichte Regelverstöße, grobe Regelverstöße) bei den Kindern Reinhard und Martin; Mittelwerte pro Woche

haltensweisen des Therapeuten (Lob, Instruktion) als Reaktionen auf das Regelverhalten von zwei Kindern aus der Gruppe 2 wiedergegeben sind. Die beiden Kinder, Martin und Reinhard, waren vom Verhalten her Gegensätze. Während Martin ein eher introvertiertes Kind mit ruhigem und rigidem Verhalten war, ist Reinhard durch starke Unruhe, Sprunghaftigkeit und extravertiertes Verhalten aufgefallen.

Der Therapeut hat seine Interventionen jeweils an den hervorstechenden Verhaltensmerkmalen der einzelnen Kinder orientiert. Bei Reinhard hat er z. B. mit Lob auch öfter auf Regelverstöße reagiert. Als sein Verhalten in der 2. Therapiephase deutlich besser geworden ist, hat der Therapeut sofort stärker auf die positiven Regelbeachtung reagiert. Bei Martin hat sich der Therapeut insgesamt stärker auf dessen positives Verhalten konzentriert. Ohne diese Befunde hinsichtlich des Therapeutenverhaltens weiter zu interpretieren, soll hiermit nur die Bedeutung dieser Variablen veranschaulicht werden und die Forderung unterstrichen werden (vgl. *Kiesler, 1971*), daß sie in der angewandten Therapieforchung neben der eigentlichen therapeutischen Technik mehr Beachtung verdient. Für eine Bestätigung der Hypothese III können diese Befunde selbstverständlich nicht herhalten.

c) Stabilität und Wechselhaftigkeit

Ein charakteristisches Merkmal für Verhaltensabweichungen im sozialen Bereich ist die Stabilität oder Vorhersagbarkeit des Verhaltens einerseits oder die Wechselhaftigkeit andererseits. Beide Phänomene hängen mit der Fertig-

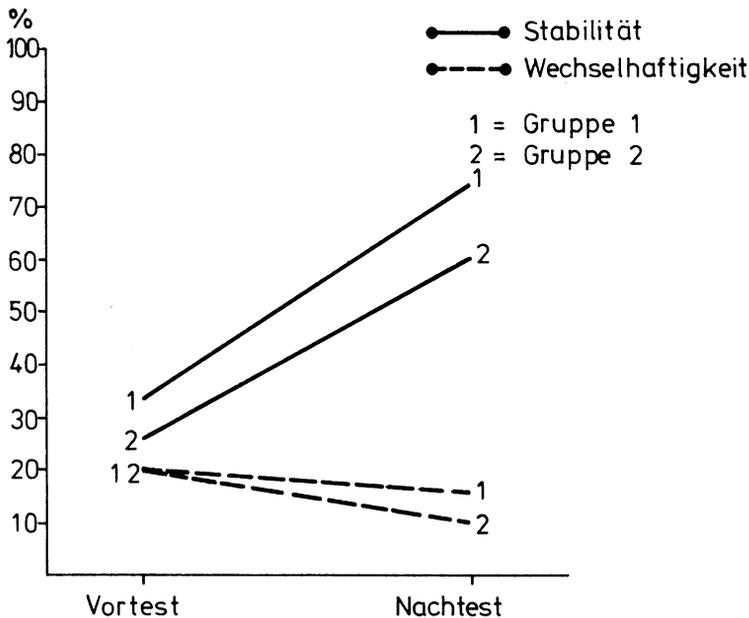


Abb. 10: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Stabilität und Wechselhaftigkeit des Verhaltens

keit zusammen, in verschiedenen sozialen Situationen gemäß dauerhafter und situationsadäquater Verhaltensschemata zu agieren.

Dank des speziellen Signierungsverfahrens (Registrierung der einzelnen Verhaltenskategorien zum jeweiligen Zeitpunkt ihres Auftretens) ist es möglich, „Stabilität“ und „Wechselhaftigkeit“ operational zu definieren:

STABILITÄT ist die längste, ununterbrochene Serie von positivem Regelverhalten (vgl. Abb. 4, S. 9) bezogen auf die Zahl der Beobachtungsintervalle der betreffenden Sitzung.

WECHSELHAFTIGKEIT bezeichnet die Anzahl der Durchkreuzungen der O-Linie in dem Beobachtungssystem. Wenn ein Kind in einer Sitzung häufig zwischen positivem Regelverhalten und irgendwelchen Regelverstößen hin und her gependelt ist (s. Abb. 4), dann hat es oft die O-Linie durchkreuzt und erhält einen entsprechend hohen Wert für Wechselhaftigkeit.

Die hier mitgeteilten Ergebnisse (Abb. 10) beziehen sich auf die beiden letzten Sitzungen aus dem Vortest und dem Nachttest, in denen die Therapeuten nicht anwesend waren.

Die Stabilität hat sich in beiden Gruppen um 35 bis 40% verbessert; die Wechselhaftigkeit ist um ungefähr 7 bis 10% zurückgegangen. Beide Ergebnisse sind ebenfalls deutlicher Ausdruck einer positiven Verhaltensänderung.

d) *Konfliktstärke*

Die Konfliktstärke als Ausdruck der sozialen Spannung in der Spielsituation (vgl. Abb. 5, S. 10) hat sich trotz der strengen Bewertung im Sinn der Therapie ebenfalls deutlich verändert. Der Wert von 3,5 im Vortest (bestmöglicher Wert = 10, schlechtester Wert = 1) hat sich bis auf 9,2 im Nachttest verbessert. Die entsprechende Verhaltensebene im Vortest war gekennzeichnet durch zorniges Weglaufen, Schreien, Stampfen und friedliches Nicht-Mitspielen, während am Ende der 2. Therapiephase langdauerndes und konfliktfreies Spiel, Spielfreude und Spielbegeisterung bei den meisten Kindern überwogen haben.

2. Klinische Symptome

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde die Brauchbarkeit des verwendeten Beobachtungssystems (Intervallbeobachtung) überprüft. Dabei ist es um die Frage gegangen, inwieweit in dem Regelsystem, das nach dem Gesichtspunkt der Spielförderung bzw. -hemmung konzipiert war, die wichtigsten klinischen Symptome der verschiedenen sozialen Verhaltensabweichungen erfaßt werden. Aufgrund der unsystematischen Beobachtungen des pflerischen und pädagogischen Personals aus den Situationen Schule, Freizeit und Mahlzeiten wurde eine Liste von einzelnen Symptomen zusammengestellt, die zur Grundlage einer kontinuierlichen Beobachtung anhand der Videobänder gemacht wurde. In einer zufälligen Reihenfolge wurden jeweils 4 Sitzungen aus dem Vortest und vom Ende der 2. Therapiephase beobachtet. In allen Sitzungen waren die Therapeuten anwesend.

Die einzelnen Beobachtungskategorien waren: Aufstehen insgesamt, Aufstehen und Stören, Aufstehen ohne zu stören, Averbale Spielstörungen, Wut-

anfall, Schreien, Spielverzögerung, Sich zurückziehen, Tätliche Aggressionen, An Erwachsenen wenden und Sprechdauer. Für jedes Kind wurden die ersten 3 Kategorien für das Aufstehen registriert sowie je nach individueller Symptomatik eine oder mehrere der übrigen Kategorien. Die Beobachtungseinheit war die gesamte Dauer des kritischen Verhaltens in Prozent pro Sitzungsdauer (Abb. 11). Die Werte in den Zellen sind jeweils Mittelwerte, wobei sich der obere Wert auf die 4 Sitzungen aus dem Vortest und der untere auf die 4 Sitzungen aus der 2. Therapiephase bezieht.

	Aufst. ges.	Aufst. stören	Spielstörung	Wut-anfall	Aufst. ruhig	Schreien	Spielverzög.	Zurückziehen	Boxen	Erwachs. wenden	Sprechdauer	
Gruppe 2	M	11,6 10,6	0,6 0,5	11,1 10,4	/	/	/	0,5 0,7	0 1,9	/	/	/
	R	20,1 5,6	9,2 0,2	10,4 5,4	32,6 1,4	0,1 2,3	6,6 0,3	/	0 0,6	0,1 0	/	/
	T	48,6 9,2	15,6 0	33,0 9,2	/	/	0,2 0,1	3,2 1,7	0 0	/	/	/
	B	78,7 8,1	4,0 0	74,7 8,1	5,6 1,1	0,1 0	1,5 0	0,3 0	31,5 0	/	/	/
Gruppe 1	V	19,6 0,6	4,1 0	14,4 0,6	/	/	/	/	3,6 0	0 0	5,9 3,8	/
	L	12,7 0,3	3,3 0	9,4 0,3	/	/	/	1,3 1,4	4,6 0,2	/	/	3,0 1,9
	S	18,1 1,7	4,7 1,2	13,4 0,5	/	/	/	2,1 2,7	0,8 3,3	/	/	/
	J	28,0 1,4	7,8 0,1	20,4 1,4	16,9 0,8	/	2,1 0,1	/	5,2 0,4	0,6 0	/	/

Abb. 11: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Klinische Symptome. Prozentuale Ausprägung (absolute Zeit je Symptom bezogen auf die Dauer der jeweiligen Sitzung) der klin. Symptome im Vortest mit Therapeut (oberer Wert pro Zelle) gegenüber den letzten 4 Sitzungen aus der K.C. mit Therapeut. (unterer Wert).

Bei dem Symptom Aufstehen ist bei beiden Gruppen in allen 3 Kategorien eine deutliche Verbesserung festzustellen (Abb. 12).

Die Mehrzahl der übrigen Symptome ist im Laufe der Therapie teilweise ebenfalls erheblich schwächer geworden. Die 7 Ausnahmen sind von der Ausprägung der Symptome her minimal.

Die Überprüfung des Symptomverlaufs hat damit zu 2 wichtigen Ergebnissen geführt. Erstens hat sie den Nachweis erbracht, daß ein Beobachtungssystem nach dem Modell der Verhaltensregeln bei vorwiegend sozial bedingten Verhaltensabweichungen ein brauchbares Instrument zur Therapieverlaufs-

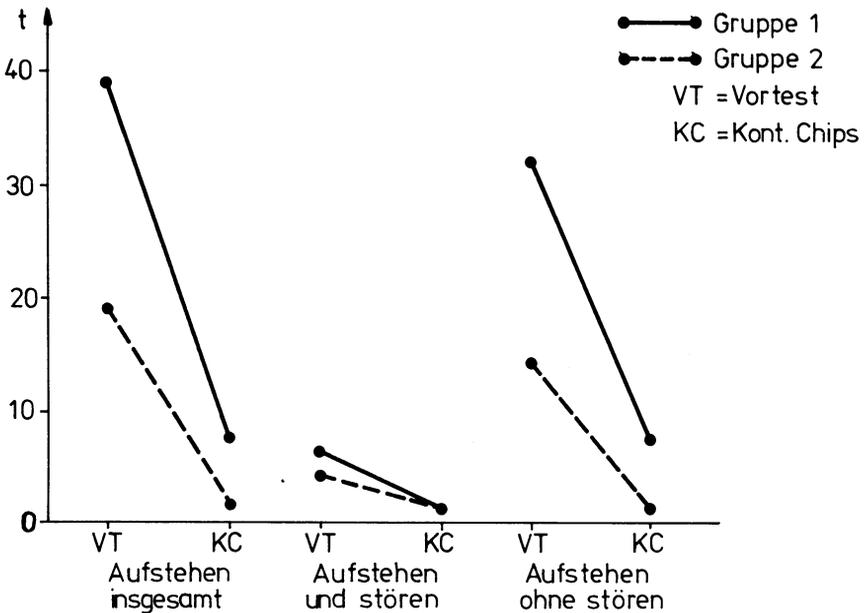


Abb. 12: Verhaltenstherapeut. Spieltherapie: Zeitmaße für die klinischen Kategorien (1) Aufstehen insgesamt (2) Aufstehen und stören (3) Aufstehen ohne zu stören

kontrolle ist. Zweitens hat die Überprüfung von neuem nahegelegt, daß die verhaltenstherapeutische Spieltherapie, die am Medium des Spiels in einer kombinierten Methode aus kognitiver Strukturierung, Modellernen und kontingenter Gruppenbelohnung offenbar grundlegende Verhaltensregeln vermittelt, die in unterschiedlichen sozialen Situationen zur Anwendung kommen (Zimmermann u. Rosenthal, 1974).

3. Therapieverlauf bei den einzelnen Kindern

In einem letzten Auswertungsschritt wurde untersucht, wieweit die individuellen Unterschiede der einzelnen Kinder in der Effektivität der verhaltenstherapeutischen Spieltherapie zum Ausdruck gekommen sein könnten. Angesichts des vorexperimentellen Designs dieser Studie haben auch diese Ergebnisse vorwiegend heuristischen Wert. Sie legen aber auch wieder Hypothesen nahe, die im Rahmen der Therapieverlaufsforschung mit berücksichtigt werden müßten.

Im einzelnen sollte versucht werden, mithilfe verschiedener Parameter die dominanten Verhaltenstendenzen der einzelnen Kinder zu charakterisieren und mit dem Therapieerfolg in Verbindung zu bringen (Abb. 13).

In der Spalte ganz links von Abb. 13 stehen die Namen der Kinder und ihr Alter. Die drei Spalten rechts davon enthalten relativ globale Verhaltensparameter, die bei Kindern in der sozialen Interaktion gewöhnlich eine zen-

Abb. 13: Verhaltenstherapeutische Spieltherapie: Klassifizierung der Kinder

Kind	Alter	Spielrep. positiv	R	Sozialrep. R	Sozialrep. R	Extrovert. Introvert.	R	Stabilität R	Wechsel. R	Therapieerf. Kat. 6 + 7	R		
Jan	7	groß	4	neg. breit pos. schmal (?)	6	Extr.	7	21/88	3/6	20/6	3/6	46 95	7 7
Volker	9	groß	5	neg. breit pos. breit	8	Extr.	6	37/100	6/8	17/0	6/8	17 95	3 8
Laurenz	9	klein	3	neg. schmal pos. schmal	2	Intr.	2	25/30	4/2	20/12	4/4	7 58	3 1
Stefan	7	klein	2	neg. schmal pos. schmal	4	Intr.	4	18/21	2/1	24/20	2/2	3 69	1 2
Martin	9	klein	1	neg. schmal pos. schmal	3	Intr.	3	53/72	7/4	18/16	5/3	3 78	2 4
Reinhard	9	groß	6	neg. breit pos. schmal	5	Extr.	8	2/55	1/3	15/21	7/1	68 77	8 3
Toby	10	groß	7	neg. schmal pos. breit	7	Intr.(?)	5	26/96	5/7	32/4	1/7	29 85	5 6
Burkhard	11	groß	8	neg. breit pos. schmal	1	Intr.	1	55/73	8/5	14/12	8/5	32 83	6 5

trale Rolle spielen und die sich auch am ehesten vom Verhalten her einschätzen ließen. Grundlage der Einschätzung dieser Parameter waren Beobachtungen alltäglicher Situationen über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen vor Beginn des Therapieexperiments, wobei ein subjektiv nicht sicheres Urteil (Übereinstimmung mehrerer Betreuer) durch „?“ gekennzeichnet ist. Für jede Kategorie wurde über alle Kinder eine Rangreihe gebildet „R“:

- a) Spielrepertoire – ein Maß für die Reichhaltigkeit und Differenziertheit des Spielverhaltens.
- b) Sozialrepertoire – ein Maß für die zwischenmenschlichen Verhaltensmuster, die in negative und positive Formen unterteilt wurden. Ein negatives Beispiel wäre „sich bei kleinsten Schwierigkeiten zurückziehen“, ein positives „einem anderen Kind helfen“. Die Kennzeichnung „breit“ und „schmal“ bezieht sich auf die Anzahl der entsprechenden Verhaltensmuster. Die Rangbildung wurde nach dem positiven Sozialverhalten vorgenommen.
- c) Extravertiert/Introvertiert – ein Maß für die bekannten Persönlichkeitsdimensionen (*Eysenck* u. *Rachman*, 1966).

Die restlichen 3 Spalten enthalten die schon bekannten Parameter der Stabilität, Wechselhaftigkeit und den Therapieerfolg:

- d) Stabilität/Wechselhaftigkeit – der Wert vor dem Schrägstich bezieht sich jeweils auf die beiden letzten Sitzungen aus dem Vortest, der dahinter auf die letzten beiden Sitzungen aus dem Nachtest. Die Werte beziehen sich auf die prozentuale Ausprägung der Variablen in den zugrundegelegten Sitzungen.
- e) Therapieerfolg – der Erfolg der Spieltherapie für jedes Kind (Summe aus Aktivitäts- plus Spielregel) wird in zweifacher Weise ausgedrückt: einmal als Differenz zwischen Vortest und Nachtest (oberer Wert pro Zelle), zum anderen als absolute Ausprägung der beiden Kategorien im Nachtest ohne die Therapeuten (unterer Wert pro Zelle). Die Werte geben die prozentuale Ausprägung der Kategorien, gemittelt über die entsprechenden Sitzungen wieder.

Vergleicht man nun die Ränge der einzelnen Kinder in den verschiedenen Verhaltensdimensionen und Erfolgskriterien, dann fallen folgende Trends auf:

- a) Kinder, die schon zu Beginn der Spieltherapie ein großes Spielrepertoire hatten, haben am meisten von der Therapie profitiert. Die Korrelation zwischen dem Spielrepertoire und den beiden Variablen Stabilität und Wechselhaftigkeit betragen 0,679 ($p < 1\%$) und 0,607 ($p < 2,5\%$). Die Berechnung erfolgte mithilfe des Rangkorrelationskoeffizienten Tau von *Kendall* (*Lienert*, 1973).
- b) Kinder mit einem breit gefächerten Sozialverhalten haben selbst dann große Fortschritte gemacht, wenn auch gleichzeitig das negative Verhalten vielseitig war. Die Korrelation des positiven Sozialverhaltens mit dem absoluten Therapieerfolg beträgt 0,75 ($p < 1\%$) und mit der Stabilität 0,68 ($p = 1\%$).
- c) Die Korrelation zwischen Extraversion und dem positiven Sozialverhalten ist hoch ($r = 0,821$, $p = 3^0/00$). Relativ am wenigsten haben die stark introvertierten Kinder einen Nutzen von der Spieltherapie davongetragen.

Von den Kindern, die weder als stark introvertiert noch als stark extravertiert eingestuft worden waren, haben die eher extravertierten die größeren Fortschritte gemacht.

- d) Zwischen den vier Parametern der Stabilität, Wechselhaftigkeit, absoluter Therapieerfolg und Differenzenwert besteht ein enger Zusammenhang (Konkordanzkoeffizient von *Kendall* $w = 0,69$ $p < 1\%$; *Lienert*, 1973).

Die Ergebnisse bei den einzelnen Kindern enthalten somit mehrere Hinweise darauf, daß der Erfolg der Spieltherapie nicht alleine von der therapeutischen Technik abhängt, sondern auch in starkem Maße von den sogenannten Organismusvariablen (*Weiss*, 1976), die zu der individuellen Ausstattung gehören und die reale Umwelt-Individuum-Interaktion stark beeinflussen.

In diesem Zusammenhang scheinen nicht nur die Variablen Sozialrepertoire und Extraversion/Introversion von Bedeutung zu sein, sondern auch das Spielrepertoire, und zwar in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht. Das Spiel ist in der Kindheit bis zum Schuleintritt die wichtigste Betätigung und nimmt auch danach noch einen großen Raum ein. In der spielerischen Interaktion mit Gleichaltrigen und Erwachsenen werden neben kognitiven Inhalten auch grundlegende soziale Strategien erlernt. Entwicklungspsychologisch drückt sich dieser Zusammenhang in den verschiedenen Spielformen von den Funktionsspielen über Phantasie- und Rollenspiele bis hin zu Regelspielen aus, die alle mit ganz bestimmten Organisationsstufen der psychosozialen Entwicklung einhergehen (*Bühler*, 1928; *Hetzer*, 1968; *Örter*, 1972; *Piaget*, 1975).

Diskussion

Die therapeutische Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Spieltherapie ist mit Sicherheit auf mehrere Bedingungen zurückzuführen, die trotz des vorexperimentellen Charakters der Studie wenigstens teilweise in der experimentellen Durchführung berücksichtigt worden sind. Die diesbezüglich wichtigsten Ergebnisse sollen abschließend noch einmal hervorgehoben werden, da sie uns für die Therapie klinisch relevanter Sozialstörungen bei Kindern als wesentlich erscheinen.

1. Regelsystem

Die Formulierung der Therapieziele in Verhaltensregeln steckt für die Patienten einen allgemein verbindlichen Verhaltensspielraum ab, in dem eine möglichst konfliktfreie oder auch konfliktlösende Interaktion verwirklicht werden kann. Diese Richtlinien dürfen nicht nur negativ in Form von Verboten ausgedrückt werden, sondern es müssen auch positive Anreize für sozial förderliche Verhaltensweisen gesetzt werden, die innerhalb der Therapie verstärkt werden können.

Da Regeln meist aufgrund von Übereinkunft zwischen mehreren Individuen zustandekommen und die Interaktion zwischen ihnen in befriedigender Weise strukturieren sollen, enthalten sie eine starke kognitive Komponente.

Das Individuum muß zugunsten eines gemeinsamen Gruppenzieles (Freude am Spiel, soziale Anerkennung und Bindung in der Gruppe) auf egoistische Ansprüche, die den Gruppenzielen zuwiderlaufen, verzichten (vgl. Austausch-theorie von *Thibeaut* und *Kelley*, 1964). Die Identifikation mit einer Gruppe erfordert von jedem Individuum eine aktive, kognitive Auseinandersetzung, in der die subjektiven Interessen und die Möglichkeiten ihrer Verwirklichung gegen die Gruppenziele mit ihren Vorteilen und persönlichen Einschränkungen abgewägt werden müssen.

2. Mehrdimensionaler Belohnungsansatz

Die gemeinsame Erarbeitung eines Regelsystems hat sich als notwendige, jedoch nicht als hinreichende Bedingung erwiesen, um innerhalb einer angemessenen Zeitspanne bei verhaltensgestörten Schulkindern eine sichtbare Besserung ihres Sozialverhaltens herbeizuführen. Dazu mußte einmal eine kontingente Belohnung hinzutreten, die die Aufmerksamkeit bzgl. des kritischen Zielverhaltens und die Motivation zu seiner Ausübung erhöht. Die Gruppenbelohnung hat sofort einen Bezug zu der gruppenimmanenten Abhängigkeit der Kinder untereinander hergestellt (*Walker* u. *Hops*, 1973, *Bronfenbrenner*, 1962; *Penny* u. *Fleming*, 1973).

Darüberhinaus hat es sich als sehr wirkungsvoll erwiesen, daß neben den allgemein gültigen Verhaltensregeln über die Verwendung von Sonderpunkten auch ein therapeutischer Zugang gefunden werden konnte. Die „Persönlichen Sonderpunkte“ haben die Kinder zur Überwindung der eigenen Schwierigkeiten motiviert und die „Sozialen Sonderpunkte“ haben spielfördernde und altruistische Handlungen begünstigt, die mit dem klinisch-symptomatischen Verhalten ebenfalls nicht vereinbar waren.

Es wurden somit drei Belohnungsmodi angewandt, die sich bzgl. der Direktheit und der persönlichen Ansprache der Kinder unterschieden:

1. Die geringste persönliche Ansprache war mit den „Fairnesspunkten“ verbunden, deren Wirkung durch den drohenden Punktverlust zu Beginn der Therapie wahrscheinlich viel mehr auf der Eindämmung von Regelverstößen als auf der Beachtung der positiven Regeln beruht hat.
2. Die „Persönlichen Sonderpunkte“ haben die Aufmerksamkeit des Kindes auf seine Fähigkeit gelenkt, der persönlichen Schwierigkeiten selbständig Herr werden zu können. Sie kommen damit auch einem berechtigten Interesse nach individueller Auszeichnung entgegen, das in vielen Gruppenprozessen zu beobachten ist und einem allgemeinen Kennzeichen unserer Gesellschaftsstruktur entspricht.
3. Die „Sozialen Sonderpunkte“ waren wieder eine Rückführung zu den wünschenswerten, positiven Verhaltensregeln, die besonders in der Aktivitätsregel das konstruktive Gruppenverhalten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt haben.

Literatur

Baumgärtel, F.: Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. Grundlagen, Konzepte, Vorschläge. München: Pfeiffer, 1976

- Bay, E. und Ott, H.: Eine verhaltenstherapeutische Spieltherapie zur Förderung der sozialen Kompetenz bei verhaltensgestörten Schulkindern. In Poustka, F. und Spiel, W. (Hrsg.): Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kongreßbericht Bd. 2, Wien, 1975
- Bronfenbrenner, U.: Soviet methods of character education: simple implications for research. *American Psychologist*, 1962, 17, 550–564
- Bühler, Ch.: Kindheit und Jugend. Leipzig, 1928
- Campbell, D. T. und Stanley, J.: Experimental and quasiexperimental designs for research on teaching. In Gage, N. L. (Hrsg.): Handbook of research on teaching. Chicago: Mc Nally Comp., 1963
- Clauss, G. und Ebner, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt: H. Deutsch, 1971
- Eysenck, H. J. und Rachman, S.: Dimensions of Personality. In Semenoff, B. (Hrsg.): Personality assessment. Middlesex, 1966
- Hetzer, H.: Spielpflege bei geistig zurückgebliebenen Kindern als heilpädagogische Aufgabe. In von Bracken, H. (Hrsg.): Erziehung und Unterricht bei behinderten Kindern. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft, 1968
- Honffy, M. und Bachlechner, M.: Gruppenarbeit als Verhaltensmodifikation mit Schulkindern an der pädagogisch-psychologischen Beratungsstelle in Innsbruck. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 1976, 7, 259–264
- Kagan, J.: On the need for relativism. *American Psychologist*, 1967, 22, 131–142
- Kiesler, D. J.: Experimental design in psychotherapy research. In Bergin, A. E. und Garfield, S. L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1971
- Lienert, G. A.: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Meisenheim: A. Hain, 1973
- Örter, R.: Moderne Entwicklungspsychologie. Donauwörth: L. Auer, 1972
- Ott, H. und Bay, E.: Die hierarchische Regelbeobachtung. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. München, 1973
- Penney, R. K. und Fleming, P.: The development of cooperative behaviour in the classroom. *Canad. J. Behav. Science*, 1973, 5, 321–331
- Piaget, R. K.: Nachahmung, Spiel und Traum. Gesammelte Werke Bd. 5, Studienausgabe, Stuttgart: Klett, 1975
- Psychiatrie-Enquête. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn-Bad Godesberg: Heger, 1975
- Slavson, S. R.: Meine Technik der Gruppenpsychotherapie mit Kindern. In Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II, München: E. Reinhardt, 1969
- Thibaut, J. W. und Kelley, H. H.: Exchange theory, Kap. 7, S. 253 ff. In: Secord, P. F. und Backman, C. W. (Hrsg.): Social Psychology. New York: Mc Graw-Hill, 1964
- Walker, H. M. und Hops, H.: The use of group and individual reinforcement contingencies in the modification of social withdrawal. In Hamerlynck, A., Handy, L. C. und Mash, E. J. (Hrsg.): Behavioral change: methods, concepts, and practice. Champaign Ill., 1973
- Zimmermann, B. J. und Rosenthal, T. L.: Observational learning of rule-governed behavior by children. *Psychol. Bulletin*, 1974, 81, 29–42
- Weiss, R. L.: Operante Methoden in der psychologischen Diagnostik. In Schule, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban u. Schwarzenberg, 1976

Anschrift der Autoren:

Dipl. Psych. Eberhard Bay
 Institut für Psychologie
 Klinische Psychologie
 Universität München
 Kaulbachstraße 93
 8000 München 40

Dr. Helmut Ott
 Schering AG
 Postfach 65 03 11
 1000 Berlin 65