

Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogen ausgerichtete Verfahren

Michael Behr & Dagmar Hölldampf
Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd,
Deutschland

Tobias Steiger
Ambulante Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Rheinfelden, Schweiz

Therapeutische Leitlinien können multimodal einen Beitrag der personenzentriert-experienziellen Psychotherapie in einer allgemeinen Psychotherapie darstellen. Der vorliegende Beitrag diskutiert die Herausforderung, die therapeutische Leitlinien für psychostrukturelle nicht symptomatologisch orientierte Verfahren darstellen. Symptomatologisches Geschehen wird in der Personzentrierten Psychotherapie als ein Ausdruck struktureller intra- und interpersoneller Konflikte gesehen. Symptome verweisen nicht linear auf Konfliktkonstellation, sie geben nur begrenzt Hinweise auf Störungsursachen und auf ursachenbezogene Behandlungsansätze. Leitlinien konfliktieren in der Personzentrierten Psychotherapie mit dem ganzheitlich-interaktionellen Verständnis der Person und dem Prinzip der Selbststeuerung, können jedoch helfen, das Störungswissen in personenzentriertem Sinne zu nutzen und das empathische Verständnis und somit das Behandlungsangebot für den Klienten zu verbessern.

Schlüsselwörter: klientenzentrierte Psychotherapie, Spieltherapie, Kind, Jugend, Eltern, Familie, Leitlinie

Disorderspecific Guidelines in Child- and Adolescent Psychotherapy — A Challenge for Holistic and Disorderspecific Therapeutic Approaches. Therapeutical guidelines could allegorize a multimodal input of the person-centred-experiential psychotherapy in a generally psychotherapy. The article discusses the challenge to allegorize the therapeutical guidelines for psycho structural, not symptomatological oriented methods. A symptomatological happening in person-centred psychotherapy is seen as an expression of structurally intrapersonal and interpersonal conflicts. Symptoms don't refer linearly to a conflict constellation, they only give limited advice for the causes of the malfunction for symptombased therapies. Guidelines in the person-centred psychotherapy are in conflict with the holistic-interactive understanding of the person and the concept of self-agency. But guidelines can help to use the knowledge about the malfunction in terms of person-centred therapy and therefore to improve the emphatic understanding and also the treatment for the client.

Keywords: client-centered psychotherapy, play therapy, child, adolescent, parent, family, guideline

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Schwerpunkte: Beratung und Psychotherapie, psychosoziale Entwicklungsförderung, Spieltherapie, Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als Gesprächspsychotherapeut und als personenzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche in Stuttgart sowie als Ausbilder der GwG für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Stuttgart. **Dagmar Hölldampf**, Dipl.-Päd. (*1980), arbeitet hauptamtlich in Lehre und Forschung an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd im Fachbereich Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention. Praktisch als Personenzentrierte Kindertherapeutin (GwG) arbeitet sie in Freier Praxis in Stuttgart. Sie ist im Vorstand der GwG und Preisträgerin des ersten Virginia Axline Nachwuchspreises.

Tobias Steiger, lic.phil. (*1963), Fachpsychologe für Psychotherapie und für Kinder/Jugendliche in eigener Praxis in Basel, Leitender Psychologe in der Ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie Kanton Aargau, Rheinfelden (Schweiz), Supervisor und Ausbilder pca.acp
Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Michael Behr, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, 73525 Schwäbisch Gmünd, Oberbettringer Straße 200, Tel.: 07171/983485, E-Mail: michael.behr@ph-gmuend.de

Wir danken Claudia Boeck-Singelmann, Else Döring, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Maria Füßner, Curd-Michael Hockel, Stephan Jürgens-Jahnert, Christiane Monden-Engelhardt und Klaus Riedel für hilfreiche Kommentare zu einer früheren Fassung dieses Beitrages.

Jedes elaborierte psychotherapeutische Verfahren stellt insofern eine generelle Leitlinie des therapeutischen Vorgehens dar, als es mit seinen Lehr-, Hand- oder Materialbüchern Kriterien wie etwa die des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (2010, S. 4) in Deutschland erfüllt: Ein Verfahren verfügt über ein Modell der gesunden und der gestörten Persönlichkeit, eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung, einen darauf bezogenen Katalog von Behandlungsstrategien für viele Anwendungsgebiete und darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung (vgl. auch Kriz, 2001). Störungsspezifischen Denkweisen kommt dabei in Deutschland eine besondere Bedeutung zu. Dies mag an zwei Entwicklungen liegen: am Einfluss behavioral-symptomatologischen Denkens innerhalb der Psychotherapie und am Einfluss somatisch-medizinischer Denkweisen im Gesundheitssystem. Die aus somatisch-medizinischer Sicht sehr plausible Überlegung, dass wirksame Behandlung diagnostisch fundiert und sodann störungsspezifisch erfolge, verführt auch in der Psychotherapie dazu, eine besondere Elaboriertheit anzunehmen, wenn störungsspezifische Behandlungskonzepte bestehen. Als logische Folge werden auch für Wirksamkeitsbelege von Psychotherapieverfahren störungsspezifische Studien bei der Zulassung von Behandlungsverfahren erwartet.

In Österreich und in der Schweiz spielen bis anhin störungsspezifische Überlegungen bei der Zulassung nur eine untergeordnete Rolle. In beiden Ländern sind mehr als ein Dutzend Psychotherapieverfahren aus sehr unterschiedlichen Richtungen staatlich anerkannt. In beiden Ländern ist bis dato nicht absehbar, ob sich der Druck in Richtung behavioral-symptomatologischem Denken erhöhen wird. In Österreich mag die Historie mit einer Vielzahl berühmter Psychotherapeuten und Begründer von Therapieschulen mit ein Grund sein für den vorherrschenden Pluralismus. In der Schweiz sind auch Tendenzen auszumachen, die auf Gegenbewegungen zur Vorherrschaft der Verhaltenstherapie schließen lassen, v. a. aber scheinen sich methodenintegrative Psychotherapieweiterbildungen vermehrt zu etablieren.

Behandlungsverfahren, welche die Person neben ihrer Symptombelastung auch ganzheitlich verstehen wollen, sind besonders herausgefordert, therapeutische Handlungsleitlinien auf störungsspezifische Besonderheiten hin zu differenzieren. Kognitiv-behaviorales Vorgehen richtet seine Denkweisen vornehmlich auf die symptomatologischen Manifestationen seelischer Störungen aus und konzipiert so auch die Interventionen symptomspezifisch. Demgegenüber verorten ganzheitlichere Behandlungsansätze die Ursache seelischer Störungen in der Konstellation der Selbststruktur, in intra- und interpersonellen strukturellen Konflikten, bzw. im systemischen

Eingebundensein der Person. Ihre Interventionen richten sich außer auf die Symptome auch auf die Person als Ganze, also auf ihr Geworden-sein, ihre Beziehungen und auf die Strukturen ihres Selbst. Die Konzepte verorten die Ursache der Störung in nicht direkt beobachtbaren Konstrukten innerhalb der psychischen Prozesse und in den Beziehungen zu bedeutenden Anderen.

Dieser Beitrag diskutiert, wie ganzheitlich ausgerichtete Verfahren, insbesondere das Personenzentrierte, der Herausforderung störungsspezifischer Handlungsleitlinien begegnen können. Er will einen Kontext schaffen für die nachfolgenden vier Beiträge, die zu bedeutenden Störungsbildern in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Handlungsleitlinien zur Diagnostik, Indikation und insbesondere zur Behandlung erstellen: Angst, Depression, Störung des Sozialverhaltens und Traumafolgestörung. Die Mitglieder dieser Autorengruppen gründen dies auf ihre langjährige Erfahrung als personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ausbilder, Supervisoren und Beteiligte an Konzeptentwicklung und Forschung. Sie schufen ein für alle vier Handlungsleitlinien einheitliches Modell der Darstellung:

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

Mit dieser Entwicklungsarbeit setzen die Autoren eine breite Tradition störungsspezifischen Denkens innerhalb des personenzentrierten Denkens fort. Allein zur personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie fand die Bibliographie von Behr und Hölldampf (2009) 85 Fachbeiträge zur Arbeit bei spezifischen symptombezogenen Diagnosen. Auch die bestehenden Wirksamkeitsstudien spezifizieren häufig eine Diagnose laut ICD bzw. DSM oder erlauben zumindest eine solche Zuordnung aufgrund der beschriebenen Symptomatik der Probanden. Tabelle 1 berichtet die von Hölldampf und Behr gefundenen Zuordnungen. Referenzen auf die einzelnen Studien finden sich in Hölldampf und Behr (2011) bzw. Hölldampf, Behr und Crawford (2010).

Aktuellere deutschsprachige Sammelbände mit Beiträgen zur störungsspezifischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, auf die an dieser Stelle verwiesen werden soll, sind die Werke von Boeck-Singelmann, Ehlers, Kemper, Hensel und Monden-Engelhardt (2002a; 2002b), Boeck-Singelmann, Hensel, Jürgens-Jahnert und Monden-Engelhardt (2003), Behr, Hölldampf und Hüsson (2009) sowie Wakolbinger, Katsivellaris, Reisel und Naderer (2010). Ihre Überlegungen, wie personenzentrierte Behandlung für einzelne Störungen optimiert

Tabelle 1. Outcome-Studien der personzentrierten und experienziellen Psychotherapie, zu Diagnosen zugeordnet

Störung mit (ICD-Klassifizierung/ DSM-Klassifizierung)	Anzahl der Publikationen, die die Wirksamkeit von PCE Interventionen überprüfen	Davon: Randomisierte, kontrollierte Studien	Davon: Quasi-experimentelle Forschung	Davon: Unkontrollierte Eingruppen-Studien
Affektive Störungen (F3/296.xx)	4	2	2	0
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4/300.xx; 307.xx; 309.xx)	4	1	2	1
Traumatische Erlebnisse (F43.0–1/309.81)	7	4	3	0
Kritische Lebensereignisse und Anpassungsstörungen (F43.2/309.xx)	6	1	2	3
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5/307.51)	1	1	0	0
Intelligenzminderung (F7/317–319)	7	1	4	2
Entwicklungsstörungen (F8/299.xx)	4	4	0	0
Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9/307.3–313.9)	12	7	4	1
ADHD (F90/314.xx)	2	1	0	1
Verschiedende Probleme	36	12	14	10
Summe	83	34	31	18

werden kann, beruhen auf der Erfahrung sich ähnelnder Entwicklungsverläufe bei den entsprechenden Störungen. Auch die Anforderungen, die an die Behandlung gestellt sind, zeigen störungsspezifische Besonderheiten. Solches Wissen hilft das Behandlungsangebot zu optimieren. Gleichwohl besitzt das Zugleich von ganzheitlichem und vollkommen individuumspezifischem Personverständnis einerseits und das Zurückgreifen auf Störungswissen andererseits eine bewegte Tradition im personzentrierten Konzept.

In den 40er und 50er Jahren provozierte Rogers (der sich in Fragen der Diagnostik sehr gut auskannte, weil er selbst mit einer psychodiagnostischen Testentwicklung promovierte und damit sechsstellige Verkaufszahlen erzielt hatte) die Fachwelt mit dem Vorschlag, auf psychopathologische Betrachtungen und eine psychotherapeutische Diagnostik zu verzichten (1951). Die Person sollte ausschließlich in ihrer subjektiven Wirklichkeitskonstruktion verstanden und in der Therapie beim Verständnis ihrer selbst und bei der Organisation ihrer Erfahrung unterstützt werden. Psychodiagnostische Systeme und Terminologien stellten demgegenüber die Hypothese dar, es gäbe eine

objektive Realität von Psychopathologien. In solche Kategorien sollte nach Rogers Ansicht eine Person nicht gepresst werden. Rogers unterstrich mit seiner Provokation seine Abkehr von einem objekthaften Patienten-Verständnis und einer Reparatur-Psychotherapie hin zu einer Beziehungsorientierung und der Begegnung auf Augenhöhe, was heute in den meisten Therapieschulen als schon fast selbstverständlich angenommen wird.

Heute denken personzentrierte und systemische Konzepte zwar mehr denn je konstruktivistisch, dennoch geht man längst vom Sinn diagnostischer Kategorien aus: Probleme, innere Widersprüche, Beziehungserfahrungen, belastendes Erleben und Verhalten bilden überzufällig spezifische kognitiv-sozial-emotionale Schemata. Erleben und Verhalten der Person funktionieren also nach umschriebenen Mustern, die dann einen Namen und eine ICD Nummer haben. Fachwissen

über diese Phänomene kann die Therapie optimieren: es kann schneller genau das getan werden, was erfahrungsgemäß am besten hilft (Swildens, 1991). Gerade auch Wissen über störungsspezifische psychostrukturelle Konstellationen, wie sie die OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007) oder das Inkongruenz-Inventar (Speierer, 1994) bieten, unterstützt das Verstehen.

Eine mögliche Kehrseite der Herangehensweise durch Beachtung des Fachwissens zu dem was erfahrungsgemäß am besten hilft, könnte dazu führen, dass die Aufmerksamkeit und Präsenz und damit auch die Empathie und Wertschätzung abgelenkt wird vom Individuellen, Besonderen, Einzigartigen des einzelnen Klienten. Die anschließenden Beiträge bedürfen einer besonderen Würdigung, da die Autoren die Herausforderung angenommen haben, störungsspezifische Handlungsleitlinien zu formulieren ohne dabei die individuelle Einzigartigkeit des Klienten zu missachten.

Störungsunspezifisches Vorgehen wird auch von eher orthodox ausgerichteten Vertretern des personzentrierten Ansatzes wie Landreth (2002) oder den Cochran's (2010) favorisiert. Dem gegenüber ging vor allem Speierer (1994) mit seinem

Differentiellen Inkongruenzmodell (DIM) einen bedeutenden Schritt zur Verbindung klassisch ganzheitlicher personenzentrierter Sichtweisen mit störungsspezifischen. Dies taten auch Autoren wie Finke und Teusch (1991), Finke (1994; 2009), Swildens (1991) oder Eckert, Biermann-Ratjen und Höger (2006). Die einer Störung zugrunde liegende Inkongruenz differenziert zu beschreiben muss der Ansatz jeder störungsspezifischen Betrachtung aus personenzentrierter Perspektive sein. Welche besonderen Formen von Inkongruenz können wir in Verbindung mit bestimmten Störungen erkennen? Aus solchen Überlegungen leiten sich weitere Fragen zur Diagnostik, Indikation und Intervention ab.

Dieser Ansatz wird von den vier folgenden Beiträgen entscheidend weitergeführt. Insofern kann es deren Autorengruppen hoch angerechnet werden, dass sie zu vier der bedeutendsten Störungsbildern: Angst, Depression, Traumafolgestörung und Störung des Sozialverhaltens Handlungsleitlinien erstellen, die nach Altersgruppen differenziert sind und die zudem die Besonderheiten der begleitenden Elternberatung darstellen. Die vier hier folgenden Beiträge schaffen so eine allgemeine, systematische, altersgruppenspezifische und zusätzlich auch auf die Bezugspersonen hin spezifizierte Konzeptdarstellung zur Behandlung. *Sie gipfeln je in Konzeptbildungen zu störungsspezifischen Inkongruenzkonstellationen.* Damit verkörpern diese

vier Arbeiten eine innovative Entwicklung personenzentrierten Denkens. Sie entwerfen so umfassende und konsistente Behandlungskonzepte, in denen Inkongruenz als das zentrale personenzentrierte Krankheitsparadigma störungsspezifisch ausdifferenziert wird und aus diesem Grundverständnis die Behandlungspraxis spezifisch abgeleitet wird. Damit führen sie die personenzentrierte Entwicklungs- und Störungstheorie auch auf theoretischer Ebene weiter: sie entwerfen ein Modell zur Struktur psychischer Prozesse, das nunmehr auch konkrete störungsspezifische Entwicklungs- und Heilungsprozesse umfasst.

Störungsspezifisches Denken und die Bewertung von Psychotherapieverfahren

Wenn Psychotherapieverfahren vergleichend betrachtet werden, löst dies in der Regel Dissens über deren Bewertung aus. In Deutschland gingen die gesundheitspolitischen Gremien dieses Problem auf zwei Ebenen an: der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) betrachtet vier Verfahren als wissenschaftlich anerkannt und damit als approbationswürdig: psychodynamische (wobei bei diesen Verfahren bisher keine Prüfung nach Studienlage erfolgte), kognitiv-behaviorale, personenzentrierte und systemische Psychotherapie. Der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (GBA), das Gremium welches in Deutschland über die sozialrechtliche

Tabelle 2. Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren im Vergleich: Ansatz, deutsche gesundheitspolitische Bewertung und Wirksamkeitsnachweise

Therapeutisches Paradigma	Therapeutische Rationale	Hauptinterventionen	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP): Anerkennung zur Approbation	Gemeinsamer Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (GBA): Kostenübernahme Krankenkassen	Wirksamkeits-Studien zur Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie (Verschiedene Datenquellen, nicht direkt vergleichbar)
Psychodynamische Ansätze ^a	Bewusstwerdungsprozesse, Ausgleich zwischen Es und Über-Ich. Stärkung der Ich-Funktionen	Deutung unbewussten Materials, Empathie in Ich-Funktionen	Ja	Ja	9 (Stand Weisz et al., 1995)
Kognitiv-behaviorale Psychotherapie	Verlernen und Lernen neuen Verhaltens. Kognitive Umstrukturierungen	Verstärkungspläne, Umlernen von Verhalten und Denken	Ja	Ja	197 (Stand Weisz et al., 1995)
Personenzentrierte Psychotherapie ^b	Klärung emotionalen Erlebens, Befreiung der Selbst-Erfahrung von sozialen Bewertungen	Einfühlung in Erleben, neue Beziehungserfahrungen	Ja	Nein	83 (Stand Hölldampf & Behr, 2010)
Systemische Psychotherapie	Veränderungen in Routinen des sozialen Netzwerkes und des Denkens	Fragetechniken, Verschreibungen und Übungen	Ja	nein	55 (Stand Retzlaff et al., 2009)

a Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sind hier subsummiert.

b Die Bezeichnung in Deutschland lautet Gesprächspsychotherapie.

Anerkennung bestimmt, also darüber welche Therapieformen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, benennt hierfür nur zwei Verfahren: psychodynamische und kognitiv-behaviorale Psychotherapien. Metaanalysen und große Vergleichsstudien, wie etwa die sehr umfassenden britischen Studien von Stiles u. a. (2006, 2007) konnten dabei belegen, dass alle Therapieverfahren gleich wirksam sind, sogar unabhängig davon, ob sie in Reinform oder integriert mit anderen Verfahren durchgeführt werden. Tabelle 2 bietet eine Übersicht zu den vier wissenschaftlich anerkannten Verfahren.

Kognitiv-behaviorale Psychotherapie. Aufgrund ihrer symptomatologischen Ausrichtung kann sie sowohl Leitlinien als auch störungsspezifische Wirksamkeitsstudien in großer Zahl vorlegen. Die von Weisz et al. schon 1995 gefundenen 197 Studien dürften heute auf weltweit um die 1000 Studien angewachsen sein, wie informell kursorische Recherchen nahelegen. Schon im deutschen Sprachraum existieren verschiedene Leitlinien-Sammlungen, etwa das Lehrbuch der Verhaltenstherapie Bd. 3, Störungen im Kindes- und Jugendalter (Schneider & Margraf, 2009), das Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (Borg-Laufs, 2007) oder die Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Buchreihe im Hogrefe Verlag mit derzeit (Stand Frühjahr 2012), 15 Bänden, zum Beispiel: Ihle, Groen, Walter, Esser und Petermann (2012). Allerdings gibt es auch in der Verhaltenstherapie Ansätze zum störungsübergreifenden Verständnis der Person (Borg-Laufs, 2011).

Psychodynamische Therapien betonen, dass intra- und interpersonelles Konfliktgeschehen zu sehr unterschiedlichen Symptomen führen kann. Typisierungen des Konfliktgeschehens lassen sich nicht linear auf manifeste Symptome abbilden. So finden sich zum Beispiel in Rudolfs (2010) Überlegungen zur psychodynamischen Behandlung keine diagnosespezifischen Leitlinien sondern die Unterscheidung von „konfliktbedingten“, „strukturbedingten“ und „posttraumatischen“ Störungen.

„Bei all dem ist der Psychoanalyse monokausales Denken fremd, vielmehr sind Vorstellungen von „Ergänzungsreihen“, von anlagebedingt zu umweltbedingt, von der Pathogenität äußerer traumatischer Verhältnisse zur Entstehung von Störungen allein durch konflikthafte unbewusste Fantasien ausschlaggebend. In der psychoanalytischen Krankheitslehre gibt es *keine feste Zuordnung von Symptomen zu einer bestimmten Ätiologie*. Zum Beispiel kann eine Zwangssymptomatik die letzte Bastion von einer Psychose und damit das höchste erreichbare Niveau der Persönlichkeitsorganisation darstellen oder eine vorübergehende Regression auf neurotischem Persönlichkeitsniveau sein“ (Oberlehner, 2011, S. 49).

Systemische Therapie. Auch sie befasst sich sowohl mit generellen als auch mit symptom-spezifischen Vorgehensweisen (Schweitzer & von Schlippe, 2007) „Traditionell nimmt die systemische Therapie eine kritische Position zu Diagnosen ein. [...] Diagnosen sind soziale Konstruktionen von Wirklichkeit“ (Retzlaff, 2010, S. 87). Da nicht das „gestörte“ Kind, sondern das System, bzw. die Familie der Patient ist (Hinsch,

Brandl-Nebehay & Steiner, 2011, S. 410) sind die Kommunikationsformen in der Familie zu verändern (S. 411). Die systemische Therapie macht mit ihrer Denkweise plausibel, warum neben der Betrachtung von Symptomen störungsübergreifend die Veränderung der Familienstruktur und -kommunikation handlungsleitendes Ziel ist.

Personzentrierte Therapie. In diesem Spannungsfeld bewegt sich auch die personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Erleben und Verhalten des jungen Menschen wird als Folge von Inkongruenz zwischen den Erfahrungen des Organismus und dem Selbstkonzept verstanden (Rogers, 1990, dt. 1987, Orig. 1959; Eckert, Biermann & Höger, 2006). Die bedeutendsten Spannungen entwickeln sich zwischen den elterlichen Bewertungen des Kindes und den emotional-motivationalen Erfahrungen seines Organismus. Auffälligem Erleben und Verhalten wird vor diesem Hintergrund sowohl auf symptomatologischer als auch auf ganzheitlicher Ebene Bedeutung beigemessen. Eine verfahrensspezifische personzentrierte Diagnostik (vgl. auch Jürgens-Jahnert, 1997) identifiziert dabei strukturelle Aspekte der Persönlichkeit wie:

- Die Bewertungsbedingungen, die das Kind im Elternhaus erlebt.
- Seine organismischen Erfahrungen, solche die erlebbar und solche die unterschwellig sind.
- Die Facetten seines Selbstkonzeptes.
- Die Inkongruenzkonstellationen zwischen Bewertungsbedingungen und organismischen Erfahrungen und insgesamt zwischen den sozial-emotionalen Schemata des Kindes.

Eine solche Diagnostik erlaubt ein ganzheitliches Verständnis der Person und ihres Beziehungsnetzwerkes. Analysen, in welcher Weise beispielsweise eine Trennungs-/Scheidungssituation der Eltern das Kind berührt, ist in diesem Denken ebenso bedeutend wie ein störungsspezifisches Verständnis, das die von dieser Lebenssituation mitbedingten Symptome betrachtet. Das symptomatologische Geschehen wird als ein Ausdruck von Inkongruenz gesehen; es verweist nicht linear auf eine Konfliktkonstellation, d. h. verschiedene Symptome können Ausdruck ähnlicher Konfliktkonstellationen sein – und verschiedene Konfliktkonstellationen können ähnliche manifeste Symptome hervorrufen. Symptome geben so nur begrenzt Hinweise auf Störungsursachen und auf ursachenbezogene Behandlungsansätze.

Demzufolge gibt es eine Vielzahl von personzentriert-experienziellen Lehrbüchern und Konzeptdarstellungen, die – mit unterschiedlichen Schwerpunkten – sowohl bestimmte Störungen und Problemkonstellationen betrachten als auch störungsübergreifende Handlungsleitlinien einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darstellen. Publikationen im deutschen Sprachraum umfassen Baumgärtel

(1975), Behr (2012), Goetze und Jaede (1974), Goetze (2002), Hockel (2011), Schmidtchen (1976, 1989, 1996), Tausch und Tausch (1956), Weinberger (2005), Weinberger und Papastefanou (2008), im englischen Sprachraum Axline (1947), Boy and Pine (1995), Carmichael (2006), Cattanach (1994), Cochran, Nordling and Cochran (2010), Geldard and Geldard (2002; 2005), Giordano, Landreth and Jones (2005), Jennings (1993), Landreth (2002), Moustakas (1953, 1959), Norton and Norton (2002), Smyth (2013), West (1996), Wilson and Ryan (2006).

Argumente für ein symptomorientiertes und ganzheitliches Verständnis der Person aus der empirischen Forschung

Ein solches breites Verständnis der Person erfährt insbesondere durch das Phänomen der hohen Komorbiditäten und Mehrfachdiagnosen in der Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Unterstützung. Häufig treten mehrere Symptomgruppen gleichzeitig auf, zum Beispiel bei Hyperkinese zu 47 % auch Dissozialität, oder bei Depression zu 40 % Angst (Ihle & Esser, 2002; Angold, Costello & Erkanli, 1999). Auch bei den Diagnose Screening-Instrumenten, etwa der Diagnose Checkliste DISYPS-II von Döpfner, Görtz-Dorten und Lehmkuhl (2008) oder dem diagnostischen Interview DIPS-KJ von Schneider, Unnewehr und Margraf (2009) kommt es zu recht hohen Korrelationen zwischen Störungsbildern. Darin liegt ein Hinweis, dass neben der Ebene der manifesten Symptome ein generelles Störungsgeschehen imponiert. Das relativiert auch auf empirischer Ebene die Bemühungen aufgrund von klassifizierenden ICD-Diagnosen störungsspezifisch zu behandeln und unterstützt den Sinn auch ganzheitlicher Sichtweisen: 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 ihr bei der Organisation ihrer Erfahrung und Problemlösung zu helfen, ihren individuellen Weg zu finden.

Die Herausforderung störungsspezifischer Konzepte für die personenzentrierte Therapie

Das Zugleich dieser Zugänge stellt für die personenzentrierte Sicht auf den Menschen eine besondere Herausforderung dar. Sie kreierte ein Alleinstellungsmerkmal personenzentrierter Psychotherapie mit ihrer Forderung, die Person *ganzheitlich und vollkommen individuell* zu verstehen und nicht in diagnostische Schubladen einzusortieren. Rogers (1961) Sicht der Entwicklung der Person hin zu einem kongruenten Selbst trotz des Rahmens von bewertenden sozialen Netzwerken eröffnet dabei weitaus mehr als nur eine klinische Perspektive: In Korrespondenz mit sozialpsychiatrischen Sichtweisen verbindet sie die klinische Betrachtung der Person mit einem interpersonalem (Mearns & Cooper, 2005; Schmid, 2008), spirituellen

(Leijssen, 2008), existentiellen (Cooper, 2003), systemischen (Kriz, 2004) oder politischen (Schmid, 2012) Verständnis des menschlichen Seins. Dieser Ideenhorizont mag verdeutlichen, wie dramatisch eine nur symptomatologische Betrachtung von Kindern, Jugendlichen und Familien zu kurz griffe.

Auch das personenzentrierte Prinzip in der Behandlung legt nicht gerade ein symptomorientiertes Vorgehen nahe. Rogers Evidenzerlebnisse als Jugendtherapeut und Erziehungsberater (Rogers, 1939; Kirschenbaum, 2007) führten zur Konzeptualisierung des Prinzips des selbst-gesteuerten Wachstums und dem Axiom der Aktualisierungstendenz (Cornelius-White & Kriz, 2008). Theoretische Fundierung, Forschungsergebnisse und die Erfahrungen der Therapiepraxis zeigen, dass Therapien vor allem dann wirksam sind, wenn das Kind neue passgenaue Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Person zu Person im Rahmen der therapeutischen Kernbedingungen Akzeptanz, Empathie und Kongruenz machen kann. Diese immer wieder neu diskutierte Ausrichtung (Levitt, 2005) bildet bis heute ein Alleinstellungsmerkmal personenzentrierten Vorgehens und erfuhr empirische Unterstützung vor allem auch durch die Arbeiten von Bohart (2004; Bohart & Tallman, 1999).

Störungsspezifische Handlungsleitlinien können mit diesem Prinzip konfliktieren. Sie identifizieren symptom-basiert Probleme und Entwicklungsaufgaben für den jungen Menschen, an denen sich die Therapie entlang zu arbeiten hätte. Dem steht entgegen, dass im personenzentrierten Paradigma nur der junge Klient selbst – auf dem Boden der in ihm wirkenden Aktualisierungstendenz – die jeweils virulenten Entwicklungsthemen und Selbstklärungen identifizieren kann. Diese agiert und bearbeitet er in der Interaktionserfahrung mit der Therapeutenperson: Er organisiert seine Erfahrung und erlebt neue, das Selbsterleben verändernde Beziehungserfahrungen (Behr, 2012). Dieser Prozess vollzieht sich natürlich nur begrenzt entlang einer symptom-umschreibenden Diagnose. Es ist zwar kein Zufall, dass bestimmte Symptome entstanden sind, und sie können Hinweise auf spezifische Potentiale zu Selbstentwicklung geben. Dennoch folgt das personenzentrierte Behandlungskonzept den vom jungen Klienten gewählten Entwicklungswegen. Punktuelle Ausnahmen davon wurden zuletzt diskutiert bei der Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen (Fröhlich-Gildhoff, 2009) und bei besonderen Fällen posttraumatischer Therapie (Hüsson, 2008).

Die verbleibende Herausforderung: multimodale Leitlinien Leitlinien, die für Patienten ein optimales Hilfeangebot konzipieren, müssen vor allem verfahrensübergreifend gedacht sein. Nichts ist auf der Ebene der psychotherapeutischen Praxis blockierender, als Schulstreits und ein Festhalten an verfahrensspezifischen Vorgehensweisen, wenn andere bzw. kombinierte Interventionen für den Patienten eine bessere Prognose hätten. Auf der Ebene der Versorgungspraxis arbeiten heute die

meisten Behandler, Hilfeinrichtungen und Kliniken methodenverbindend. Damit nehmen sie eine Vorreiterstellung ein gegenüber verfahrenstreuen Forschungs- und Entwicklungsprojekten. Diese folgen in Deutschland (nicht aber in Österreich und der Schweiz; s. o.) allerdings gesundheitspolitischen Vorgaben, wonach Wirksamkeitsnachweise, Ausbildungen und die Abrechnung der Behandler bei den Krankenkassen verfahrensspezifisch zu erfolgen haben. Ungeachtet der aktuellen politischen Situation in den drei deutschsprachigen Ländern sind die in diesem Heft publizierten Handlungsleitlinienartikel ein Plädoyer für Pluralismus und Methodenintegration, sei es um zur Vielfalt zurückzufinden, sei es, um sie zu bewahren.

Vielleicht kann die Entwicklung von störungsspezifischen und verfahrensverbindenden Handlungsleitlinien auf dem Boden praktischer psychotherapeutischer Arbeit gesundheitspolitischen Abschottungskämpfen ein berechtigtes Patienteninteresse entgegensetzen. Es scheint noch ein weiter Weg dahin zu sein. Immerhin formulieren die Leitlinien-Bücher der Hogrefe-Reihe den Anspruch der Multimodalität, wenngleich sie ihn nur begrenzt ausfüllen mit ihrer stark verhaltenstherapeutischen und psychiatrischen Orientierung. Insofern demonstrieren die folgenden vier Handlungsleitlinien personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Elternarbeit nicht nur in sich stringente Konzepte, sondern insbesondere den Beitrag, den personenzentriert-experienzielle Psychotherapie auch störungsspezifisch gedacht im Rahmen einer allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1998; Schmidtchen, 2001; Gahleitner, Fröhlich-Gildhoff, Wetzorke & Schwarz, 2011) geben kann.

Literatur

- Angold, A. Costello, E. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–89.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hg.) (2007). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ). Göttingen: Huber.
- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Baumgärtel, F. (1975). *Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Behr, M. (2009). Constructing Emotions and Accommodating Schemas: A model of self-exploration, symbolization, and development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8 (1), 44–62.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2009). Systematische Bibliographie zur personenzentrierten Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 340–365). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2011). Wachsen und sich verändern – Ein interaktionelles und schematheoretisches Modell zu Veränderungsprozessen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula, (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 39–64). Norderstedt: Books on Demand.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsön, D. (Hrsg.) (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002a). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002b). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 2: Anwendung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2003). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohart, A. (2004). How do clients make empathy work. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3(2), 102–116.
- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington DC: American Psychological Association.
- Borg-Laufs, M. (Hrsg.) (2007). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2011). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Boy, A. V. & Pine, G.J. (1995). *Child-centered counseling and psychotherapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Carmichael, K.D. (2006). *Play Therapy: An Introduction*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.
- Cattanach, A. (1994). *Play Therapy. Where the Sky meets the Underworld*. London: Jessica Kingsley.
- Cochran, N.H, Nordling, W.J., & Cochran J.L. (2010). *Child-Centered Play Therapy. A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Cooper, M. (2003). Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(1), 43–56.
- Cornelius-White, J. H. D. & Kriz, J. (2008). The formative tendency: Person-centered systems theory, interdependence and human potential. In B. Levitt (Ed.), *Reflections on human potential: Bridging the person-centered approach and positive psychology* (pp.116–130). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). *DISYPS-II, Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II*. Bern: Huber.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen E.M. & Höger, D. (Hrsg) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Finke, J., & Teusch, L. (Hrsg.) (1991). *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2009). *Gesprächspsychotherapie* (4. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Gewalttätige Kinder und Jugendliche – eine personenzentrierte Betrachtung zu Ursachen und Antworten. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Gahleitner, S., Fröhlich-Gildhoff, K., Wetzorke, F. & Schwarz, M. (Hg.) (2011). *Ich sehe was, was Du nicht siehst ...: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Geldard, K. & Geldard, D. (2002). *Counselling Children – A Practical Introduction* (2nd ed.). London: Sage.
- Geldard, K. & Geldard, D. (2005). *Counselling Adolescents*. London: Sage.

- Giordano, M., Landreth, G. & Jones, L. (2005). *A Practical Handbook for Building the Play Therapy Relationship*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nichtdirektive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie – Eine Einführung mit Falldarstellung*. München: Reinhardt.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2011). Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Ein Review. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula, (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 365–394). Norderstedt: BoD.
- Hölldampf, D., Behr, M. & Crawford, I. (2010). Effectiveness of Person-Centered and Experiential Psychotherapies with Children und Young People: A review of outcome studies. In M. Cooper, J. Watson & D. Hölldampf (Eds.) *Person-Centered and Experiential Therapies Work* (pp. 16–44). Ross-on-Wye: PCCS.
- Hüsson, D. (2008). Sexually Abused Children and Adolescents: A person-centered play therapy protocol. In M. Behr & J. Cornelius-White (Eds.), *Facilitating Young People's Development: International perspectives on person-centred theory and practice* (pp. 52–64). Ross-on-Wye: PCCS-Books.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159–169.
- Ihle, W., Groen, G., Walter, D., Esser, G. & Petermann F. (2012). *Depression – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie – Band 16*. Göttingen: Hogrefe.
- Jennings, S. (1993). *Play therapy with children: a practitioner guide*. London: Blackwell.
- Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten 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.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis*. (S. 225–252). Göttingen: Hogrefe.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The Life and Work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye: PCCS.
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (5. Auflage). Weinheim: Beltz PVU.
- Kriz, J. (2004). Personenzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte [Person-centered systems theory. Basic questions and core aspects]. In A. v. Schlippe & W. C. Kriz, (Hrsg.), *Personenzentrierung und Systemtheorie* (pp. 13–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd Edition). New York: Brunner-Routledge.
- Leijssen, M. (2008). Encountering the Sacred: Person-centred therapy as a spiritual practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7 (3), 218–225.
- Levitt, B. E. (Ed.) (2005). *Embracing Non-Directivity – reassessing person-centered theory and practice in the 21st century*. Ross-on-Wye: PCCS.
- Mearns, D., & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Moustakas, C. E. (1953). *Children in play therapy. A key to understanding normal and disturbed emotions*. New York: Ballantine.
- Moustakas, C. E. (1959). *Psychotherapy with Children. The Living Relationship*. New York: Ballantine Books.
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (2002). *Reaching children through play therapy. An experiential approach* (2nd Ed.). Denver: The Publishing Cooperative.
- Oberlehner, F. (2011). Psychoanalyse. In G. Stumm (Hg.), *Psychotherapie – Schulen und Methoden* (3. Auflage) (S. 41–55). Wien: Falter.
- Retzlaff, R. (2010). *Spiel-Räume – Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen* (4. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1987, Orig. 1951). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (1987, Orig. 1959). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1990, Orig. 1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In H. Kirschenbaum & V. Land Henderson (Eds.), *The Carl Rogers Reader* (236–257). Constable: London.
- Rogers, C. R. (1961/1988). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, P. R. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch – Personenzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *Person* 12 (1), 22–34.
- Schmid, P. R. (2012). Psychotherapy is political or it is not psychotherapy. The Person-Centered Approach as an essentially political venture *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7 (3), 218–225.
- Schmidtchen, S. (1976). *Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie*. Kiel: Selbstverlag.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1996). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (Hrsg.) (2009). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS) (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Bd. 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. v. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen* (2. Auflage). Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.
- Smyth, D. C. (2012) *Person-Centred Therapy with Children and Young People*. London: Sage.
- Speierer, G. W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Heidelberg: Asanger.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 37, 1–12.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C., Katsivellaris, M., Reisel, B. & Naderer, G. (2010). *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder*. Norderstedt: Books on Demand.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth – Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen* (2. Auflage). Beltz: Weinheim.
- West, J. (1996). *Client-centred therapy* (2nd ed.). London: Jessica Kingsley.
- Wilson, K. & Ryan, V. (2006). *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents* (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Publishing.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Download 7.3.2012, 16.30 h von <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>