

Verhaltenstherapie und Personenzentrierter Ansatz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Michael Borg-Laufs

1. Entwicklungslinien der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie hat von den ersten Ideen und deren Publikation (Jones, 1924) bis heute eine weite Strecke zurückgelegt. Sie besteht heute aus einem differenzierten Ideengeflecht, wobei viele der Ideen in psychologischem Grundlagenwissen verwurzelt sind. Neben den Fundierungen, die schon zu Beginn der Verhaltenstherapie eine Rolle spielten, werden auch neuere grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse in das verhaltenstherapeutische Denkgebäude integriert.

Zu Beginn wurde in der Verhaltenstherapie auf grundlegendes Wissen über Lernprozesse bei Tieren und Menschen zurückgegriffen. Dieses Wissen wurde in der Psychotherapie angewendet, etwa indem die Erkenntnisse aus Pawlows Experimenten über das Lernen physiologischer Reaktionen in die Therapie objektbezogener Ängste eingeflossen ist. Tatsächlich sind diese sehr früh entwickelten Methoden der Angsttherapie mit Systematischer Desensibilisierung auch heute noch aktuell. Konfrontationsmethoden, die inzwischen natürlich weiterentwickelt wurden, können in der Therapie von Phobien als die therapeutischen Methoden mit der höchsten Effektivität beschrieben werden, sowohl für Kinder (Ollendick & King, 1998) als auch für Erwachsene (Hand, 2006). Obwohl sich das therapeutische Vorgehen weiterentwickelt und differenziert hat, beruht es immer noch auf den grundlegenden psychologischen Prinzipien der Habituation und der klassischen Konditionierung. Im nächsten Entwicklungsschritt der Verhaltenstherapie wurden die Prinzipien der operanten Konditionierung, im Wesentlichen basierend auf den Arbeiten von B. F. Skinner, in die Verhaltenstherapie integriert. Kanfer und Saslow veröffentlichten unter Berücksichtigung der vielfältigen Ergebnisse zum operanten Lernen 1969 einen Artikel, in dem sie zeigten, wie das Verhalten von Patienten daraufhin analysiert werden kann, welche Funktion dieses Verhalten in einer spezifischen Situation aufweist. Die *funktionale Verhaltensanalyse* ist bis heute der Hauptzugang zum Verständnis des Problemverhaltens der Patienten und Patientinnen. Verhaltenstherapeuten und -therapeutinnen versuchen zu verstehen, welche Konsequenzen eines Verhaltens dieses Verhalten zukünftig wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlich auftreten lassen werden.

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die Verhaltenstherapie erheblich verändert durch die Integration der Ideen und Erkenntnisse der kognitiven Psychologie. Forscher wie Bandura (1971) waren die inspirierenden Quellen für die dann „kognitive

Verhaltenstherapie“ benannte Vorgehensweise, die insbesondere durch die Arbeiten von Ellis (1979) und Beck (1979) bekannt wurden. Die Gefühle und Kognitionen der Patientinnen und Patienten wurden bis dahin in der verhaltenstherapeutischen Ideenbildung eher vernachlässigt, da hier das beobachtbare Verhalten im Vordergrund stand. Nun traten sie ebenso in den Mittelpunkt verhaltenstherapeutischen Denkens und Handelns und wurden als eine Art verdeckten Verhaltens betrachtet. Die Probleme der Patienten und Patientinnen wurden als von dysfunktionalen und/oder irrationalen Denkprozessen beeinflusst oder gar generiert angesehen, und diese Kognitionen wurden nun das Objekt therapeutischer Interventionen.

In den folgenden Jahrzehnten kam es zu weiteren wichtigen Fortschritten in der kognitiven Verhaltenstherapie. Fred Kanfer (z. B. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) sorgte mit seinen Arbeiten zu einem Prozessmodell der Psychotherapie für entscheidende Erweiterungen der Perspektiven in der Verhaltenstherapie. Sein Blick galt dem gesamten therapeutischen Prozess, womit er den einseitigen Fokus auf die vielfältigen verhaltenstherapeutischen Interventionsmethoden, die von einer wachsenden Zahl von Forscherinnen und Forschern sowie Praktikern und Praktikerinnen entwickelt wurden, auflöste. Diese spezifischen Interventionsmethoden wurden in ein Prozessmodell integriert, in dem die therapeutische Beziehung, die Motivationslage der Patientinnen und Patienten, der Prozess der Diagnostik und der Zielklärung, die Evaluation therapeutischer Fortschritte und die Erfolgsoptimierung in der Abschlussphase der Therapie genauso wichtig wurden wie die symptombezogenen Interventionsmethoden (vgl. für die Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen Borg-Laufs & Hungerige, 2010).

Aktuelle Entwicklungen in der Verhaltenstherapie, z. B. die dialektische Verhaltenstherapie oder die Schematherapie (Young et al., 2003), in der psychische Grundbedürfnisse (vgl. Borg-Laufs & Spancken, 2010), Emotionen und soziale Interaktionen eine entscheidende Rolle spielen, werden oft zusammenfassend als die „dritte Welle der Verhaltenstherapie“ bezeichnet.

Trotz dieser vielfältigen neuen Entwicklungen basiert Verhaltenstherapie auch heute noch auf den grundlegenden Lernprinzipien und ist in der Grundlagenforschung verhaftet. Kognitive Verhaltenstherapie ist eine sehr effektive Therapiemethode für ein weites Spektrum psychischer Störungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen (Kröner-Herwig, 2004).

2. Verhaltenstherapie und der Personzentrierte Ansatz

Im Personzentrierten Ansatz liegt der Fokus zunächst auf der therapeutischen Beziehung (Rogers, 1951), das empathische Verstehen gilt als die hauptsächliche therapeutische Strategie, mit der Klienten darin unterstützt werden, mehr Selbstakzeptanz zu erreichen. Methodische Differenzierungen, wie sie in der Verhaltenstherapie üblich sind, erscheinen weniger wichtig. In der personzentrierten Spieltherapie mit Kindern wird ebenfalls die therapeutische Beziehung klar in den Mittelpunkt gestellt. Nondirektive therapeutische Vorgehensweisen prägen die Arbeit (Axline, 1947), während in der Verhaltenstherapie ein breiteres Methodenspektrum und eine direktivere Vorgehensweise üblich sind.

Obwohl also große Unterschiede zwischen diesen beiden therapeutischen Ansätzen bestehen, gibt es doch viele Praktiker und Psychotherapieforscher, die diese unterschiedlichen Ansätze pragmatisch miteinander zu verbinden versuchen. Tausch (1994) etwa sieht im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie spezifische Stärken und Grenzen in beiden Ansätzen. Nach seiner Ansicht könnte eine Kombination dieser Verfahren so aussehen, dass therapeutische Prozesse mit einem Schwerpunkt auf personzentrierten Vorgehensweisen beginnen, wodurch eine gute therapeutische Beziehung entsteht, vor deren Hintergrund die Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, angemessene therapeutische Ziele zu finden. Im weiteren Verlauf könnte die Therapie dann einem stärker strukturierten verhaltenstherapeutischen Modell folgen. In seinen Untersuchungen fand er etwa gute Ergebnisse bei einer solchen Kombination von personzentrierten Methoden mit Systematischer Desensibilisierung (einer klassisch verhaltenstherapeutischen Methode zur Behandlung von objektbezogenen Ängsten) bei der Therapie phobischer Patientinnen und Patienten. Auch in der Kinderpsychotherapie argumentierten einige Kolleginnen und Kollegen ähnlich (z. B. Pielmeier, 2008): Personzentrierte Spieltherapie könnte möglicherweise von einer stärkeren Strukturierung profitieren, während sich in der Kinderverhaltenstherapie stärker der Gedanke durchsetzen sollte, dass die Kinder aktive Partner im therapeutischen Prozess sind (Knell, 1993, S. 43). Döpfner (1993) empfiehlt, gar keine strikte Trennung zwischen Therapieschulen mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad therapeutischer Interventionen vorzunehmen. Stattdessen sollte in jedem Einzelfall überlegt werden, wie viel strukturierende Methoden das jeweilige Kind in Abhängigkeit von den vorliegenden Problemen und Bedürfnissen benötigt.

Sowohl in der personzentrierten Psychotherapie für Erwachsene (Sachse, 2003) als auch für Kinder (Schmidtchen, 2001, 2004) wurden Weiterentwicklungen des Personzentrierten Ansatzes vorgestellt, bei denen störungsbildorientierte Methoden in das Vorgehen integriert werden. Sachse integriert kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden in ein personzentriertes Therapiekonzept, um den Patientinnen und Patienten bessere Unterstützung bei der

Klärung ihrer Probleme zu ermöglichen. Er fokussiert dabei auf die maladaptiven Strukturen, die zu emotionalen Problemen führen. Sein Ansatz ist in mancher Hinsicht denjenigen Ansätzen nah, die weiter oben als „dritte Welle der Verhaltenstherapie“ bezeichnet wurden (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Schmidtchen hat seine Überlegungen zu differenzierten strukturierenden Methoden explizit mit lerntheoretischen Befunden und verhaltenstherapeutischen Konzepten begründet. In sein Konzept personzentrierter Spieltherapie integrierte er ein breites Spektrum therapeutischer Methoden, etwa strukturierende Interventionen, Stimuluskontrolle (durch die Auswahl geeigneter Materialien für das therapeutische Spiel), Modelllernen, Reframing und therapeutische Hausaufgaben. Erwünschtes Verhalten der Patientinnen und Patienten sollte im therapeutischen Spiel eingebunden werden (vgl. Mrochen & Bierbaum-Luttermann, 2007).

Es ist völlig klar, dass das Spiel eine außerordentlich wichtige kindliche Aktivität darstellt, die eine besondere Rolle in der kindlichen Entwicklung spielt (Schäfer & Drewes, 2009). Darüber hinaus besteht in der Fachwelt weitgehende Einigkeit, dass die therapeutische Beziehung einen herausragenden Einfluss auf das Ergebnis bei allen psychotherapeutischen Verfahren einschließlich der Verhaltenstherapie hat (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Shirk & Kaver, 2003). Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten haben daher personzentrierte Haltungen (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz) in ihre Vorgehensweise integriert. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012) haben aufbauend auf den grundlegenden Arbeiten von Fred Kanfer aus den 80er Jahren des letzten Jahrtausends aus verhaltenstherapeutischer Perspektive verdeutlicht, dass insbesondere (aber nicht nur) zu Beginn des therapeutischen Prozesses der Aufbau einer gelingenden Therapeut-Patient-Beziehung im Mittelpunkt der Bemühungen stehen muss, und verschiedene Strategien zum Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung vorgestellt. Empathie und radikale Akzeptanz des Weltbildes und der Person des Patienten bzw. der Patientin sind die wichtigsten Vorgehensweisen bzw. Haltungen, um dieses Ziel zu erreichen.

Ähnlich wird inzwischen auch die Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen konzeptualisiert. Arbeiten zum psychotherapeutischen Prozess in der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (Borg-Laufs & Hungerige, 2010) betonen ebenfalls die besondere Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung. So wird in der Kindertherapie das Spiel als bedeutsamer Baustein im Aufbau einer geeigneten Therapeut-Patient-Beziehung betrachtet, aber auch als Möglichkeit, den Aufbau von Änderungsmotivation zu erleichtern und auch als Bestandteil des diagnostischen Vorgehens. Das Spiel erhält damit zwar nicht eine so herausragende Rolle wie im personzentrierten Vorgehen, aber es wird in Diagnostik und Intervention integriert. Es liegen verschiedene Ideen zur Integration unterschiedlicher Therapieschulen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor (z. B. Borg-Laufs,

2004; Schmidtchen, 2001), in denen sowohl personenzentrierte als auch verhaltenstherapeutische (und andere) Ansätze eine Rolle spielen. Nach dem Modell von Schmidtchen (2001) kann der methodische Schwerpunkt in der Kinderpsychotherapie von Fall zu Fall je nach den spezifischen Problemen der Patientinnen und Patienten aus je unterschiedlichen Therapieschulen stammen.

Ein sehr weit entwickelter Ansatz zur Integration von personenzentriertem und verhaltensorientiertem Vorgehen in der Kinderpsychotherapie stammt von Knell (1993; Knell & Dasari, 2009): In ihrer „Cognitive Behavioral Play Therapy“ werden strukturierende und direktive Methoden in ein spieltherapeutisches Vorgehen integriert. Das therapeutische Spiel ist dabei im Gegensatz zum therapeutischen Gespräch das zentrale therapeutische Medium. Das Spiel wird allerdings von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten gelenkt. So wird Lob als Verstärkung für gewünschtes Verhalten im Spiel eingesetzt, was in der non-direktiven spieltherapeutischen Vorgehensweise nach Axline (1947) nicht vorgesehen ist. Wenn Kinder im therapeutischen Spiel Problemsituationen nachspielen, werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Selbstverbalisationen in den Spielsituationen eingesetzt. In dem Sammelband „Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy“ (Drewes, 2009) werden viele verschiedene evidenzbasierte Strategien beschrieben, in denen kognitiv orientierte Interventionen in die Spieltherapie integriert werden, etwa zur Behandlung von Traumata (Hansen & Saxe, 2009), Ängsten (Podell, Martin & Kendall, 2009) oder von aggressivem Verhalten (Lochman, Boxmeyer & Powell, 2009). Mit ihrer Idee des geleiteten individuellen Spiels (GiS) stellt Höfer (2014) genau umgekehrt ein Konzept vor, in dem spieltherapeutische Strategien in ein verhaltenstherapeutisches Therapiekonzept integriert werden. Das Spiel hat hier spezielle Funktionen innerhalb des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieplans, etwa das Ausprobieren alternativen Verhaltens im Spiel, Problemaktualisierung, Erkennen und Verändern dysfunktionaler Denkmuster im Spiel und anderes mehr.

Es gibt somit ganz unterschiedliche Ideen zur Integration von personenzentrierter und verhaltenstherapeutischer Kinderpsychotherapie. In einigen Entwürfen spielen die unterschiedlichen Strategien zu verschiedenen Zeitpunkten des therapeutischen Prozesses jeweils die Hauptrolle (z. B. personenzentrierte Vorgehensweisen zum Beziehungsaufbau; verhaltenstherapeutische Strategien für die Problembewältigung). In anderen Entwürfen steht ein therapeutisches Hauptkonzept im Mittelpunkt (sei es Verhaltenstherapie oder personenzentrierte Therapie), und Aspekte des jeweils anderen Verfahrens werden zur Erreichung bestimmter Ziele in dieses Hauptkonzept integriert. Damit bleibt die Trennung der verschiedenen Vorgehensweisen im Prinzip bestehen, sie werden aber in Abhängigkeit von den speziellen Erfordernissen des Einzelfalles miteinander kombiniert. Auch die zugrunde liegenden theoretischen Konzepte bleiben unterschiedlich. Auckenthaler und Bischkopf (2004) betonen zum Beispiel, dass sich das Verständnis von Empathie und Akzeptanz zwischen Ver-

haltenstherapeutinnen und -therapeuten und personenzentrierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten unterscheidet.

Allerdings ist es vielleicht vor allem eine akademische Übung, diese Unterschiede in den Mittelpunkt zu rücken. Wenn die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu den verschiedenen Zeitpunkten des therapeutischen Prozesses im Vordergrund der Betrachtung stehen, scheint es offensichtlich zu sein, dass in Anbetracht der unterschiedlichen Probleme und Persönlichkeiten der Patienten und Patientinnen manche von ihnen mehr und manche weniger Struktur oder Direktivität benötigen. Es gibt keinen Grund, alle Patientinnen und Patienten in dieser Hinsicht auf die gleiche Weise zu behandeln. Da sich die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Laufe des psychotherapeutischen Prozesses auch ändern, kann es auch bei dem gleichen Patienten dazu kommen, dass er an bestimmten Stellen des therapeutischen Prozesses mehr Führung und Struktur braucht, während zu anderen Zeitpunkten weniger Orientierung bereitgestellt werden sollte, damit der Patient seinen eigenen Entwicklungsweg finden kann.

3. Beispielhafte Integration personenzentrierter Strategien und Haltungen in ein kinderverhaltenstherapeutisches Vorgehen

3.1 Diagnostik

In der Regel muss Diagnostik schon aus pragmatischen Gründen am Beginn des psychotherapeutischen Prozesses stehen. Gleichzeitig ist diese Phase der Diagnostik aber auch der Beginn der therapeutischen Beziehung. Zu Beginn des therapeutischen Prozesses ist das Hauptziel therapeutischen Handelns auch in der Verhaltenstherapie die Etablierung einer guten therapeutischen Beziehung (Kanfer et al., 2012; Borg-Laufs & Hungerige, 2010). Aus der personenzentrierten Therapie stammende therapeutische Haltungen (Empathie, Akzeptanz) sind somit im Sinne des Aufbaus einer geeigneten Therapeut-Patient-Beziehung auch während der Diagnostik wichtig. Gleichzeitig entsteht eine gute Arbeitsbeziehung aber auch dadurch, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin durch seine/ihre Handlungen deutlich macht, dass Therapeut/in und Patient/in im Rahmen des therapeutischen Prozesses unterschiedliche Rollen innehaben. Der Therapeut bzw. die Therapeutin strukturiert die Situation und legt die Rahmenbedingungen der Therapie fest. Beispielsweise sprechen aggressive Kinder erfahrungsgemäß nicht gerne viel über ihr Problemverhalten. Um die Struktur des therapeutischen Kontaktes (im Unterschied zu Alltagskontakten) von Anfang an einzuführen, sollte zu Beginn dennoch z. B. die Frage gestellt werden: „Was denkst Du, warum du hierhin kommen sollst?“. Das sich daran anschließende Gespräch über die problematischen Verhaltensweisen des jungen Patienten kann, wenn deutlich wird, dass es dem Patienten unangenehm ist, darüber zu reden, auch nach

wenigen Minuten vom Therapeuten in andere Richtungen gelenkt werden („Über deinen Streit mit Lehrern und Eltern habe ich ja jetzt schon mal eine Menge erfahren. Das können wir uns im nächsten Termin dann weiter anschauen. Jetzt würde mich vielmehr interessieren, womit du sonst so deine Zeit verbringst ... was machst du gerne?“) und dann auch nach einiger Zeit zum Spiel übergehen. Auf diese Weise wird die therapeutische Situation dem Patienten bzw. der Patientin transparent. Er oder sie erfährt, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin Wert darauf legt, das Problem zu bearbeiten. Gleichzeitig erfährt der Patient bzw. die Patientin aber auch, dass solch ein Gespräch über problematische Verhaltensweisen nicht unangenehm lange und detailliert sein muss und dass seine/ihre Bedürfnisse in der Therapie ebenfalls aufgegriffen werden und breiten Raum erhalten.

Das therapeutische Gespräch und das Spiel mit dem Kind (und seiner Familie) sind die wichtigsten Stationen, um therapierelevante Informationen zu erhalten. Die Durchführung von Tests liefert hingegen immer nur ergänzende Informationen (vgl. Borg-Laufs, 2011). Anders als im Personzentrierten Ansatz werden die diagnostischen Gespräche aber stark von dem Therapeuten bzw. der Therapeutenin strukturiert, denn er oder sie wird hypothesenorientiert fragen, um notwendige Informationen zu erhalten. Auch im Spiel werden im Rahmen der Diagnostik verschiedene Situationen aktiv gestaltet (z. B. als Therapeut/in im Spiel gewinnen oder verlieren), um therapierelevante Beobachtungen machen zu können. Insbesondere bei jüngeren Kindern kann die Verhaltensbeobachtung im Spiel noch fehlende verbal-reflexive Fähigkeiten kompensieren. Das Kind äußert im Spiel konkrete Kognitionen und Emotionen. Stimmungsbeeinträchtigungen können beobachtet und im Zusammenhang mit konkretem Spielverhalten besprochen werden. Außerdem lassen sich aus dem Spielverhalten Ressourcen ableiten.

3.2 Intervention

Im Anschluss an Diagnostik und Zielklärung beginnt in der Verhaltenstherapie die Auswahl, Planung und Durchführung spezifischer Interventionsmethoden. In Abhängigkeit von den spezifischen Problemen des Kindes oder Jugendlichen steht in der kognitiven Verhaltenstherapie ein breites Spektrum an möglichen Methoden zur Verfügung. So können kognitive Methoden wie Selbstverbalisationen oder Sokratischer Dialog eingesetzt werden, Konfrontationsverfahren (Systematische Desensibilisierung; graduierte Konfrontation; massierte Konfrontation), operante Methoden (Response Cost, Time-out), Entspannungsmethoden, Rollenspiele oder weitere Interventionsmethoden. Eine empathische und akzeptierende Grundhaltung wird allerdings bei all diesen Interventionen beibehalten. In einigen Fällen können auch spieltherapeutische Methoden eine große Rolle während des therapeutischen Prozesses spielen. Zum Beispiel dann, wenn der Beziehungsaufbau sich besonders schwierig gestaltet, aber auch, wenn im Spiel therapeutisch wünschenswerte Änderungen ge-

bahnt werden sollen. Sofern ein wichtiges therapeutisches Ziel eine Problemlösung darstellt (im Gegensatz zur Hilfe bei der Problembewältigung), kann eine non-direktive Gesprächsführung mit Kindern, vor allem aber Jugendlichen und Erwachsenen (Eltern), ein wichtiger Beitrag im therapeutischen Prozess sein.

Kognitive verhaltenstherapeutische Methoden in der Kinderpsychotherapie werden manchmal kritisiert, weil sie sehr verbal orientiert sind und teilweise mit der Bearbeitung von Arbeitsblättern usw. an ein schulisches Setting erinnern. Tatsächlich wäre es in verschiedener Hinsicht sinnvoll, häufiger auch in der kognitiven Verhaltenstherapie die zu bearbeitenden Themen stärker in einem spielerischen Setting umzusetzen. Therapierelevante Themen können im Spiel aktualisiert werden. Im Rollenspiel mit Spielfiguren können alternative Handlungsstrategien ausprobiert und bewertet werden. Die möglichen Gedanken der Spielfiguren können im Sinne kognitiver Umstrukturierung besprochen werden. Positives Verhalten kann verstärkt werden. Es können Selbstinstruktionsmethoden im Spiel zum Einsatz kommen. Zudem kann die spielerische Konfrontation mit belastenden Ereignissen einen Beitrag zur Habituation im Sinne der Konfrontationstherapie sein.

Nach meiner persönlichen Erfahrung ist es dann aber sinnvoll, im Anschluss an das Spiel mit dem Patienten bzw. der Patientin zusammen zu erörtern, was denn da im Spiel geschehen ist, und zu überlegen, wie und an welcher Stelle im Alltag die im Spiel gemachten Erfahrungen in das Alltagsleben übertragen werden können. Letztlich fehlt noch einiges an Forschung, um die Effektivität eines solchen stärker spielerischen Vorgehens in der kognitiven Verhaltenstherapie auch zu belegen.

3.3 Ziele von Psychotherapie

Aus einer verhaltenstherapeutischen Perspektive bestehen die Ziele einer Kinderpsychotherapie häufig darin, das von der Familie und dem Kind oder Jugendlichen berichtete Problemverhalten zu reduzieren und erwünschtes Verhalten bei allen Beteiligten wahrscheinlicher zu machen. Dies mag ein Widerspruch zu einer personenzentrierten Sichtweise sein, in der möglicherweise der Persönlichkeitsentwicklung der Patienten bzw. Patientinnen ein weit größeres Gewicht beigemessen wird. Vielleicht ist dieser theoretische Unterschied in der Praxis aber gar nicht so groß. Wir wissen inzwischen aus der Forschung, dass erfolgreiche Verhaltenstherapien nicht nur zu einer Veränderung auf der Symptomebene führen, sondern dass auch andere unspezifischere Veränderungen in den Gefühlen, den Gedanken und dem Wohlbefinden der Patienten bzw. Patientinnen verbessert werden (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Auf der anderen Seite wird das in der personenzentrierten Psychotherapie angestrebte Persönlichkeitswachstum auch Veränderungen im Symptomverhalten nach sich ziehen. So ist der Fokus der Behandlung in den beiden Therapieschulen unterschiedlich, das Ergebnis einer erfolgreichen Therapie kann aber sehr ähnlich sein.

4. Integration oder Schulüberwindung?

Verhaltenstherapie und personenzentrierte Psychotherapie sind neben der psychodynamischen und der systemischen Psychotherapie die großen therapeutischen Verfahren. Jedes dieser Verfahren hat spezifische Stärken und Schwächen. Das Problem bei der Integration der verschiedenen Ansätze sind vor allem die teils großen theoretischen Unterschiede. Praktiker und Praktikerinnen arbeiten häufig mit einer eklektischen Mixtur von Vorgehensweisen, die aus verschiedenen Therapieschulen gespeist sind. In Anlehnung an Grawe (1998) sollte die Zukunft der Psychotherapie aber möglicherweise weniger als Integration bestehender Schulen, sondern vielmehr als Überwindung der bestehenden Therapieschulen verstanden werden. Psychotherapie wäre dann weniger in Traditionen verhaftet, als in den Erkenntnissen sowohl der Psychotherapieforschung als auch der Grundlagenforschung aus Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeitswissenschaft und Medizin.

Da eine solche schulüberwindende Psychotherapie noch nicht weit genug entwickelt ist (insbesondere nicht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), scheint zurzeit die beste Methode der patientenorientierten Psychotherapie darin zu bestehen, die besten Anteile der bestehenden psychotherapeutischen Schulen in Abhängigkeit von den je spezifischen Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen auszuwählen. Der Ansatz der „Cognitive behavioral play therapy“ (Knell) oder des „Geleiteten individuellen Spiels“ (Höfer) könnte ein gutes Beispiel für diese Vorgehensweise sein.

Literatur

- Auckenthaler, A. & Bischoff, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 5, 388-392.
- Axline, V. (1947). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Borg-Laufs, M. (2004). Revolution oder Evolution? Entwicklung einer allgemeinen (Kinder- und Jugendlichen-)Psychotherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. In H.P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 61-88). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. (2011). Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ). Manual für die Therapieplanung. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2010). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Borg-Laufs, M. & Spancken, A. (2010). Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend – Perspektiven für Sozialarbeit und Psychotherapie* (S. 23-38). Tübingen: DGVT.
- Döpfner, M. (1993). Grundlegende Interventionsmethoden und ihre Integration. In M. Döpfner & M. Schmidt (eds.), *Kinderpsychiatrie Vorschulalter* (S. 65-94). München: Quintessenz.
- Drewes, A.A. (Hrsg.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Ellis, A. (1979). *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

- Hand, I. (2011). Exposition und Konfrontation. In M. Linden & M. Hautzinger (ed.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 139-148). Berlin: Springer.
- Hansen, S. & Saxe, G. (2009). Trauma Systems Therapy: A Replication of the model, Integrating Cognitive Behavioral Play Therapy into Child and Family Treatment. In A.A. Drewes (Hrsg.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (S. 139-164). Hoboken, NJ: Wiley.
- Jones, M.C. (1924). A laboratory study of fear. The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (S. 417-444). New York: McGraw-Hill.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Knell, S.M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S.M. & Dasari, M. (2009). CBPT: Implementing and Integrating CBPT into Clinical Practice. In A.A. Drewes (Hrsg.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (S. 321-352). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kröner-Herwig, B. (2004). *Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT.
- Lochman, J.E., Boxmeyer, C. & Powell, N. (2009). The Role of Play within Cognitive Behavioral Therapy for Aggressive Children: The Coping Power Program. In A.A. Drewes (Hrsg.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (S. 179-198). Hoboken, NJ: Wiley.
- Mrochen, S. & Bierbaum-Luttermann, H. (2007). Spieltherapie und Verhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Diagnostik und Intervention* (S. 865-886). Tübingen: DGVT.
- Ollendick, T.H. & King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic an anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (S. 270-378). New York: Wiley.
- Pielmaier, H. (2008). Verhaltenstherapie. In T. Simon & G. Weiss (Hrsg.), *Heilpädagogische Spieltherapie* (S. 95-108). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Podell, J.L., Martin, E.D. & Kendall, P.C. (2009). Incorporating Play within a Manual-Based Treatment for Children and Adolescents with Anxiety Disorders. In A.A. Drewes (Hrsg.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (S. 165-178). Hoboken, NJ: Wiley.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, C.E. & Drewes, A.A. (2009). The Therapeutic Powers of Play and Play Therapy. In A.A. Drewes (Hrsg.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (S. 3-15). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (2004). Beitrag der Klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder zu einer allgemeinen Kinderpsychotherapie. In H.P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 37-60). Tübingen: DGVT.
- Shirk, R.S. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Tausch, R. (1994). Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie – Ergänzung, Kombination und Erweiterung. *Psychologische Beiträge*, 16, 285-299.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.



Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Dipl.-Psych., KJP, PP, Professur „Psychosoziale Arbeit mit Kindern“ sowie Dekan am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein. Dozent und Supervisor in der Psychotherapie-Ausbildung.

Kontakt:
michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de