Verband Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (VPKJ)

Ulrike Hollick (Weimar/Lahn), Sprecherin
Prof. Dr. Maike Rönnau-Böse (Freiburg)
Prof. Dr. Dorothea Hüsson (Reutlingen)
Dr. Klaus Riedel (Bielefeld)
Prof. Dr. em. Michael Behr (St. Peter Ording)

Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG),

Dr. Dagmar Nuding (1. Vors.)
Birgit Wiesemüller (2. Vors.)
Ellen Weinhold (Sprecherin Ausschuss für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen)

Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

auf Anerkennung der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapie-Verfahren

zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeut*innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im Rahmen der aktuellen gesetzlichen Regelungen/ Aus- und Weiterbildungsordnungen

15.02.2022

Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Ulrike Hollick, An der neuen Schule 6 A

35096 Weimar/Lahn,

Tel. 06426-9670444,

Email: **praxis-hollick@web.de**

Gliederung

1. Selbstverständnis als Psychotherapieverfahren, Psychotherapie-historische Einordnung und Entwicklung in Deutschland

2. Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie und Störungsverständnis

3. Behandlungskonzept

3.1 Grundansatz: Die Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung

3.2 Diagnostik

3.3 Interventionsebenen und Anwendungsformen

3.4 Anwendungsbereiche, störungsspezifische Handlungsleitlinien

3.5 Angaben zu möglichen unerwünschten Wirkungen und Kontraindikationen

4. Ausbildungsstrukturen

5. Empirische Absicherung

5.1 Vorbemerkung zum Stand der Forschung und zur Recherchestrategie

5.2 Studien, vorgesichtet, geordnet nach Anwendungsbereichen

5.3 Metaanalysen

Literaturverzeichnis

1. Selbstverständnis als Psychotherapieverfahren, Psychotherapie-historische Einordnung und Entwicklung in Deutschland[1]

Das Personzentrierte Konzept geht auf Carl R. Rogers (1902-1987) zurück, der diesen Ansatz ab 1942 aus seiner psychotherapeutischen und pädagogischen Arbeit in den USA entwickelte; die Grundprinzipien des Personzentrierten Ansatzes sind im Kapitel 2 dieses Antrags ausführlich dargelegt. Obgleich Rogers bereits 1939 erste Überlegungen zur Kinder(psycho)therapie machte (Reisel, 2014), so werden die eigentlichen Wurzeln des Therapieverfahrens bei Axline (1947), seiner Schülerin, verortet. Sie begründete das Konzept der „Nondirektiven Spieltherapie" und beschrieb dieses vorwiegend praktisch. Der Grundansatz beruhte darauf, dass die Therapeut*in[2] dem Kind einen möglichst weiten, anregenden Entwicklungsraum und eine bedingungsfrei wertschätzende Beziehung zur Verfügung stellen soll, indem es sein inneres Erleben zeigen und bearbeiten sowie neue Erfahrungen ermöglicht bekommen kann. Die Aufgabe der Therapeut*in besteht nach Axline im Weiteren darin, das Kind empathisch zu begleiten und ihm zu „folgen". Therapeutische Weiterentwicklungen auch für Jugendliche wurden ab den 1980er Jahren konzipiert und empirisch begründet.

Das Konzept der „nichtdirektiven Spieltherapie" wurde in Deutschland zunächst von Tausch und Tausch (1956) aufgegriffen und dann in den 1970er Jahren und zu Beginn der 1980er Jahre theoretisch weiterentwickelt (vgl. z.B. Goetze & Jaede, 1974), wobei ein Schwerpunkt darin bestand, empirische Erkenntnisse aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie – und hier insbesondere die Realisierung der Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz – auf die Kinderpsychotherapie zu übertragen. Eine bedeutende Rolle hatte dabei Schmidtchen, der die theoretische Fundierung auch hinsichtlich erster störungsspezifischer Differenzierungen vertiefte und eine Reihe von empirischen Studien, auch zum Prozessverlauf in der Therapie, realisierte (z.B. Schmidtchen, 1978, 1989, 1996). Analog zur Entwicklung in der Erwachsenen-Gesprächspsychotherapie fand auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine Weiterentwicklung vom klientenzentrierten zum Personzentrierten Ansatz statt: Es stand nicht mehr die (isolierte) Realisierung der Beziehungsvariablen im Mittelpunkt, sondern die Person des Kindes bzw. Jugendlichen an sich und die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in. Die wesentlichen Bestimmungsmomente hatte dabei schon Goetze (1981, S. 9) formuliert: „Personzentrierte Spieltherapie wird … nicht als ein Verfahren aufgefasst, in dessen Mittelpunkt die Anwendung bestimmter Technologien oder Methoden steht. …Im Mittelpunkt steht stets die sich ändernde Beziehung zwischen den Partnern (Kind oder Kindern und Erwachsenen); sie stellt die Basis für Selbstöffnungen und Verhaltensänderungen dar".

Der Personzentrierte Ansatz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde dann besonders ab den 1990er Jahren weiter theoretisch und empirisch vertieft; bedeutungsvoll waren hier die Sammelbände von Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper und Monden-Engelhardt (1996, 1997, 2002a ,b) bzw. Boeck-Singelmann, Hensel, Jürgens-Jahnert und Monden-Engelhardt (2003). Ein differenzierter Überblick über die Geschichte der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, auch unter internationaler Perspektive, findet sich bei Behr und Hölldampf (2010).

Während in den Anfangsjahren vor allem die Psychotherapie mit Kindern – unter besonderer Betrachtung des Mediums Spiel – im Mittelpunkt der Studien und publizierten Kasuistiken

[1] Teile dieses Antrags beruhen auf Publikationen von Autor*innen aus dem Feld der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, bes. Weinberger (2015) oder Fröhlich-Gildhoff, Maiworm, Riedel & Steinhauser (2020).

[2] In diesem Antrag wird versucht, einen Kompromiss aus gendergerechter Sprache und Lesbarkeit zu verwirklichen.

stand, wurde ab Ende der 1980er Jahre auch die Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen konzeptionell klarer systematisiert und weiterentwickelt (z.B. Monden-Engelhardt, 1997); ein umfassendes Lehrbuch hierzu erschien von Weinberger und Papastefanou (2008).

Die theoretische Diskussion und die empirische Forschung wurde ab den 1990er Jahren auf breiterer Ebene belebt. Die wesentlichen Entwicklungen lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:

- Es werden Bezüge hergestellt zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere der empirischen Säuglingsforschung und auch zur Bindungsforschung (vgl. z.B. Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015; Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002; Behr, 2012).
- Die therapeutische Beziehung wird klar als wesentliche Wirkvariable beschrieben. Das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und Therapeut*in wird allerdings wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen hinausgehend betrachtet (vgl. z.B. Behrs Konzept der „Interaktionsresonanz“ [2012]; das Prinzip der „prozessleitenden Hilfen“ nach Schmidtchen, [2001]; die Unterscheidung von verschiedenen Therapiephasen [Goetze, 2002; Jaede, 2002; Riedel, 2002]). Hier finden sich explizit Bezüge zur Psychotherapieforschung in anderen Psychotherapierichtungen, beispielhaft seien nur Grawes Erkenntnisse zu den zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie genannt (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 2004; Grawe & Fliegel, 2005).
- Spezielle Aspekte der Diagnostik im Rahmen Personzentrierter Arbeit werden differenziert beschrieben (vgl. Jürgens-Jahnert, 1997; Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015).
- Das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird in der Therapie berücksichtigt und einbezogen (Konzeptionen finden sich z.B. bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015; Jaede, 2002). Dabei wurde der Zusammenarbeit mit Eltern besondere Beachtung gewidmet (z.B. Ehlers, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003).
- Die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen wird nicht mehr nur als „Breitbandverfahren“ angesehen, sondern es existieren Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns (vgl. die Darstellungen bei Schmidtchen, 2001; Weinberger 2015 sowie Goetze, 2002). Ausführlichere Beschreibungen eines störungsspezifischen Vorgehens finden sich dann in den Bänden von Boeck-Singelmann et al. (1996, 1997, 2002a,b, 2003); später wurden „Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ auf personzentriertem Hintergrund (Behr, Hölldampf & Steiger, 2014, S. 56) für verschiedene Störungsbilder formuliert (ausführlich: Kapitel 3.4 dieses Antrags)
- Die (Mikro)Prozesse *in* den therapeutischen Sitzungen waren und sind Gegenstand empirischer Studien. So analysierte bspw. Schmidtchen „heilungsförderliches“ Patient*innen und Therapeut*innenverhalten (Schmidtchen, 1996); Schmidtchen, Acke & Hennies (1995) führten „Prozessanalysen des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie“ durch und Fröhlich-Gildhoff, Maiworm, Riedel & Steinhauser (2020) untersuchten, wann und wie Therapeut*innen eine stärkere Aktivität in der therapeutischen Interaktion realisieren.
- Es werden Bezüge hergestellt zu Ansätzen, die eine therapieschulenübergreifende „Allgemeine Psychotherapie“ (Grawe, Donati & Bernauer; Grawe, 1998, 2004) konzipieren (etwa von Schmidtchen, 2001, oder Fröhlich-Gildhoff, 2007). Ebenso wurden Verknüpfungen zu anderen empirischen Ansätzen, z.B. zur Resilienzforschung (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015) oder zum entwicklungspsychologisch

fundierten Konzept der Mentalisierung (Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2017) geschaffen.

Allen diesen verschiedenen Entwicklungen bzw. Ausdifferenzierungen ist allerdings gemeinsam, dass die Beziehung zwischen Kind/Jugendlicher und Therapeut*in – von Person zu Person, zentriert auf die Person des Kindes/Jugendlichen – als *die* entscheidende Variable im therapeutischen Prozess angesehen wird, wie später im Kapitel 3 weiter ausgeführt wird.

Das Psychotherapieverfahren der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ideen- und psychotherapiegeschichtlich dem breiten Feld der Humanistischen Psychotherapie zuzuordnen. Obige Ausführungen machen jedoch deutlich, dass es sich um ein *eigenständiges Verfahren* handelt. Es steht in der Rogerianischen Tradition mit vielfachen Weiterentwicklungen, einer eigenständigen Forschung und eigenständigen, systematischen Ausbildungsstrukturen (s. Kapitel 4 dieses Antrags).

Historisch hatte das Verfahren in Deutschland eine weite Verbreitung zum Ende des vorherigen und zu Beginn des aktuellen Jahrtausends. Neben verstärkten Publikations-, Ausbildungs- und Forschungsaktivitäten in Deutschland wurden einige Lehrstühle an Universitäten/gleichgestellten Hochschulen durch Professor*innen besetzt, die eng mit dem Personzentrierten Ansatz im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verbunden waren (z.B. Stefan Schmidtchen, Universität Hamburg; Michael Behr, PH Schwäbisch Gmünd; Herbert Goetze, Universität Potsdam). In dieser Zeit wurde die Beantragung der wissenschaftlichen Anerkennung beim WBP versäumt; in der Folgezeit kam es zu einer Abnahme der Bedeutung des *Therapie*verfahrens in wissenschaftlicher Rezeption und Forschung in Deutschland. Im Unterschied dazu ist das Verfahren in Österreich und der Schweiz als sozialrechtlich relevantes Verfahren anerkannt; international finden sich in den angloamerikanischen Ländern, v.a. den USA zahlreiche Forschungs- und Ausbildungsaktivitäten. In Deutschland bestehen aktuell lebendige Aus- und Weiterbildungsstrukturen und der Personzentrierte Ansatz ist fest im Bereich der Sozialen Arbeit und der Pädagogik, vor allem der Kindheitspädagogik, in Ausbildung und Praxis verankert; Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind u.a. im Rahmen der Jugendhilfe, der Heil-/Sonderpädagogik, der Schulpsychologie und in Kliniken tätig.

In Deutschland gibt es zwei miteinander kooperierende Verbände, in denen Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen organisiert sind: Zum einen ist dies die GwG e.V. (ehemals: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, jetzt: Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung), die 1988 erstmals Ausbildungsrichtlinien verabschiedete (vgl. Kap. 4) und die bis heute Qualitätsstandards für Aus-/Weiterbildungen sichert. Zum anderen ist dies der Verband Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (VPKJ), in dem sich seit 2003 vor allem Ausbilder*innen und Wissenschaftler*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammengeschlossen haben. Der VPKJ setzt sich vor allem für die inhaltliche Weiterentwicklung des Ansatzes ein und veranstaltet hierzu bspw. zweijährlich internationale Tagungen.

Das Versäumnis der Beantragung als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapie-Verfahren soll mit diesem Antrag nachgeholt werden.

2. Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie und Störungsverständnis

Die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen geht zurück auf das grundlegende Persönlichkeitskonzept von Carl Rogers (1961/1991). Der Personzentrierte Ansatz nach Rogers betont das jedem Menschen innewohnende Bedürfnis nach konstruktiver Veränderung und Selbstverwirklichung. Ausgehend von einer phänomenologischen Orientierung wird der Mensch in seiner Einzigartigkeit und zugleich in der Bezogenheit auf andere (Buber, 1983) gesehen; es wird als besondere Ressource die Fähigkeit, zu wählen und sich zu entscheiden, betont. Rogers Persönlichkeitskonzept bezieht sich dabei ausdrücklich nicht nur auf die Psychotherapie, sondern es ist eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Rogers, 1961/1991). Zentrale Begriffe in Rogers` Persönlichkeitstheorie sind die *Aktualisierungstendenz* und die *Inkongruenz.*

Aktualisierungstendenz

Die *Aktualisierungstendenz* ist die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus, sich selbst zu erhalten und sich weiterzuentwickeln. Rogers bezeichnet sie als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1959/1991, S. 21). Mit Organismus ist dabei die psychische und physische Ganzheit/Einheit des Menschen gemeint.

Diese Aktualisierungstendenz ist das grundlegende Axiom des Personzentrierten Ansatzes. Die Personzentrierte Vorgehensweise ist demzufolge darauf ausgerichtet, diese jedem Menschen innewohnende Kraft zu unterstützen. Mit der Aktualisierungstendenz beschreibt Rogers ein *Entwicklungsprinzip:* eine richtungsgebende Kraft im Menschen, sein in ihm liegendes Potenzial zu entwickeln. Es geht um Wachstum, um die „Suche nach freudvoller Spannung, Tendenz zur Kreativität, Tendenz, mühsam Gehen zu lernen, wo doch Krabbeln müheloser zur selben Bedürfnisbefriedigung führen würde“ (Rogers 1959/1991, S. 22).

Die Aktualisierungstendenz bewertet Erfahrungen danach, ob sie für den Organismus als Ganzen erhaltend oder förderlich sind oder ob sie die Erhaltung oder Förderung hemmen. Dieser *organismische Bewertungsprozess* findet auf den verschiedensten Ebenen statt, z.B. wenn das Baby hungrig ist, schreit es (= Hungergefühl als ungute organismische Erfahrung), wenn es gefüttert wurde, ist es zufrieden (Sättigung als positive organismische Erfahrung). So werden positive und negative Erfahrungen ins Bewusstsein aufgenommen. Dies geschieht in der vorsprachlichen Zeit durch Körperempfindungen und später zusätzlich durch Sprache: „ich fühle mich gut; ich bin traurig“. Für dieses Wahrnehmen einer Erfahrung – nebst der damit zusammenhängenden Bewertung – verwendet Rogers die Ausdrücke *„Gewahrwerdung“* oder *„Symbolisierung“*[3]. Dieser Symbolisierungsprozess ist mit dem Gefühl von „Das ist es!“, welches immer auch von einer körperlich spürbaren Erleichterung begleitet ist (vgl. Biermann-Ratjen 2002; Behr 2002; Wiltschko, 2011), verbunden.

Das bereits Ende der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts entwickelte Konzept der Aktualisierungstendenz ist durch die Erkenntnisse der Säuglingsforschung und modernen, interaktionell ausgerichteten Entwicklungspsychologie empirisch bestätigt worden (Überblicke: Montada, 2008; Rauh, 2008; Largo, 2017, S. 45 beschreibt es so: „Das Kind hat einen inneren Drang, sich zu entwickeln. Es will wachsen und sich Fähigkeiten und Wissen aneignen“). Das Paradigma des aktiven, „kompetenten Säuglings“ (Dornes, 1993), der von der ersten Lebensminute an Kontakte zu anderen Menschen und der sachlichen Umwelt aufnimmt und sich zunehmend selbstorganisiert die Welt aneignet, findet sich im Übrigen auch in

[3] Es ist das, was im Focusing (Wiltschko, 2002; Gendlin & Wiltschko, 2007) ein „felt shift“, eine „gefühlte Bedeutung“ genannt wird.

modern(er)en Konzepten kindlicher Entwicklung auf empirischer Basis mit eher psychodynamischem Hintergrund (Stern, 1992; Dornes, 1993).

Tendenz zur Selbstaktualisierung

Mit zunehmender Entwicklung des Selbst als einer psychischen Struktur entwickelt sich als *Teil* der Aktualisierungstendenz eine Tendenz zur *Selbstaktualisierung*. Diese Tendenz sorgt für die Erhaltung des sich bildenden Selbstkonzeptes: Erfahrungen werden nun danach bewertet, ob sie für den Organismus als Ganzen förderlich sind und ob sie für das Selbstkonzept förderlich sind. So findet neben dem geschilderten organismischen Bewertungsprozess auch immer eine Bewertung durch die menschlichen Beziehungen statt, in die das Kind „eingebettet" ist. Die nachfolgende Grafik soll dies verdeutlichen:

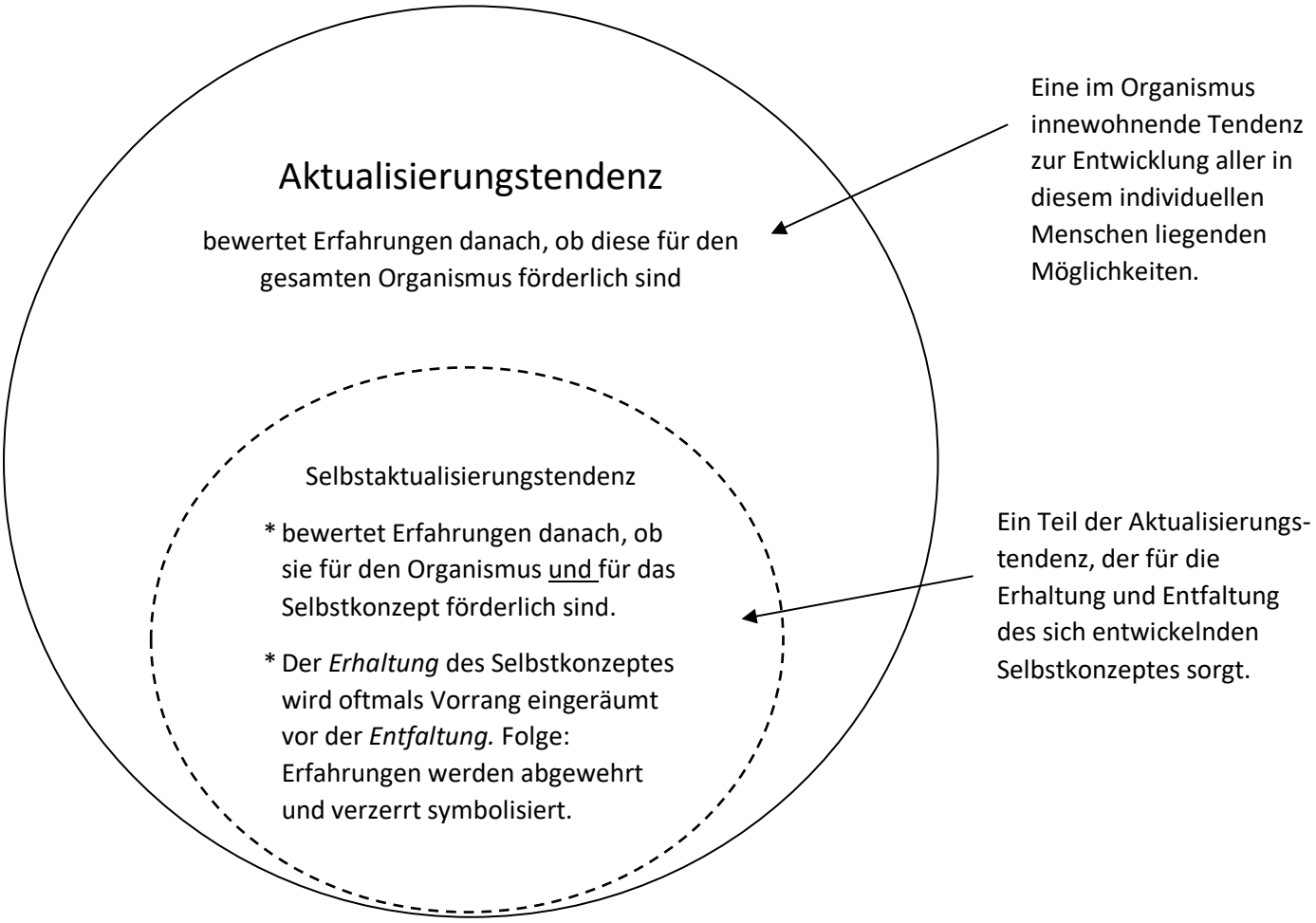


Abb.1: Zusammenhang zwischen Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz (aus: Weinberger, 2015, S. 33)

Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind für die Entwicklung des Selbstkonzeptes grundlegend. Nach Rogers (1959/1991) hängt die gesunde psychische Entwicklung des Kindes davon ab, dass es in seinem Erleben bestimmte förderliche Entwicklungsbedingungen vorfindet. Dies sind die bekannten Prinzipien „unbedingte Wertschätzung", das „einfühlende Verstehen" und die „Kongruenz" der Bezugsperson. Dabei ist die *unbedingte* Wertschätzung, auch „*bedingungsfreie* positive Beachtung" genannt von besonderer Bedeutung, da die Entstehung des Selbst mit dem zentralen Bedürfnis nach dieser *unbedingten Wertschätzung*

verbunden ist. Die enge Beziehung zu den Bezugspersonen kann dazu führen, dass sich das heranwachsende Individuum mehr nach dem richtet, was von seinen Bezugspersonen als „richtig“ und „gut“ bewertet wird, als nach seinem organismischen Bewertungsprozess. So entstehen unendlich viele intrapsychische Prägungen bzw. Schemata, geformt durch die „bewertende Brille“ des Erwachsenen, statt durch die eigene organismische Bewertungstendenz. Diese Erfahrungen werden in dem sich bildenden Konzept vom Selbst integriert.

Im Idealfall fallen Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz zusammen, d.h., der Mensch kann das, was gut für seinen Organismus ist, auch in sein Selbstkonzept integrieren. Das ist dann die – theoretisch – psychisch völlig gesunde Person („fully functioning person“); damit ist eine Person gemeint, die alle Erfahrungen – positive wie negative – vollständig wahr- und annehmen kann, z.B.: „ich mache Fehler“, „ich könnte vor Wut jemanden umbringen“, „ich habe Angst“, „ich bin sozial sehr geschickt“, „ich bin manchmal feige“ etc.

Nun stellt sich die Frage, ob Bewertungen per se schlecht sind. Jaede (2002) macht darauf aufmerksam, dass die Bewertungen der Bezugspersonen nicht notwendigerweise zu einer pathologischen Entwicklung führen müssen. Im Gegenteil, diese Bewertungsprozesse stellen notwendige Entwicklungsbedingungen dar, die das Kind für seine Orientierung – etwa im Rahmen der moralischen Entwicklung – benötigt. „Wertebedingungen“, wie Jaede es formuliert, werden „dann kritisch, wenn der eigene Bezugsrahmen des Kindes grundsätzlich infrage gestellt wird und eigene Erfahrungen und Wahrnehmungen des Kindes als Bewertungsgrundlage auf Dauer ausgeklammert werden“ (ebd., S. 139).

Auch für das hier dargestellte Konzept der Bildung des Selbst – auf der Grundlage von (organismischen) Bewertungsprozessen – haben sich in den letzten Jahren Entsprechungen aus der psychologischen Forschung und der sog. Hirnforschung (vgl. Grawe, 2004; Braun et al., 2002; Hüther, 2004) bzgl. des Aufbaus von neurophysiologischen Strukturen gefunden. Schon Piaget (Piaget & Inhelder, 1983) beschrieb den Aufbau von innerpsychischen Schemata als abhängig von konkreten Erfahrungen, die dann über Assimilation oder Akkommodation zur Verfestigung oder zum Umbau dieser psychischen Strukturen führen (s.a. Sodian, 2008; Mischo, 2016).

Eine deutliche Analogie findet sich zum einen zum Konzept der Selbst-Bildung/Entwicklung, wie sie Stern (1992, 1995) dargelegt hat: Hiernach werden real gelebte Erfahrungen emotional bewertet und darüber abgespeichert zu Erinnerungen. Die emotionale Bewertung erfolgt zunächst danach, ob diese Erfahrungen dem Organismus dienlich oder schädlich sind. Mehrere ähnliche Erinnerungen werden miteinander vernetzt oder „zusammengeschaltet“ zu generalisierten Repräsentationen, also verallgemeinerten Abbildungen dieser Erinnerungen, Stern (1995) spricht von RIGs („Representations of Interactions that have been Generalized“), kognitiv-affektiven Schemata, die auf den wiederkehrend erlebten Interaktionen basieren.

Zum anderen finden sich Entsprechungen zu den Modellen und Studien der Bindungsforschung (ursprünglich Bowlby, 1975; Überblicke: Grossmann & Grossmann, 2004; Strauss, Buchheim & Kächele, 2002): Auf der Grundlage des angeborenen Bindungsbedürfnisses macht das Kind Interaktions- bzw. Beziehungserfahrungen (zunächst mit seinen unmittelbaren Bezugspersonen), die sich dann zu intrapsychischen Repräsentationen dieser Erfahrungen und letztlich zu einem „inneren Arbeitsmodell“ („internal working model of attachment“) verdichten. Diese intrapsychischen Repräsentationen steuern das Verhalten des Kindes – das sich dann den ‚klassischen‘ vier Bindungstypen zuordnen lässt. Zudem haben sie Einfluss auf die Erwartungen an (neue) Interaktionen und Beziehungserfahrungen.

Inkongruenz

Macht das Individuum Erfahrungen, die nicht mit seinem Selbstkonzept übereinstimmen, so entsteht ein Zustand von Inkongruenz. Inkongruenz ist die Unvereinbarkeit der zwei Tendenzen: dem organismischen Erleben einerseits und dem Selbstkonzept andererseits. Anders ausgedrückt: Inkongruenz entsteht aus der Diskrepanz zwischen der Aktualisierungstendenz (Erleben wird mit dem gesamten Organismus gespürt und bewertet) und der Selbstaktualisierungstendenz (Erleben wird mit den Augen der bedeutsamsten Bezugspersonen bewertet). Aus dieser Unvereinbarkeit resultieren Spannungen, die das Individuum löst, indem es die Erfahrungen entweder verzerrt, d.h. verfälscht wahrnimmt, oder ganz verleugnet.

Ein Kind, das in einem größeren Ausmaß unter Inkongruenzen leidet, stagniert in seiner gesunden Entwicklung, weil es viele Erfahrungen gar nicht mehr aufsucht oder Erfahrungen verfälscht wahrnimmt, was auch wieder zu Rückzug oder Vermeidungsverhalten führen kann. Schmidtchen (1999, S. 199) nennt als wichtigste Auswirkungen:

- eine *Ablehnung bzw. Abwehr* entwicklungsfördernder und selbsterweiternder Erfahrungen, weil diese als Bedrohung des Status quo des Selbstsystems bewertet werden und deshalb eine existenzielle Angst erzeugen,
- eine *negative, misserfolgsorientierte Selbstbewertung*, die zu fehlerhaften Einschätzungen und Symbolisierungen von positiven Erfahrungen und zum Abspalten (bzw. Verleugnen) wichtiger Selbstkompetenzen und -ressourcen führen kann,
- eine *misstrauische und feindselige Einstellung gegenüber anderen*, die zu einem generellen Rückzugsverhalten und zu Ablehnung von Menschen führen kann,
- eine *unrealistische Wahrnehmung von Problemen* aller Art (insbesondere im sozialen Bereich), die zu einer fehlerhaften und eingeschränkten Informationsverarbeitung und damit zu einer *gestörten Problemlösungs- und Handlungskompetenz* führen kann.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen geht es deshalb darum, einen neuen Entwicklungsraum anzubieten: Das Kind soll neue Erfahrungen machen können und so die Möglichkeit erhalten, verzerrte oder verleugnete Erfahrungen zu korrigieren. Dies geschieht in erster Linie durch (spielerisches) Handeln im Rahmen einer emotional korrigierenden Beziehungse*rfahrung.*

Dabei gehen die Ziele der therapeutischen Intervention über die reine Störungsreduktion und die Unterstützung einer kongruenten Selbst-Entwicklung hinaus. Damit verbundene Zielvariablen sind v.a. eine verbesserte Selbstreflexion, die Entwicklung unterstützender und befriedigender Sozialbeziehungen (auch zu Gleichaltrigen), eine Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens, die Entwicklung situationsangemessener Selbstregulationsstrategien und eine allgemeine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens.

Das allgemeine Modell der Störungsentstehung ist für einzelne Störungsbilder konkretisiert worden (z.B. im Band von Boeck-Singelmann, Hensel, Jürgens-Jahnert & Monden-Engelhardt, 2003). Für die häufigsten Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter (z.B. Angst: Füßner, Döring, Steinhauser & von Zülow, 2012; ADHS: Jürgens-Jahnert, Hollick & Fröhlich-Gildhoff, 2015; s. Kap. 3.4) sind abgestimmte Handlungsleitlinien formuliert worden, in denen jeweils die spezifische Störungsgenese auf der Grundalge des o.g. Modells der Personzentrierten Psychotherapie beschrieben ist.

Das ursprünglich von Rogers entwickelte Konzept der Inkongruenz als wesentlicher Ursache für das Entstehen psychischer Störungen hat später durch das neurophysiologisch und durch Metaanalysen begründete, Therapieschulen übergreifende Störungskonzept von Grawe (1998, v.a. 2004) zumindest indirekt eine Bestätigung gefunden: Grawe geht davon aus, dass vier grundlegende menschliche psychische Grundbedürfnisse bestehen, die befriedigt werden müssen. Hierzu dienen „Motivationale Schemata“: „Das Erleben und Verhalten eines Menschen wird unmittelbar von seinen motivationalen Schemata bestimmt. Die motivationalen Schemata sind Mittel, die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen“ (Grawe, 2004, S. 188) – die Entsprechungen zum o.g. Konstrukt des Selbst von Rogers sind offensichtlich. Wenn nach Grawe die Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können, wird die Konsistenzregulation[4] gestört und es entsteht „Inkongruenz, die Nichtübereinstimmung der realen Erfahrungen mit den aktivierten motivationalen Zielen (ebd., S. 190). Inkongruenz ist mit innerpsychischen Spannungen verbunden, „immer wenn ein Zustand von Inkongruenz auftritt, werden mit den betreffenden Zielen auch die Mittel, Pläne, Verhaltensweisen aktiviert, die sich bisher als geeignet erwiesen haben, Inkongruenz unter den gegebenen Bedingungen herabzuregulieren“ (ebd., S. 191). Das dauerhafte Fortbestehen von Inkongruenz erhöht auch nach Grawe die Wahrscheinlichkeit des Entstehens psychischer Störungen.

3. Behandlungskonzept

3.1 Grundansatz: Die Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung

Wie in Kapitel 2 dargelegt, führen gravierende, der Aktualisierungstendenz des Kindes/Jugendlichen widersprechende Erfahrungen – und dies sind in erster Linie nicht förderliche Beziehungserfahrungen v.a. mit den engsten Bezugspersonen – zu einem Erstarren der Selbst-Entwicklung. Die damit verbundenen Inkongruenzen führen wiederum zur Entstehung von Symptomen psychischer Störungen, die so als (dysfunktionale) „Lösungsversuche“ zu verstehen sind.

Daher besteht der Kern des Personzentrierten Behandlungskonzepts zunächst darin, dem Kind/Jugendlichen neue, entwicklungsförderliche Beziehungserfahrungen anzubieten.

Für die Art der Beziehungsgestaltung formulierte Rogers Bedingungen, die erfüllt sein müssen, wenn eine „konstruktive Persönlichkeitsveränderung“ erfolgen soll (Rogers 1959/1991): In dem Kontakt zwischen Therapeut*in und Patient*in gilt es, eine Beziehung herzustellen, die auf Seiten der helfenden Person durch „Kongruenz (Authentizität)“, „Unbedingte Wertschätzung“ und „Einfühlendes Verstehen“ gekennzeichnet ist. Wird dieses Beziehungsangebot vom Kind/Jugendlichen zumindest in Ansätzen wahrgenommen, so führt dies auf Seiten des Kindes/Jugendlichen dazu, dass es sich mehr und mehr seinem inneren Erleben, d.h., seinen emotionalen Einstellungen, Bewertungen, Wünschen und Zielen zuwendet, sich schrittweise über diese klarer wird und es in diesem Prozess des Sich-Selbst-Verstehens zu neuen Einstellungen und Verhaltensänderungen kommt. In der Sprache des Personzentrierten Konzeptes: es kommt zu unverzerrten, an der Aktualisierungstendenz ausgerichteten Symbolisierungen, d.h. die Person macht im wahrsten Sinne des Wortes *neue Selbst-Erfahrungen.*

In den folgenden Jahren wurde die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen weiter ausdifferenziert. Die „alleinige“ Realisierung der drei Kernvariablen – Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und

[4] Konsistenz im Sinne von Grawe ist „die Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse“ (Grawe, 2004, S. 186).

Empathie – wurde und wird als nicht ausreichend betrachtet. Exemplarisch seien hier vier Positionen aus dem Spektrum der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Therapeut*innen aufgeführt:

- Nach Behr (2012, S. 13) werden „dem Kind zwei Entwicklungsmöglichkeiten angeboten: Es kann im selbstgesteuerten Spiel seine Erfahrungen organisieren und es kann neue Beziehungserfahrungen mit der Therapeutenperson erleben“. Diese neuen Beziehungserfahrungen sind einerseits durch die wertschätzende, empathische Begleitung des Kindes durch die Therapeut*in gekennzeichnet; dabei „weist [das Kind] den Weg“ (ebd., S. 20). Die Therapeut*in „facilitiert“ (ebd.) die inneren Prozesse des Kindes, sie können so symbolisiert und der Bearbeitung bzw. Integration zugänglich gemacht werden. Zum anderen zeigt die Therapeut*in „Interaktionsresonanz“: Diese Interaktionsresonanz „lenkt das Spiel nicht, macht aber die Therapeutenperson als voll präsente, konturierte und reale Person für das Kind erfahrbar“ (ebd., S. 17). Dadurch erlebt „der junge Klient [...] in der Beziehung zur interaktionellen Therapeutenperson eine Beziehung in einer noch nie erlebten Qualität [...] Die Erfahrung einer solchen anderen Beziehungsqualität verändert die Interaktionsschemata, welche die Herkunftsfamilie im jungen Menschen aufgebaut hat“ (ebd.). Behr ist damit sehr nahe am Konzept der „korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung“, die Cremerius (1979) als Kern der psychotherapeutischen Behandlung bezeichnet hat. Die Gestaltung neuer Beziehungserfahrungen für das Kind erfordert eine hochreflexive Haltung – und bewusst steuerndes Handeln – der Therapeut*in.
- Auch Weinberger (2014, S. 261) beschreibt, dass „in der Personzentrierten Kinderpsychotherapie [...] das Kind tiefgreifende neue Erfahrungen [macht] und zwar sowohl auf der Ebene der Beziehung [...] als auch auf der Handlungsebene“. ‚Zusätzlich‘ wird eine Erweiterung beschrieben (Weinberger 2015, S. 43): „Im Kontext des personzentrierten Beziehungsangebots können auch differenzielle Vorgehensweisen zur Anwendung kommen, z.B. ein eingeschränktes Spielangebot [...] oder die Einbeziehung prozessaktivierender Medien, wie Sandspiel, Märchen und Geschichten, körperbezogene Arbeit, die den Selbstexplorationsprozess des Kindes anregen“[5]. Weinberger (2015) arbeitet sehr präzise „Differenzierungsebenen im Personzentrierten Konzept“ (Weinberger, 2015, S. 81) heraus, in denen explizit aktive Handlungsweisen und Interventionen der Therapeut*in – wie: „Nähe und Distanz regulieren, Entwicklungsschritte aufzeigen, Loben und Anerkennen [...] Selbsteinbringen“ (S. 82) – sowie das Anbieten „differentieller Spielangebote“ benannt und systematisiert sind (ebd.).
- Hockel (2011, S. 13) versteht das „Therapeutenverhalten als Partitur“: Jede Äußerung der Therapeut*in entspricht einer „Interventionskompetenz“, die sich vor allem darin ausdrückt, dass die Therapeut*in „in jedem Moment sich fallbezogen Rechenschaft darüber ablegt, welche ‚Taste des Interventionsklaviers‘ sie anschlägt“ (ebd.). Aus der Analyse von videographierten personzentrierten Kinderpsychotherapien extrahierte Hockel eine Vielzahl von – fallbezogen sinnhaften – Handlungsmöglichkeiten, die durchaus prozessaktivierenden oder -aktualisierenden Charakter haben, wie „Insistieren“, „Entscheidungen anregen“, „Wiedergabe von Verhalten“, „Fragen stellen“, „Anregen zum Differenzieren“, „Loben“, „Gestaltung von Nähe“ oder auch „Konfrontieren“ (ebd., S. 16ff).
- Fröhlich-Gildhoff, Maiworm, Riedel, & Steinhauser (2020) haben anhand von Videoanalysen von Therapiesitzungen untersucht, *wie* und *wann* Personzentrierte

[5] Die Prozessaktivierung ist in der Personzentrierten Erwachsenentherapie schon länger etabliert, nämlich in der Emotionsfokussierten Therapie, dem Motivational Interviewing und dem Focusing (s. z.B. Wiltschko, 2002; Gendlin & Wiltschko, 2007)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen auf der Grundlage einer wertschätzenden, empathischen und haltgebenden Beziehungsgestaltung eher (Erlebnis)aktivierend oder eher begleitend-zurückhaltend interagieren. Sie konnten dabei Kriterien für die Interventionsentscheidungen extrahieren, wie die momentane Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen, seine Lebensgeschichte und –themen und den Verlauf des Therapieprozesses; Aspekte sind hier z.B. die Entwicklung des Beziehungsprozesses (Vertrauen, erlebte Sicherheit, Halt, Zumutbarkeit), das Wiederholen/Festhängen in Themen („Stillstand"), die Notwendigkeit, Chaos und Ohnmachtserleben aufzulösen oder immer wiederkehrende, selbstzerstörerische Muster durch haltgebende Grenzen zu stoppen.

Es wird hier deutlich, dass die Gestaltung der therapeutischen Beziehung einerseits ‚für sich' als wesentliches Wirkprinzip steht, andererseits auf dieser Grundlage spezifische Interventionsentscheidungen getroffen werden (müssen), die sich am jeweiligen Kind/Jugendlichen, seinen Selbst-Entwicklungsthemen und seinem intrapsychischen Entwicklungsstand orientieren (s. Kapitel 3.3).

Die hohe Bedeutung der therapeutischen Beziehung als wesentlichem Wirkfaktor im Psychotherapieprozess entspricht den langjährigen Erkenntnissen der (schulenübergreifenden) Psychotherapieforschung. So konstatierten bspw. Grawe, Donati und Bernauer schon 1994 (S. 775): „Wenn man alle je untersuchten Zusammenhänge zwischen bestimmten Aspekten des Therapiegeschehens und dem Therapieergebnis zusammennimmt, dann sind Aspekte des Beziehungsgeschehens diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist". Dieses Ergebnis bestätigte sich in den Folgejahren immer wieder (z.B. Wampold, Imel & Flückiger, 2018, S. 324).

3.2 Diagnostik

Das wesentliche Ziel des diagnostischen Prozesses in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist es zunächst, das innere Erleben des Kindes/Jugendlichen als Hintergrund seiner Weltbegegnung zu *verstehen* und darauf aufbauend die, auf die jeweilige Person bezogenen therapeutischen Intervention(en), v.a. der Interaktionen zu planen. Dabei ist der diagnostische Prozess therapiebegleitend als Kreislaufprozess anzusehen, der zu einem immer tieferen Verstehen und damit passgenauen Begegnungs-Antworten führt:

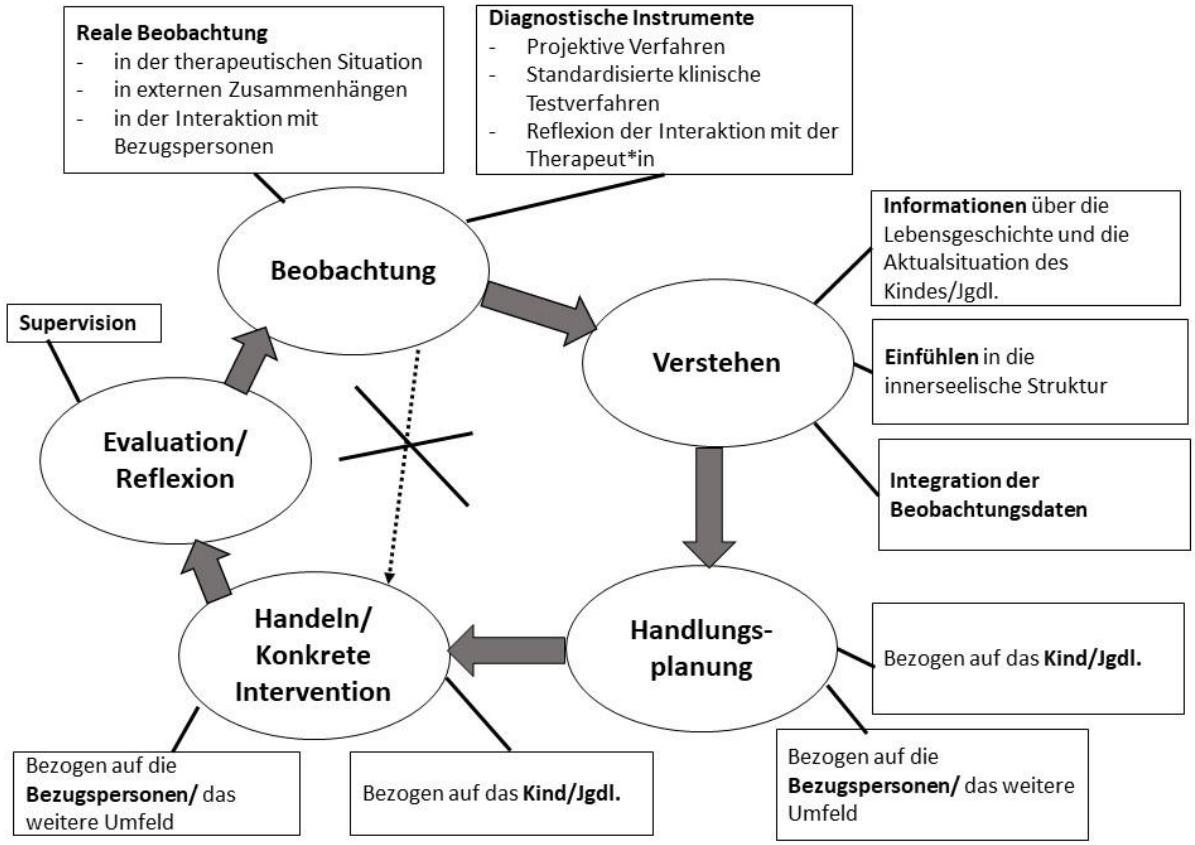


Abbildung 2: Diagnostischer Prozess in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (eigene Darstellung; orientiert an einem Modell von Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse & Tinius, 2020)

Mit dem Prozesscharakter des diagnostischen Vorgehens ist eine Ablehnung einer engen, verkürzten Kopplung von diagnostischen Daten und daraus abgeleiteten Handlungs“anweisungen“ oder -prinzipien verbunden. Auch in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erfolgt eine störungsorientierte Diagnosestellung (orientiert an klassischen Diagnosesystemen) – diese ist aber weniger handlungsleitend als eben das Verstehen des je individuellen Kindes/Jugendlichen.

Dieses Grundprinzip des diagnostischen Vorgehens wurde erstmals von Jürgens-Jahnert (1997) in Grundzügen formuliert und dann später differenziert (z.B. Weinberger, 2015).

Bei der *Beobachtung* steht zunächst das Verhalten des Kindes/Jugendlichen in den therapeutischen Vorstellungssitzungen (Erstkontakte, Probatorik) – besonders im Kontakt mit der Therapeut*in, mit seinen Bezugspersonen – aber auch in Situationen außerhalb des therapeutischen Rahmens (z.B. in der Schule) im Vordergrund. Zusätzlich werden je nach präsentierter Symptomatik und der Notwendigkeit, Hypothesen zur Störungsgenese zu entwickeln, psychologische Testverfahren eingesetzt. Dies sind zum einen die ‚klassischen‘ projektiven Verfahren wie z.B. Sceno-Test (von Staabs, 2004; Lehmkuhl & Petermann, 2014), Familie-in-Tieren-Test (Brem-Gräser, 2020; Kos & Biermann, 1999) oder „Schwarzfuß-Test“ (Corman, 2013). Zum anderen werden standardisierte klinisch-diagnostische Verfahren sowohl als generalisierte (z.B. DISYPS III; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) als auch störungsspezifische Tests (z.B. Kinder-Angst-Test III, Tewes & Naumann, 2016) ebenso wie klinische Interviews (z.B. Kinder-DIPS, Schneider, Unnewehr & Markgraf, 2009) systematisch eingesetzt. Dabei haben Verfahren der dimensionalen Diagnostik (v.a. CBCL, Achenbach &

Rescorla, 2001; dt. Döpfner, Plück & Kinnen, 2014) neben der kategorialen Diagnostik zum Verifizieren von ICD-Diagnosen (z.B. DISYPS, s.o.) eine hohe Bedeutung. Je nach diagnostischer Fragestellung werden zusätzlich Entwicklungs-, Leistungs- und Funktionstests (z.B. zur Intelligenzdiagnostik) eingesetzt. Alle eingesetzten Verfahren differenzieren nach dem Alter der Kinder/Jugendlichen.

In der Anfangsphase muss eine sorgfältige Anamnese – auch durch Befragung der Eltern/Bezugspersonen und ggfls. unterstützende Fragebögen – erhoben werden, um lebensgeschichtliche Daten zum Verstehen und Bilden von Hypothesen zur Störungsentstehung integrieren zu können.

Eine wichtige Bedeutung hat die Unterscheidung von intrapsychischen Strukturstörungen, die entwicklungsgeschichtlich früh entstanden sind und aus deutlicher Vernachlässigung, Benutzung des Kindes oder extrem widersprüchlichen Interaktionen seitens der Bezugspersonen resultieren. Für die Kinder ist es schwer, aufgrund dieser Erfahrungen stabile Selbst-Strukturen aufzubauen, Fröhlich-Gildhoff und Hanne (1996) sprechen hier in Anlehnung an Swildens (1993) von „primärer Inkongruenz“. Im Unterschied dazu sind später entstandene Einschränkungen der Selbst-Aktualisierung und damit verbundene (sekundäre) Inkongruenzen auf dem Hintergrund belastender und nicht/schlecht bewältigbarer Lebensereignisse (z.B. Geburt eines Geschwisterkindes, Trennung der Eltern, Überforderung angesichts der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz) zu erkennen und zu verstehen.

In den ersten (diagnostischen) Sitzungen ist auch abzuklären, ob eine *Passung* zwischen Therapeut*in und Patient*in (Kind/Jugendliche und Eltern/Bezugspersonen) hergestellt werden kann. Ein hilfreiches Modell zum Analysieren der Passung ist das von Orlinsky und Howard (1987), die vier Ebenen herausarbeiteten: a) Passung zwischen den Personen (Therapeut*in – Patient*in=Kind/Jugendliche), b) Passung zwischen Behandlungskonzept der Therapeut*in und der Person der Patient*in, c) Passung zwischen Therapeut*in und Störung und Störungsverständnis der Patient*in, sowie d) Passung zwischen Behandlungskonzept der Therapeut*in und Störung/Störungsverständnis der Patient*in.

3.3 Interventionsebenen und Anwendungsformen

Die konkrete Intervention der Therapeut*in im Rahmen der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern/Jugendlichen – die auch durch situationsbezogenes Nicht-Handeln bzw. Nichtaktivität oder -Direktivität gekennzeichnet sein kann – hat verschiedene Bezugspunkte, die in der jeweiligen Situation handlungsleitend sind und bei der Interventionsplanung und immer bei der Reflexion im Nachhinein berücksichtigt werden sollten (Weinberger, 2015; Behr, Hüsson, Nuding & Wakolbinger, 2014; Fröhlich-Gildhoff, 2006; Fröhlich-Gildhoff, Maiworm, Riedel & Steinhauser, 2020): Dies ist zum einen die jeweilige aktuelle Situation („Hier und Jetzt“) und zum anderen die Lebensthematik (die Inkongruenzen bzw. intrapsychischen Konflikte, die bisherigen zentralen Beziehungserfahrungen, die Ressourcen und Bewältigungsformen usw.) des Kindes/Jugendlichen. Die Therapeut*in hat die Möglichkeit, auf vier Ebenen zu intervenieren – die folgende Differenzierung hat analytischen Charakter; nicht in jeder Intervention sind diese Ebenen trennscharf zu unterscheiden:

- Auf der *Handlungsebene* wird das Beobachtete von der Therapeut*in verbal beschrieben – hier gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, Akzente zu setzen (und z.B. spezifisch ressourcenorientiert zu intervenieren). Die Verbalisierungen des aktuellen Geschehens auf der Handlungsebene machen einen großen Teil der Interventionen aus, wie schon Schmidtchen (1996) beschrieb. Sie sind für die Kinder/Jugendlichen hilfreich, weil sie erleben, dass ein Erwachsener sich für sie interessiert und sie begleitet. Sie stehen im

Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und werden gespiegelt; damit wird an frühe positive Interaktionserfahrungen angeknüpft oder es werden neue Beziehungserfahrungen ermöglicht. Außer den Verbalisierungen ist auf dieser Ebene auch das körperliche Mitgehen, Mitschwingen als Ausdruck der unbedingten Präsenz für das Kind/Jugendliche – auch im Sinne der Interaktionsresonanz – wesentlich. So setzt sich die Therapeut*in mit auf den Boden, wenn sich das Kind setzt, bleibt in seiner Nähe, wenn es den Raum exploriert; er/sie lässt sich auf die Schilderungen des Jugendlichen über seine Freizeitaktivitäten vertieft ein, etc.

- Auf der *Emotionale*n *Ebene* werden die – vielleicht auch nur latent – gezeigten Emotionen verbalisiert (hier wird auf die ‚klassische' klientenzentrierte Methode des „Verbalisierens emotionaler Erlebnisinhalte" zurückgegriffen). Auch auf dieser Ebene hat das Spiegeln an sich eine große Bedeutung, es gibt Resonanz und kann so zur Symbolisierung und intrapsychischen Verankerung der Emotionen führen. Ebenso wichtig ist, dass durch die Verbalisierung die Emotionen auf einer bewussten Ebene verdeutlicht werden; das Kind/die Jugendliche kann sich jetzt damit auseinandersetzen. Mit anderen Worten: Noch nicht ganz dem Bewusstsein zugängliche Emotionen können dem Kind/Jugendlichen durch die Verbalisierungen der Therapeut*in bewusster werden, vom Rande des Gewahrseins ins Gewahrsein gelangen. Es wird dadurch die Fähigkeit, zu mentalisieren und Emotionen zu regulieren unterstützt.

- *Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur*: Hier kann – wenn die Therapeut*in dazu klare Hypothesen hat – der Bezug zum Lebensthema bzw. den „handlungsleitenden Kognitionen" (Kognitive Verhaltenstherapie) oder dem „internal working model" (Bindungstheorie) – hergestellt werden. Es kann „Klärung" i.S. des Grawe'schen Wirkfaktors (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1998) stattfinden. Solche Interventionen setzen präzise Kenntnisse der Biografie des Kindes/Jugendlichen und seiner Lebensbewegungen voraus. Kinder/Jugendliche gehen auf ein derartiges Angebot oft nicht direkt ein, aber auch auf dieser Ebene kann bisher Unbewusstes auf die Bewusstseinsebene gehoben werden.

- *Beziehungsebene*: Interventionen auf dieser Ebene setzen gewachsenes Vertrauen zwischen Therapeut*in und Kind/Jugendlicher voraus. Es wäre auf der Ebene der Realbeziehung bspw. möglich, einem Kind vorsichtig Hilfe anzubieten („Du hast das bisher ganz alleine gemacht und es klappt nicht. Wenn Du möchtest, kann ich Dir ein wenig helfen"). Das Kind könnte Erfolge erzielen, seine Selbstwirksamkeit erhöhen und zugleich die Beziehungs-Erfahrung einer hilfreichen Unterstützung durch einen Erwachsenen machen. Ebenso lassen sich Situationen, die bspw. für eine Jugendliche angstbesetzt sind, vorstrukturieren und ggfls. im Rollenspiel erproben.

  Möglicherweise reproduziert das Kind/Jugendliche zugleich eine „alte" Beziehungserfahrung („Ich muss allein da durch, es gibt niemanden, der mir hilft – und: ich scheitere sowieso"). Diese Erfahrung wird in der therapeutischen Situation reinszeniert; die Wiederholung kann angesprochen werden („Du willst das ganz alleine machen, weil Du die Erfahrung gemacht hast, dass immer keiner da ist, der Dir hilft").

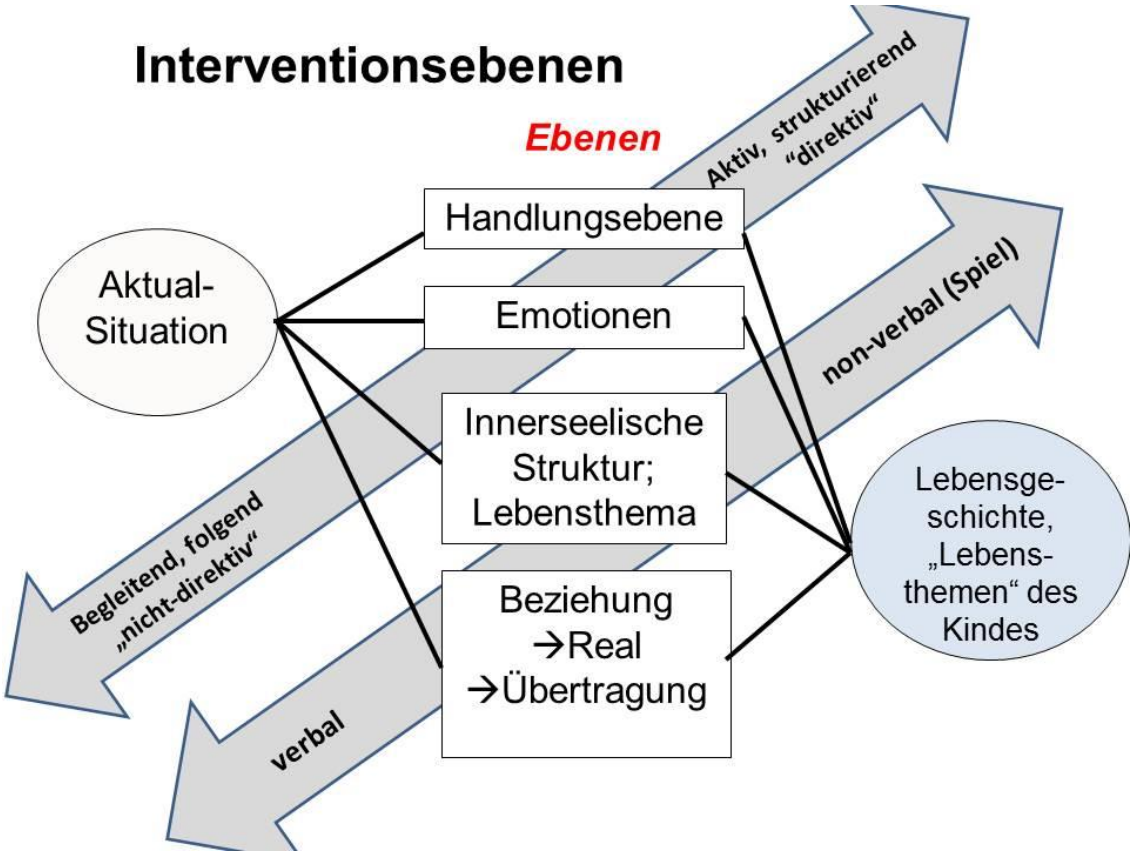


Abbildung 3: Interventionsebenen in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Fröhlich-Gildhoff, Maiworm, Riedel, & Steinhauser, 2020, S. 52)

Bei der ‚Auswahl' einer Interventionsebene ist immer der bisherige therapeutische Prozess zu berücksichtigen: Zu Beginn der Therapie, wenn sich Therapeut*in und Kind/Jugendliche noch nicht gut kennen und Vertrauen wachsen muss, werden Interventionen auf der Handlungs- und der Emotionsebene häufiger sein. Unabhängig davon werden in den Interventionen immer die bisherigen Erfahrungen im wechselseitigen Beziehungs-Prozess Berücksichtigung finden.

Eine weitere Entscheidung muss getroffen werden, ob und wie deutlich die Therapeut*in dem Kind/Jugendlichen in seinen ‚Bewegungen' folgt, sich also eher klassisch non-direktiv verhält – oder ob sie gut begründet und reflektiert aktive, strukturierende Impulse gibt, also direktiv(er) handelt. Bereits Schlippe-Weinberger (2004, S. 10) macht deutlich: „Auch wenn das Kind die Spielführung innehat, kann die Therapeutenperson differenzielle Spielangebote machen, um dem Kind weitere Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten und/oder ein bestimmtes Thema zu vertiefen." Auf diesem Hintergrund lassen sich dann gezielt, begründet und reflektiert auch erlebnisaktivierende Methoden (z.B. gestalterische Impulse, Geschichten, …) oder strukturierende Elemente (Tagebuchschreiben, systematische Selbstbeobachtungsbögen o.ä.) in den Therapieprozess integrieren.

Es wird insgesamt deutlich, dass es *die* richtige bzw. in ihrer Absolutheit perfekte Intervention nicht gibt. Das Handeln der Therapeut*in ist immer auf das jeweilige Kind/Jugendliche bezogen, eben auf die *Person* zentriert. Auf welcher Ebene die Intervention erfolgt, ist vor allem vom Alter und psychischen Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen und vom Stand des therapeutischen Prozesses abhängig. Dabei ist grundlegend noch einmal darauf hinzuweisen, dass *alle* Interventionen auf der Basis der Personzentrierten Grundhaltung, der

auf bedingungsloser Akzeptanz und Wertschätzung beruhenden, von Empathie und Kongruenz getragenen Begegnung erfolgen.

Diese auf die Person und ihren jeweiligen intrapsychischen Stand bezogenen Interventionen finden in den aktuellen Debatten der Psychotherapieforschung Entsprechungen. So bezieht sich bspw. das „kontextuelle Metamodell" von Wampold, Imel & Flückiger (2018) explizit auf die jeweilige Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in - wobei es nicht um ein „willkürliches" oder unsystematisches Handeln der Therapeut*in geht, sondern um begründete, prozessorientierte Abstimmung und Passung[6].

Bedeutung des Spiels

Bei dem Therapieangebot und den Interventionen im Rahmen der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist das (Entwicklungs-)Alter der Patient*innen zu berücksichtigen; für Kinder im Alter bis ca. zwölf Jahre wird das Spiel als eine zentrale Ausdrucksform des/der Patient*in gesehen (Axline, 1947; Weinberger, 2015; Behr, Hüsson, Nuding & Wakolbinger, 2014):

Das Spiel ist der bedeutsamste Erfahrungsraum und *die* Ausdrucksmöglichkeit, die „Sprache" (Zulliger, 1979) des Kindes. „Handlungsebene ist in erster Linie das freie Spiel: Es ist das Medium, in dem das Kind sich vorwiegend ausdrückt und seine innere Wirklichkeit inszeniert. Die Beziehungsmuster und die Beziehung zu sich selbst haben dabei eine herausragende Bedeutung. Dabei sucht sich das Kind immer den für die Erlebnisverarbeitung optimalen Spannungszustand. Im Spiel werden die mit der jeweiligen Situation einhergehenden Gefühle wieder erlebt und so einer Bearbeitung zugänglich gemacht: Konflikte und traumatische Ereignisse werden auf der Spielebene dargestellt, wiederholt und verändert, bis das Kind sie in sein Selbstbild integrieren kann. Indem die Therapeutin die Gefühle des Kindes – sowohl die verbalen wie die nicht-verbalen – empathisch aufgreift, hilft sie dem Kind, sich mit so unterschiedlichen Gefühlen wie Wut, Schmerz, Traurigkeit und Scham wahrzunehmen, sich zu verstehen und damit umgehen zu können. Im Probehandeln werden eigene Lösungen und Antworten gesucht, so wird Vergangenheit bewältigt und Zukunft vorweggenommen" (Weinberger, 2015, S. 42).

Das Spiel und die grundsätzliche Offenheit des Angebots dienen zur Darstellung und zur Bewältigung inneren Erlebens. Zugleich ist die Möglichkeit gegeben, sich und neue Lösungswege zu erproben. Wenn Kinder in der Therapie selber entscheiden können, nutzen sie 95% der Zeit für das Spiel, während die durchschnittliche Sprechzeit – meistens parallel zum Spiel – 20% beträgt (Schmidtchen, 1991).

Das Kind kann sich als selbst-wirksam erleben. Die vielfältigen Materialien im Spielzimmer bieten breite Anregungen, der Raum in seinen Begrenzungen ist zugleich Schutzraum. Dies ermöglicht dem Kind in einer engen Bezogenheit Exploration und Entwicklung von z.B. Strategien zur Regulation.

Die Interventionen der Therapeut*innen erfolgen verbal und auf der Spielebene, sie geben Resonanz auf die Selbst- und Lebensäußerungen des Kindes und ermöglichen ihm die Aktivierung eigener Ressourcen, die innere Klärung und Überwindung innerpsychischer Konflikte und Spannungen (vgl. Abb.3).

Dabei müssen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen immer „Übersetzungsarbeit" leisten: Sie müssen das Kind in seiner spielerischen, symbolhaften Sprache verstehen und

[6] Dazu erscheint allgemein eine komplexe, multimethodale Therapieforschung nötig, um die Prozesse *in* der Psycho-Therapie noch besser abbilden und analysieren zu können (z.B. Orlinsky, 2008; Strauß, 2019).

‚einordnen' und dann wieder verbal oder auf der Spielebene antworten. Das „Übersetzen ist oft gleichbedeutend mit einer Transformation unbewusster Inhalte in Bewusstes, es trägt somit auch zur besseren Verankerung neuer Erfahrungsinhalte bei. Die Therapeut*in bewegt sich also immer auf zwei Ebenen gleichzeitig: einmal auf der Realebene, zum andern auf der Spiel- bzw. Symbolebene. Damit verbunden sind auch mehrere Rollen: Die Therapeut*in ist einerseits ein in der Realität verankerter Erwachsener, der Orientierung bietet, sie ist aber auch immer Spielpartner*in bzw. Mithandelnder*in auf der Symbolebene" (Fröhlich-Gildhoff, Hufnagel & Jürgens-Jahnert, 2004, S. 179). Ebenso ist er/sie immer Real-Partner*in in der Begegnung und zugleich eine Übertragungsfigur.

Die Bedeutung des Spiels nimmt mit dem Älterwerden der Kinder ab, wenngleich auch in der Personzentrierten Psycho*therapie mit Jugendlichen* altersentsprechende Spiele (z.B. Dart, Kartenspiele, Videospiele) sowie kreative Ausdrucksmöglichkeiten (z. B. Zeichnen, Musik) in den therapeutischen Prozess integriert werden können. Das Spiel wird nach und nach abgelöst vom Gespräch, wobei bei Jugendlichen sehr oft deren Aktualsituation und –probleme einen breiten Raum im therapeutischen Gespräch einnehmen. Auf den reflektierten und kriteriengeleiteten Einsatz von erlebnisaktivierenden Methoden wurde schon hingewiesen. Zur Personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen liegen eine Reihe von Publikationen vor (z.B. Weinberger & Papastefanou, 2008; Monden-Engelhardt, 1997 oder Holzer, 2006).

Weitere Anwendungsformen

Gruppenpsychotherapie: Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenspsychotherapie wurde und wird schon seit den 1980er Jahren des vergangenen Jahrhunderts auch als Gruppentherapie durchgeführt. Konzeptionelle Vorreiterin war Ehlers (1981), später erfolgten weitere Beschreibungen und Untersuchungen, z.B. von Lude (1997), Jenny et al., (2006) sowie Jenny und Schär (2010).

Zusammenarbeit mit Eltern und Bezugspersonen: Es gibt eine Reihe von Beschreibungen und konzeptionellen Darstellungen der therapiebegleitenden Zusammenarbeit mit Eltern/Bezugspersonen bei einer Personzentrierten Einzel- oder Gruppen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (z.B. Ehlers, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Behr, 2008). In den unten (Kapitel 3.4) beschriebenen Handlungsleitlinien sind Spezifikationen bzgl. dieser Zusammenarbeit beim Vorliegen der unterschiedlichen Störungsbilder vorgenommen.

Familienspieltherapie und Filialtherapie: Diese beiden Ansätze gehen über die ‚reine' therapiebegleitende Zusammenarbeit mit den Eltern hinaus: In der Familienspieltherapie (Kemper, 1997) spielen Eltern und Kinder gemeinsam und werden von der Therapeut*in wertschätzend und empathisch begleitet. Der Ansatz der Filialtherapie, der in den USA von Guerney (1964, 1976) begründet und im Besonderen von Smith und Landreth (2003, 2004) und Bratton und Landreth (2006) weiterentwickelt wurde, beruht im Grundsatz darauf, dass Eltern oder andere Bezugspersonen zunächst in den Grundprinzipien des Personzentrierten Ansatzes – vor allem der Realisierung der entwicklungsförderlichen Basisvariablen – in der Begegnung geschult werden. Sie realisieren diese dann in (zunächst) festen Zeitfenstern in der Interaktion und Beziehungsgestaltung mit ihren Kindern. Durch diesen Ansatz soll Nachhaltigkeit erzielt werden: Die Eltern werden zu kompetenteren Entwicklungsbegleiter*innen ihrer Kinder. Der in den USA relativ weit verbreitete und empirisch gut untersuchte Ansatz wurde in Deutschland vor allem von Goetze (2009, 2012) vertreten, konnte sich jedoch in der „Breite" bisher nicht durchsetzen.

3.4 Anwendungsbereiche, störungsspezifische Handlungsleitlinien

Schon seit den 1990er Jahren gab es erste, auf einzelne Störungsbilder bezogene Differenzierungen des Personzentrierten therapeutischen Handelns, die Spezifikationen der ursprünglichen Beschreibung als „Breitbandverfahren“ darstellten. Behr, Hölldampf und Steiger (2014, S.14) beschreiben dabei den Entwicklungsschritt: „Sowohl ein störungsspezifisches als auch ein ganzheitliches Verstehen der Person ist hilfreich. Sowohl die Kenntnis störungsspezifischen Wissens um Diagnostik, Indikation und Behandlung sind bedeutend, als auch die Option, die Person als einzigartig in ihrem Sein zu verstehen und bei der Organisation ihrer Erfahrung und Problemlösung zu helfen, ihren individuellen Weg zu finden“.

Ab dem Jahr 2012 wurden dann nach einer breiten Diskussion in den Fachverbänden (VPKJ und GwG) dezidierte *Handlungsleitlinien* der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen abgestimmt und vorgelegt[7]:

- „Angststörungen“: Füßner, Döring, Steinhauser & von Zülow (2012)
- „Depressive Störungen“: Jürgens-Jahnert, Boeck-Singelmann, Monden-Engelhardt & Zebiri (2012)
- „Traumafolgestörungen“: Hüsson, Döring & Riedel (2012)
- „Störungen des Sozialverhaltens“: Fröhlich-Gildhoff & Rose (2012)
- „Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)“: Jürgens-Jahnert, Hollick & Fröhlich-Gildhoff (2015)

Die Handlungsleitlinien folgen einem einheitlichen Aufbau:

1. Erscheinungsbild der Störung
2. Diagnose und Differentialdiagnostik
3. Personzentriertes Störungsverständnis
4. Fallspezifische Therapieplanung
5. Handlungsleitlinien zur therapeutischen Arbeit – altersspezifisch
6. Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen – altersspezifisch
7. Zusammenarbeit mit dem weiteren Lebensumfeld

Dabei sind jeweils wesentliche Elemente – auch und gerade bei der Beziehungsgestaltung – für verschiedene Therapiephasen (Therapiebeginn, mittlere Therapiephase, End-/Ablösungsphase) beschrieben und es erfolgen Differenzierungen für die Altersphasen Kindheit (bis etwa zwölf Jahre) und Jugendliche (z.T. noch weiter unterschieden nach verschiedenen Abschnitten der Adoleszenz) sowie der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen.

Das Behandlungsspektrum der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist nicht auf die o.g. Anwendungsbereiche, für die ausführliche Handlungsleitlinien vorliegen, begrenzt. Über die Handlungsleitlinien hinaus liegen eine Vielzahl von Therapiebeschreibungen und Kasuistiken sowohl für die o.g. Störungsbilder als auch für weitere Symptomkomplexe/Anwendungsbereiche vor (z.B. Ehlers, 1996, für den elektiven Mutismus; Jürgens-Jahnert, 1996, für die kindliche Enuresis; Hockel, 2003, für Zwangsstörungen).

[7] Weitere Handlungsleitlinien, z.B. zu Kindern/Jugendlichen mit starken Bindungsstörungen, sind derzeit in der Abstimmung

3.5 Angaben zu möglichen unerwünschten Wirkungen und Kontraindikationen

Aus den langjährigen Erfahrungen in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – übrigens auch von anderen Verfahren der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – und den entsprechenden Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Kommentierung z.B. Dieckmann, Becker & Neher, 2021) lassen sich Risikofaktoren für den Beginn (oder im Verlauf) einer Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen identifizieren, die im therapeutischen Prozess und im Besonderen bei einem möglichen Therapiebeginn (diagnostische Phase) berücksichtigt werden müssen:

a) Lebensbedingungen des Kindes/Jugendlichen

- Liegen Bedingungen vor, die eine akute Gefährdung des Kindeswohls erkennen lassen ([sexuelle] Gewalt, Vernachlässigung etc. durch die Bezugspersonen)?
- Wie sind die Wohnverhältnisse (fester Wohnort) und die psychische Stabilität der Eltern (z.B. Suchterkrankungen, unbehandelte schwere psychische Erkrankungen) einzuschätzen?
- Sind die Eltern/Bezugspersonen zumindest basal bereit und in der Lage, die Psychotherapie des Kindes/Jugendlichen zu akzeptieren?

In solchen Fällen ist ggfls. die Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen oder/und eine stationäre Betreuung des Kindes/Jugendlichen vorrangiger indiziert als eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und entsprechend zu prüfen.

b) Mögliche Einschränkungen auf Ebene des Kindes/Jugendlichen

- Schwere Suchterkrankung (stoffgebundene oder nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten)
- Akute Psychose (kommt bei Kindern i.d.R. nicht und bei Jugendlichen selten vor)
- Akute Selbstgefährdung/Suizidalität
- Akute Fremdgefährdung, z.B. bei stark eingeschränkten Selbststeuerungsfähigkeiten
- Deutliche körperliche Einschränkungen, z.B. extrem geringes Gewicht/geringer BMI bei Anorexia Nervosa

In allen diesen Fällen ist zu prüfen, ob das Kind/Jugendliche überhaupt eine *ambulante* Psychotherapie [gleich welcher Therapierichtung] beginnen kann oder ob eine stationäre Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychosomatischen Klinik Vorrang hat.

Eine große Bedeutung haben hier die Erstgespräche/probatorischen Sitzungen. Dabei müssen die Risikofaktoren sorgfältig geprüft werden und auch das Kind/Jugendliche und seine Bezugspersonen über mögliche Risiken bzw. unerwünschte Nebenwirkungen aufgeklärt werden. In den Erstgesprächen muss gleichfalls die Passung (s. Kapitel 3.2) zwischen Therapeut*in und deren Behandlungskonzept einerseits und den Störungen und Veränderungswünschen und –motivationen der Patient*in(nen) abgeklärt werden.

4. Ausbildungsstrukturen

In der Anfangszeit der Etablierung der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Deutschland fanden einzelne Kurse, zumeist an Universitäten (z.B. Tausch und Tausch sowie Schmidtchen in Hamburg, Ehlers in Marburg) statt. Eine Systematisierung der Ausbildungsstandards, -curricula und -formen erfolgte im Jahr 1988, als die Gesellschaft

für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (damaliger Titel) e.V. ein verbindliches Curriculum zur Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen verabschiedete und dann auch sog. „Erstausbilder*innen“ qualifiziert wurden.

In den Folgejahren wurden die Ausbildungsstrukturen weiter formalisiert, zur Qualitätssicherung wurden Qualitätskriterien für Ausbilder*innen, auch zur Verlängerung der Zertifikate entwickelt und umgesetzt und der Zusammenschluss von Einzelausbilder*innen in Instituten organisiert.

Die aktuellen *Mindeststandards* zur „Weiterbildung[8] Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen (GwG)“ sind publiziert (https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Mindeststandards_KJ-Psychotherapie_2016.pdf):

Die Weiterbildung dauert mindestens 4 Jahre und umfasst einen Arbeitsaufwand von 1040 Unterrichtsstunden, die sich wie folgt zusammensetzen:

- 690 Unterrichtsstunden mit Ausbilder/-innen, davon:
  - 400 UStd. theoretische Weiterbildung
  - 220 UStd. Weiterbildungssupervision
  - 70 UStd. Selbsterfahrung/Persönlichkeitsbildung
- 300 Unterrichtsstunden in „Eigenverantwortung“, davon:
  - 200 UStd. Therapeutische Praxis, darin enthalten Audio-oder Videodokumentation von mind. 3 Fällen
  - 100 UStd. kollegiale Gruppenarbeit
- 50 Unterrichtsstunden eigene Lehrtherapie bei einem personzentrierten Lehrtherapeuten

Arbeitsformen der Weiterbildung sind:

- Theorieveranstaltungen
- Praktische und methodische Übungen
- Supervision: Ein wichtiges Kennzeichen der gesamten Aus-/Weiterbildung ist die regelmäßige Supervision der Praxis der Ausbildungskandidat*innen; dazu müssen diese ihre Fälle auch als Video-Dokumentation in die Supervision einbringen
- Selbsterfahrung
- Selbststudium der relevanten Literatur
- Lehrtherapie
- Kollegiale Gruppenarbeit

Abschluss: Kolloquium auf der Basis einer von den Teilnehmer*innen verfassten schriftlichen Abschlussarbeit, diese besteht aus Darstellung und theoretischer Reflektion (mündliche Prüfung) von drei evaluierten Therapiefällen.

Es handelt sich um Mindeststandards, die vor allem bzgl. der praktischen Therapiefälle i.d.R. ausgeweitet werden. Bei einer Anerkennung als wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren müssen diese Standards an die je aktuell geltenden Ausbildungsrichtlinien angepasst werden.

Aktuell findet die Ausbildung in verschiedenen Instituten bzw. Ausbilder*innenzusammenschlüssen (z.B. Stuttgart [Leitung: Hüsson/leCoutre], Berlin

[8] Der Fachverband GwG e.V. hatte vor längerer Zeit beschlossen, v.a. aus rechtlichen Gründen den Begriff „Ausbildung“ durch „Weiterbildung“ zu ersetzen.

[Zebiri/Döring], München [Hockel], Weimar/Lahn [Hollick/Fröhlich-Gildhoff]) statt. An einzelnen Universitäten/Hochschulen für angewandte Wissenschaften gibt es Lehrveranstaltungen in Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen/“Spielpsychotherapie“, die sich an der Grundstufe der o.g. GwG-Aus/Weiterbildung orientieren (z.B. Universität Marburg [Hollick], Evangelische Hochschule Freiburg [Rönnau-Böse]). Darüber hinaus werden Elemente der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in staatlich anerkannten Approbations-Ausbildungsinstituten mit einer methodenintegrativen Orientierung gelehrt (z.B. Hessische Akademie für Integrative Psychotherapie [HAIP] Hanau, Sächsisches Institut für methodenübergreifende Psychotherapie [SIMKI] Mittweida).

Aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung arbeiten Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Sie sind jedoch u.a. im Rahmen der Jugendhilfe (Erziehungsberatungsstellen, Psychologische Beratungsstellen, Heimerziehung, …), in Kliniken, der Heil-/Sonderpädagogik/Pädagogischen Frühförderung oder im Bereich der Schulpsychologie tätig. Ein größerer Teil der Absolvent*innen der Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen hat zusätzlich eine Approbationsausbildung in Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie durchlaufen und arbeitet niedergelassen in eigener Praxis.

5. Empirische Absicherung (Wirksamkeit)

5.1 Vorbemerkung zum Stand der Forschung und zur Recherchestrategie

Die Forschung zur Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen hatte in den 1990er Jahren in Deutschland einen Aufschwung, seitdem sind nur wenige Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit des Verfahrens publiziert worden. Im Unterschied dazu werden im angloamerikanischen Raum, vor allem den USA, regelmäßig wissenschaftliche Untersuchungen realisiert – die unten aufgeführte Zusammenstellung der Studien entspricht dieser Situation.

Zur Sammlung von (weltweit) publizierten Studien wurde zum einen eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Psychinfo, Psyndex und PubMed durchgeführt (Stichworte u.a. Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, klientenzentrierte Kindertherapie, - Jugendlichentherapie, non-direktive Spieltherapie, Filialtherapie – und die entspr. engl. Übersetzungen). Zum anderen wurden über den Weltverband (WAPCEPC World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling), das europäische Netzwerk (Netzwerk der Europäischen Vereinigungen für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. pce-europe) und die beantragenden Verbände (GwG, VPKJ) bekannte Wissenschaftler*innen gebeten, ihnen bekannte Studien v.a. zur Wirksamkeit des Verfahrens bei den Antragsteller*innen einzureichen.

Auf diese Weise kam eine Sammlung von ca. 250 Publikationen zusammen, von denen allerdings ein großer Teil entweder themenbezogene Reviews oder Falldarstellungen/Kasuistiken oder Therapieprozessbeschreibungen waren, die den Kriterien an wissenschaftliche Studien, auch an systematische Einzelfallstudien, nicht genügten. Nach dieser ‚strengen‘ Vor-Sichtung blieben 74 Publikationen übrig, die dann mittels der Kriterien[9] des aktuellen (1.2.2022) „Methodenpapiers 2.9“ des Wissenschaftlichen Beirats

[9] „Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien“; S. 32ff des „Methodenpapiers 2.9“

Psychotherapie (https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Methodenpapier.pdf) geprüft wurden. Nach diesem Prüfprozess blieben 38 Studien übrig, die von den Antragsteller*innen als geeignete, den Kriterien des WBP genügende, Wirksamkeitsstudien angesehen wurden. Dabei wurden auch einige wenige Studien als positiv bewertet, die kein Vergleichsgruppendesign realisierten, aber wegen ihrer hohen externen Validität (z.B. als naturalistische Studien in der Versorgungsrealität) (vgl. S. 21 des Methodenpapiers) als Wirksamkeitsnachweis dienen.

Die Einzelstudien wurden dann den „Anwendungsbereichen" des Methodenpapiers zugeordnet. Vier Studien, bei denen „gemischte" Symptomatiken – z.B. internalisierende und externalisierende Störungen oder Angst und Depression infolge von Psychotraumata – auftraten bzw. eine Diagnose nach F 92 gestellt wurde, wurden jeweils zwei Anwendungsbereichen zugeordnet.

Da ein Teil der ausgewählten und vorgeprüften Studien mit zum Teil sehr kleinen Stichproben durchgeführt wurde, wurden die von den Antragsteller*innen auffindbaren Metaanalysen diesem Antrag beigefügt, in denen die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – teilweise unter anderen/ähnlichen Bezeichnungen (Spieltherapie, child centered psychotherapy o.ä.) – auch Gegenstand dieser Metaanalysen war. Die Metaanalysen belegen ebenfalls die Wirksamkeit des Verfahrens anhand der ermittelten Effektstärken und im Vergleich zu anderen etablierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieverfahren.

5.2 Studien, vorgesichtet, geordnet nach Anwendungsbereichen

1. Affektive Störungen (F3); einschließlich F94.1; F53

[1][10] Brent, D.A.,Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. & Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9), 877-885. PMID: 9294380 DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830210125017

[2] Cheng,Y-J. & Ray, D.C. (2016) Child-Centered Group Play Therapy: Impact on Social-Emotional Assets of Kindergarten Children. *The Journal for Specialists in Group Work,* 41:3, 209-237, DOI: 10.1080/01933922.2016.1197350. [eigentlich F 92]

[3] Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L. & Issacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *J.Am.Acd. Child Adolesc. Psychiatry*, 41, 1190-1196.

[4] McArthur, K., Cooper, M. & Berdondini,L. (2012). School-based humanistic counseling for psychological distress in young people: Pilot randomized controlled trial, *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2012.726750

[5] Rhine, T.R. (2000). The effects of a play therapy intervention conducted by trained high school students on the behavior of maladjusted young children: Implications for school counselors. Dissertation University of North Texas.

[6] Siu, A. F. Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy*, *18*(1), 1–12.

[7] Tsai, M.-H. & Ray, D. C. (2011). Play Therapy Outcome Prediction: An Exploratory Study at a University-Based Clinic. I*nternational Journal of Play Therapy*, 20, No. 2, 94–108. [keine

[10] Die Zahlen in eckigen Klammern[1[bzw. {[M1] verweisen auf die Auflistung der Studien im Volltext; doppelt eingeordnete Studien sind nur mit einer/der gleichen Zahl versehen

Vergleichsgruppe, retrospektive Regressionsanalyse, externalis. Und internalis. Verhalten; hohe externe Validität)

2. Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 - F42; F93 und F94.0)

[8] Hüsson, D. (2018). *Kitabasierte Spiel- und Entwicklungsförderung zur Reduzierung psychischer Auffälligkeiten am Beispiel von ängstlichen Kindern.* Köln: GwG-Verlag. (Dissertation an der PH Schwäbisch-Gmünd)

[9] Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2012). Die Wirksamkeit personzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung. *PERSON*, Jg. 16, Heft 1, S.71-83

[keine Vergleichsgruppe, hohe externe Validität, naturalistische Studie]

[10] Li, H. C. W., Lopez, V. & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, *30*(3), 320–332.

[11] Schmidtchen, S. & Hobrücker, B.(1978). Effektivitätsüberprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie bei Kindern aus Erziehungsberatungsstellen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 27, 117-125. [ältere Studie vor 1990]

[12] Shen, Y.-J. (2002). Short-term group play therapy with chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, *11*(1), 43–63.

[13] Stulmaker, H. L. & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, *57*, 127–133.

3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44 - F48)

4. Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55)

5. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)

6. Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)

[14] Costas, M. B. (1998). *Filial therapy with non-offending parents of children who have been sexually abused: Dissertation*.

[15] Kot, S., Landreth, G. L. & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, *7*(2), 17–36.

[10] Li, H. C. W., Lopez, V. & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, *30*(3), 320–332.

[16] Perez, C.L. (1987). A Comparison of Group Play Therapy and Individual Play Therapy for Sexually Abused Children. Dissertation University of Northern Colorado [ältere Studie vor 1990]

[17] Schottelkorb, A. A., Doumas, D. M. & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, *21*(2), 57–73.

[12] Shen, Y.-J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, *11*(1), 43–63.[27]

[18] Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L. & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, *10*(1), 53–83.

7. Essstörungen (F50)

8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)

9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)

10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)

[19] Jones, E. M. (2000). *The efficacy of intensive individual play therapy for children diagnosed with insulin-dependent diabetes mellitus: Dissertation*.

11. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)

12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)

13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)

[20] Beckloff, D.R. (1997). Filial Therapy with Children with Spectrum Pervasive Developmental Disorders. Dissertation University of North Texas. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc277755/ [Autismus-Spektrum-Störungen].

[21] Jenny, B. & Schär, C. (2010). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen - das KOMPASS-Training. *PERSON*, 1, 5-20. *und:* [21a] Jenny, B., Goetschel, P., Schneebeli, M., Köpfli, S. & Walitza, S. (2019). KOMPASS-F - Zürcher Kompetenztraining für Fortgeschrittene für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Ein Praxishandbuch. Kap 7 Evaluation (S. 258-317). Stuttgart: Kohlhammer.

[22] Müller, E. & Donley, C. (2019). Measuring the Impact of a School-Based, Integrative Approach to Play Therapy on Students With Autism and Their Classroom Instructors. *International Journey of Play Therapy*. Vol. 28, No. 3, 123–132. 1555-6824/19/$12.00. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000100. [Einzelfall-Untersuchungen bei Autismus-Spektrum_Störungen]

[23] Salter, K., Beamish, W. & Davies, M. (2016). The Effects of Child-Centered Play Therapy (CCPT) on the Social and Emotional Growth of Young Australian Children With Autism. I*nternational Journal of Play Therapy* , Vol. 25, No. 2, 78–90 1. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000012 [Einzelfall-Untersuchungen bei Autismus_Spektrum-Störungen]

[24] Schottelkorb, A. A., Swan, K. L. & Ogawa, Y. (2020). Intensive Child-Centered Play Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Study. *Journal of Counseling & Development*, *98*(1), 63–73.

14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91, F94.2-F94.9)

[25] Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y. & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, *22*(1), 28–42.

[2] Cheng,Y-J. & Ray, D.C. (2016) Child-Centered Group Play Therapy: Impact on Social-Emotional Assets of Kindergarten Children. *The Journal for Specialists in Group Work,* 41:3, 209-237, DOI: 10.1080/01933922.2016.1197350. [eigentlich F 92]

[26] Dogra, A. & Veeraraghavan, V. (1999). A study of psychological intervention of children with aggressive conduct disorder. Ind. J. Clin. Psychol., 21, 28-32.

[27] Garza, Y. & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with hispanic children: outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, *14*(1), 51–79.

[28] Morrison, M. (2006). *An early mental health intervention for disadvantaged preschool children with behavior problems: The effectiveness of training head start teachers in child teacher relationship training (CTRT): Dissertation*.

[29] Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M.R. & Blanco, P.J. (2006). Quantitative Analysis of long-term child centered play therapy. In*ternational Journal of Play Therapy,* 15(2), pp. 35-58. [keine Vergleichsgruppe, hohe externe Validität]

[30] Naderi, F., Heidarie, A., Bouron, L. & Asgari, P. (2010). The Efficacy of Play Therapy on ADHD, Anxiety and Social Maturity in 8 to 12 Years Aged Clientele Children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinics. *Journal of Applied Sciences*, *10*(3), 189–195.

[31] Packman, B.A. (2002). Group activity therapy with learning disabled preadolescents exhibiting behaviour problems. Dissertation University North Texas. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc3326/.

[32] Ray, D. C., Stulmaker, H. L., Lee, K. R. & Silverman, W. K. (2013). Child-centered play therapy and impairment: Exploring relationships and constructs. *International Journal of Play Therapy*, *22*(1), 13–27.

[33] Rennie, R. L. (2000). *A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems: Dissertation*.

[34] Ritzi, R. M., Ray, D. C. & Schumann, B. R. (2017). Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy*, *26*(1), 33–46.

[35] Schumann, B. (2010). Effectiveness of Child-Centered Play Therapy for Children Referred for Aggression. In J. N. Baggerly, D. C. Ray & S. C. Bratton (Hg.), *Child-Centered Play Therapy Research: The Evidence Base for Effective Practice* (S. 193–208).

[7] Tsai, M.-H. & Ray, D.C. (2011). Play Therapy Outcome Prediction: An Exploratory Study at a University-Based Clinic. *International Journal of Play Therapy*, 20, No. 2, 94–108. [keine Vergleichsgruppe, retrospektive Regressionsanalyse, externalis. Und internalis. Verhalten; hohe externe Validität)

[36] Truax,C.B., Wargo, D.G. & Silber,L.D. (1966). Effects of group psychotherapy with higher accurate empathy and nonpossessive warmth upon female institutionalized delinquents. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 267-274. [ältere Studie, vor 1990]

[37] Wilson, B. J. & Ray, D. (2018). Child-Centered Play Therapy: Aggression, Empathy, and Self-Regulation. *Journal of Counseling & Development*, *96*(4), 399–409.

15. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80 bis F83)

[38] Danger, S. & Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, *14*(1), 81–102.

16. Störungen der Ausscheidung (F98.0, F98.1)

17. Regulationsstörungen/ Fütterstörungen (F98.2)

18. Ticstörungen und Stereotypien (F95 und F98.4)

5.3 Metaanalysen

Im Folgenden sind die Metaanalysen, in die Studien zur Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – z.T. unter verschiedenen Bezeichnungen – einbezogen wurden, entsprechend dem Erscheinungsdatum aufgeführt:

[M1] Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, (2), 129-143.

> In dieser Analyse wurden nur deutschsprachige Studien unterschiedlicher Therapieverfahren verglichen; die Verfahren unterschieden sich nicht signifikant, für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen konnte eine Effektstärke von d= .55 (7 Studien) ermittelt werden.

[M2] 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(4), 376-390. DOI: 10.1037/0735-7028.36.4.376

> In dieser Meta-Analyse ergab sich für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen eine Effektstärke von d= .92 (73 Studien)

[M3] Lin, W. & Bratton, S. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling and Development*, 93, 45-58.

> Lin und Bratton (2015) fanden in der aktualisierten Meta-Analyse bei 52 englischsprachigen Primärstudien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen eine mittlere Effektstärke von d= .47.

[M4] Ray, D.C., Armstrong S.A., Balkin, R.S. & Jayne,K.M. (2015). Child-Centered Play Therapy in the Schools. Review and Meta-Analysis. *Psychology in the Schools*, Vol. 52(2), 107-123. DOI: 10.1002/pits.21798.

> Ray et al. (2015) bezogen 23 Studien, die im schulischen Zusammenhang durchgeführt wurden, in ihre Analyse ein und ermittelten Effektstärken – abhängig von den Ausgangsproblemen/Störungen – zwischen d= .21 und d=.38.

[M5] Jensen, S., Biesen, J & Graham, E. (2017). A Meta-Analytic Review of Play Therapy With Emhasis on Outcome Measures. *Professional Psychology Research and Practice*, 48 (5), 390-400.

> Jensen et al. (2017) berichteten für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen einen moderaten Effekt von d=.44 (100 Studien).

[M6] Nuding, D. (2018). *Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis*. Köln: GwG-Verlag.

> Nuding (2018) fand bei 78 englisch und deutsch-sprachigen Primärstudien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen eine mittlere Effektstärke von d = .51.

Literatur

(ohne die eingereichten Studien und Metaanalysen, diese sind ja im Kap. 5 dokumentiert)

Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood.* Boston: Houghton Mifflin.

Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (2014). Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogen ausgerichtete Verfahren. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 56-63). Wien: Facultas.

Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Behr, M. & Hölldampf, D. (2010). Geschichte der Personzentrierten Kinder und Jugendpsychotherapie, Elternberatung und Familientherapie. *PERSON*, 14(1), 54-61.

Behr, M. (2008). Gezinstherapie en ouderbegeleiding: een handleiding voor interactionele, experiëntiële en persoonsgerichte interventies. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, H. Snijders, & R.J. Takens (Red.), *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 545-565). Utrecht: De Tijdstroom.

Behr, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. überarb. Auflage)(S. 95-122). Göttingen: Hogrefe

Biermann-Ratjen, E-M. (2002). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. überarb. Auflage)(S. 11-34). Göttingen: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2003). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen.* Göttingen: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2002a). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2002b). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.)(1997), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2.(*1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.)(1996). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1.(*1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.

Bratton, S.C. & Landreth, G.L. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT). A 10 Session Filial Therapy Model.* New York: Routledge.

Braun, A.K, Bock., J., Gruss, M., Melmeke, C., Ovtscharoff, W., Schnabel, R., Ziabreva, I. & Poeggel, G. (2002). Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte* (S. 121-128). Stuttgart: Schattauer.

Brem-Gräser, L. (2020). *Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung* (12. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Buber, M. (1983). *Ich und Du* (11.Aufl.). Stuttgart: Reclam.

Corman, L. (2013). *Der Schwarzfuß-Test. Grundlagen, Durchführung, Deutung und Aus*wertung (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Cremerius J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.

Dieckmann, M., Becker, M. & Neher, M. (Hrsg.)(2021). *Faber Haarstrick. Kommentar Psychotherapierichtlinien*. München: Elsevier.

Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2017). *DISYPS III. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III*. Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach*. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Göttingen: Hogrefe.

Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt: Fischer.

Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der Personzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2*. (2. überarb. Aufl.)(S. 340-360). Göttingen: Hogrefe.

Ehlers, B. (1996). Störungskonzept und Behandlung des elektiven Mutismus. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 247-266). Göttingen: Hogrefe.

Ehlers, B. (1981). Die Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern. In H.Goetze (Hrsg.), *Personzentrierte Spieltherapie* (S. 44-63). Göttingen: Hogrefe

Fröhlich-Gildhoff, K., Maiworm, M., Riedel, K. & Steinhauser, H. (2020). Die Aktivität der Therapeut*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Wann ist diese sinnvoll, nötig und „erlaubt“? *PERSON*, 24 (1), 46-59.

Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau-Böse, M. & Tinius, C. (2020). *Herausforderndes Verhalten in Kita und Grundschule* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2017). Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen? *PERSON*, 1/2017, 23-33.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 16(1), 46-58.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychotherapie - Darstellung eines langfristigen Forschungsprojekts (S. 219-231). In J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg*.), Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur.* Bonn: Dt. Psychologen Verlag.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7(1), 42 – 49.

Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In H.-P. Michels & R. Dittrich, R. (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine diskursive Annäherung*. (S. 161-194). Tübingen: DGVT-Verlag.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 3. (S. 293-326). Göttingen: Hogrefe.

Fröhlich-Gildhoff,K. & Hanne, K.(1996). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1*. (S. 297-320). Göttingen: Hogrefe.

Füßner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & von Zülow, C. (2012). Angststörungen - Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 13-31.

Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (2007). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. (3. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Goetze, H. (2012). Familien spielend helfen. Mit der Filialtherapie elterliche Ressourcen stärken. Weinheim: Beltz.

Goetze, H. (2009). *Filialtherapie.* In: M. Behr, D. Hölldampf, D. Hüsson (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen - Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte (S. 78-98).* Göttingen: Hogrefe.

Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Goetze, H. (1981). Personzentrierte Spieltherapie – Grundlagen. In H.Goetze (Hrsg.), *Personzentrierte Spieltherapie* (S. 9-43). Göttingen: Hogrefe.

Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.

Grawe, K. & Fliegel, S. (2005). „Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann“. Klaus Grawe im Gespräch mit Steffen Fliegel. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 37, Heft 3, 690 - 703. (Erstveröffentlichung in: Psychotherapie im Dialog, Heft 2/2005).

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie. Göttingen*, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Grossmann, K. und Grossmann, K.E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Guerney, B., Jr. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28,* 304–310.

Guerney, B. (1976). Filial therapy as a treatment method for disturbed children. *Evaluation, 3,* 34–35.

Hockel, C.M. (2011). *Personzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.

Hockel, C.M. (2003). Angstbewältigung und ein Fall von Zwangserkrankung im Jugendalter. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 3. (S. 203-236). Göttingen: Hogrefe.

Holzer, A. (2006). Jugendliche in der Personzentrierten Psychotherapie. Eine Reflexion der Praxis. *PERSON* 10(2), 164-175-.

Hüther, G. (2004). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 35, (4), 246-252).

Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 16 (1), 59-70.

Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1* (2. überarb. Aufl*.)(S. 35-80)*; Göttingen: Hogrefe.

Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1* (2. überarb. Aufl.) (S. 123-150). Göttingen: Hogrefe.

Jenny, B. & Schär, C. (2010). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen – das KOMPASS-Programm. *PERSON*, 14(1), 5-20.

Jenny, B., Goetschel, P., Käppler, C., Samson, B. & Steinhausen, H.-C. (2006). Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. PERSON, 10(2), 93-107.

Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 19 (2), 81- 103.

Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2012). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), S. 32-45.

Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2*. (S. 225-252). Göttingen: Hogrefe.

Jürgens-Jahnert, S. (1996). Ätiologie und Behandlung der kindlichen Enuresis aus personzentrierter Sicht. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1*. (S. 267-296). Göttingen: Hogrefe.

Kemper, F. (1997). Personzentrierte Familienspieltherapie – am Beispiel einer Familie eines zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2*. (S. 71-134). Göttingen: Hogrefe.

Kos, M. & Biermann, G. (1999). *Die verzauberte Familie. Ein tiefenpsychologischer Zeichentest* (4. Aufl.). München: Reinhardt.

Largo, R. (2017). *Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren*. München: Piper.

Lehmkuhl, G. & Petermann, F. (2014). *Fallbuch Scenotest*. Göttingen: Hogrefe.

Lude, W. (1997). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundhaltung, therapeutisches Handeln und Gestaltungsmöglichkeiten. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2*. (S. 135-156). Göttingen: Hogrefe.

Mischo, C. (2016). Kognitive Entwicklung. In K. Fröhlich-Gildhoff, C. Mischo & A. Castello (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie für Fachkräfte in der Frühpädagogik* (4. vollst. überarb. Aufl.). Kronach: Carl Link.

Mogel, H. (2002). Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1 (2. überarb. Aufl.)(S. 237-258).* Göttingen: Hogrefe.

Monden-Engelhardt, C. (1997). Zur personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2*. (S. 9-70). Göttingen: Hogrefe.

Montada, L. (2008). Grundlagen der Entwicklungspsychologie. Fragen, Konzepte und Perspektiven. In R. Oeter & L. Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S. 3-48). Weinheim: Beltz

Orlinky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58 (9/10), 345-354.

Orlinsky, D. E, Grawe, K., Parks, B. (1994): Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin, A. E. und Garfield, L.S. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy*. Journal of Integrative Eclectic Psychotherapy,* 6(1), 6–27.

Piaget, J. & Inhelder, B. (1983). Die Psychologie des Kindes. Frankfurt: Fischer.

Rauh, H. (2008). Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit. In R. Oeter & L. Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S. 149-224). Weinheim: Beltz.

Reisel, B. (2014). The Clinical Treatment of the Problem Child. CarlRogers als Kinderpsychotherapeut. In In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 35-47). Wien: Facultas.

Riedel, K. (2002). Personzentrierte Kindertherapie bei sexueller Mißhandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2* (2.überarb. Aufl.) (S. 185-209). Göttinge: Hogrefe.

Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Resilienzfokussierte Kinderpsychotherapie. *PERSON* 19 (2), 104-116.

Rogers, C.R. (1961/1991). *Entwicklung der Persönlichkeit* (8. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, C.R. (1959/1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG Verlag

Schlippe-Weinberger, S. (2004). Kindern spielend helfen – spielend leicht? Der Therapeut mit der Pappnase. *PERSON*, 15, 3-10.

Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien.* Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidtchen, S. (1999). Möglichkeiten und Grenzen der klienten- bzw. personzentrierten Spieltherapie mit Kindern. In H. Viquerat (Hrsg.), *Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Diagnostik, Störungsbilder, Therapie* (S. 181-246). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Schmidtchen, S. (1996). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (1996). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1* (1. Aufl.). (S.99-140). Göttingen: Hogrefe.

Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies, S. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! Prozessanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung* 26 (99), 15-23.

Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: BeltzPVU.

Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer Urban.

Schmidtchen, S. (1978). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Smith, D. M., & Landreth, G. L. (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy, 13,* 13–33.

Smith, N., & Landreth, G. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence: A comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy, 12*(1), 67–88.

Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf,J. (Hrsg.)(2009). Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (2. Auflage). Berlin: Springer.

Sodian, B. (2008). Entwicklung des Denkens. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S. 436-479). Weinheim: Beltz

Staabs, von, G. (2004). *Der Scenotest, Beitrag zur Erfassung unbewusster Problematik und charakterologischer Struktur in Diagnostik und Therapie* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Stern, D. N. (1995). Die Repräsentation von Beziehungsmustern, entwicklungspsychologische Betrachtungen. In H. Petzold (Hrsg.), *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung* (S. 193-219). Paderborn: Junfermann.

Stern, D.N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin? *Psychotherapeutenjournal* 15(1), 4-10.

Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.)(2002). *Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer

Swildens, H. (1993). Die psychogene Erkrankung. In J. Eckert (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihrer Störung*, Band 1 (S. 89-97). Köln: GwG-Verlag.

Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.

Tewes, A. & Naumann, A. (2016). *Kinder-Angst-Test-III. Drei Fragebögen zur Erfassung der Ängstlichkeit und von Zustandsängsten bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.

Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen – Einführung in die Personzentrierte Spielpsychotherapie*. (6. völlig überarb. Aufl.). Weinheim: BeltzJuventa.

Weinberger, S. (2014). Kindern spielend helfen – spielend leicht? Der Therapeut mit der Pappnase. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 258-265). Wien: Facultas.

Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.

Wiltschko, J. (2011). *Ich spüre, also bin ich!: Nicht-Wissen als Quelle von Veränderung*. Münster: Monsenstein/Vannerdat

Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W.W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. (S. 231-264). Wien: Springer.

Zulliger, H. (1979). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Stuttgart: Klett-Cotta.