

# PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2012

16. Jahrgang

## Themenheft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Herausgegeben von Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Tobias Steiger

### FACHBEITRÄGE

- Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Tobias Steiger: Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 5
- Maria Füßner, Else Döring, Hildegard Steinhäuser & Carola von Zülow: Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen* 13
- Stephan Jürgens-Jahnert, Claudia Boeck-Singelmann, Christiane Monden-Engelhardt & Kerstin Zebiri: Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen* 32
- Klaus Fröhlich-Gildhoff & Hans Uwe Rose: Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen* 46
- Dorothea Hüsson, Else Döring & Klaus Riedel: Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen* 59
- Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maïke Rönnau-Böse: Die Wirksamkeit personzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung* 71
- Hannelore Späth: Personzentriertes Handeln in der Lerntherapie* 84

### REZENSIONEN

97

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

## Herausgeber

### ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,  
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;  
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.de

### DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dipl.-Psych. Doris Müller, D-12161 Berlin, Stubenrauchstraße 61  
Tel./Fax: +49 30 89 731 731, E-Mail: mueller.d.a@t-online.de

### Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG

(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)  
A-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3  
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@apg-forum.at

### GwG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a  
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

### IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Sechselbergerstraße 26  
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 580192;  
E-Mail: studium@personzentriert.eu

### IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG

A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4  
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

### ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 17  
Tel./Fax: +43 70 78 46 30; E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

### pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Weiterbildung, Psychotherapie, Beratung.

CH-8005 Zürich, Josefstraße 79  
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch  
VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie  
A-1091 Wien, Postfach 33  
Tel.: +43 664 417 31 70, E-Mail: office@vrp.at

## Herausgeber dieses Hefts

Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Tobias Steiger

## Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / SFr 15,- zzgl. Versandkosten

Abonnement: € 16,- / SFr 25,- zzgl. Versandkosten

Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen.

## Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26  
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

## Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

## Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Dagmar Hölldampf, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Christian Metz, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Monika Tuczai

## Redaktionssekretariat

Katrin Draxl, 1070 Wien, Mariahilfer Straße 76/3/34  
Tel: +43 (0) 699 12 05 51 24, E-Mail: katrin.draxl@chello.at

## Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardel-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Jeff H. D. Cornelius-White, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehringer, Andrea Felneti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Herbert Goetze, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Dorothea Hüsson, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmayer, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Margarete Mernyi, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Jochen Sauer, Eva-Maria Schindler, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stölzl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Reinhard Tausch, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Christine Wakolbinger, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wollschlager, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Carola von Zülou, Günther Zurhorst

**Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe** finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

# PERSON

16. Jg. 2012, Heft 1

## Themenheft

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Herausgegeben von

Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Tobias Steiger

## Inhalt

Editorial ..... 3

### FACHBEITRÄGE

*Michael Behr, Dagmar Hölldampf & Tobias Steiger*

Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie –  
Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogen ausgerichtete Verfahren ..... 5

*Maria Fußner, Else Döring, Hildegard Steinhauser & Carola von Zülow*

Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern,  
Jugendlichen und Bezugspersonen ..... 13

*Stephan Jürgens-Jahnert, Claudia Boeck-Singelmann, Christiane Monden-Engelhardt & Kerstin Zebiri*

Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern,  
Jugendlichen und Bezugspersonen ..... 32

*Klaus Fröhlich-Gildhoff & Hans Uwe Rose*

Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter  
Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen ..... 46

*Dorothea Hüsson, Else Döring & Klaus Riedel*

Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern,  
Jugendlichen und Bezugspersonen ..... 59

*Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maike Rönna-Böse*

Die Wirksamkeit personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung ..... 71

*Hannelore Späth*

Personenzentriertes Handeln in der Lerntherapie ..... 84

## REZENSIONEN

*Marieluise Brückl*

Christine Wakolbinger, Margret Katsivellaris, Barbara Reisel, Gerd Naderer & Ilse Papula (Hrsg.):  
Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Inter-  
nationalen Fachtagung für klienten-/personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie / Wien. . . . . 97

*Dagmar Hölldampf*

Curd M. Hockel: Personzentrierte Kinderpsychotherapie. . . . . 98

*Jochen Eckert*

Mick Cooper, Jeanne C. Watson, Dagmar Hölldampf (Ed.): Person-centered and experiential therapies  
work. A review of research on counseling, psychotherapy and related practices. . . . . 100

*Wolfgang W. Keil*

David J. Cain: Person-Centered Psychotherapies. . . . . 102

Nachruf auf Ilse Papula . . . . . 104

Nachruf auf Wolfgang Pfeiffer . . . . . 106

Veranstaltungskalender 2012 . . . . . 108

## Editorial

Dieses dritte Themenheft zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der PERSON seit 2006 befasst sich mit umschriebenen Störungsbildern, vorrangig mit dem Projekt einer Gruppe von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Deutschland, störungsspezifische Handlungsleitlinien für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu erstellen. Artikel von vier verschiedenen AutorInnengruppen zu den Störungsbildern Depression (Stephan Jürgens-Jahnert, Claudia Boeck-Singelmann, Christiane Monden-Engelhardt & Kerstin Zebiri), Angst (Maria Fäßner, Else Döring, Hildegard Steinhauser & Carola von Zülów), Störung des Sozialverhaltens (Klaus Fröhlich-Gildhoff & Hans Uwe Rose) und Traumafolgestörungen (Dorothea Hüsön, Else Döring und Klaus Riedel) werden flankiert von einer Hinführung und von zwei weiteren störungsbezogenen Arbeiten: Eine Studie von Klaus Fröhlich und Maike Rönna-Böse vom Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg (ZfKJ) untersucht die Wirksamkeit Personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei einer Angststörung. Dieser Beitrag zeigt mögliche Anwendungen: Den Personenzentrierten Psychotherapeutinnen, die an der Studie teilnahmen, wurden „Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Therapie von Kindern mit Angststörungen“ (Eine Vorform des in diesem Band von Fäßner et al. dargestellten Konzepts) als verpflichtende Orientierung vorgegeben.

Der sehr engagierte Beitrag über Personenzentrierte Lerntherapie von Hannelore Späth rundet dieses Heft ab und beschäftigt sich auf eine andere Art mit dem Thema der Methodenintegration. Sie ist den umgekehrten Weg gegangen: Sie trägt personenzentriertes Gedankengut in die Lerntherapie hinein und zeigt Wege auf, wie in der Lerntherapie, einem Grenzbereich zwischen Psychotherapie und Heilpädagogik, mit einer personenzentrierten Haltung die Lernerfolge mit Persönlichkeitsentwicklung verbunden werden können.

Mit dem Vorhaben der störungsspezifischen Handlungsleitlinien öffnet sich ein weites Feld mit der Frage, inwiefern diese für verschiedene Störungsbilder mit Personenzentrierter Psychotherapie und einer humanistischen Grundhaltung vereinbar sind. Die vorliegenden Artikel sind nicht ohne die berufspolitischen Ereignisse in Deutschland zu verstehen, die zum Ausschluss der Personenzentrierten Psychotherapie aus der medizinischen Grundversorgung geführt haben. Sie sind auch

daraufhin zu prüfen, ob sie dem weiterhin bestehenden Anpassungsdruck standzuhalten vermögen. Geprüft werden kann dies zum Beispiel daran, ob es in diesen Beiträgen gelingt, die Abstraktionsebenen nach Höger zu unterscheiden und die personenzentrierte Grundhaltung einschließlich der Annahme einer Aktualisierungstendenz zu bewahren. Wenn es gelingt, störungsspezifisches Wissen im Dienste des Klienten anzubieten und Methoden und Techniken ebenfalls als Angebot und Ausdruck der Empathie für das Erleben des Klienten zu verstehen und somit das empathische Verstehen zu verbessern, kann die Personenzentrierte Psychotherapie als Metakonzept auf hoher Abstraktionsebene eine kraftvolle integrative Wirkung entfalten.

Seit langer Zeit werden immer wieder Methoden und Techniken in den Personenzentrierten Ansatz integriert. Den Anfang hatte Eugene Gendlin mit seinem Focusing gemacht. Beispielfolgt soll die Emotionsfokussierte Therapie nach Leslie Greenberg erwähnt werden, die mit ihrer Aufgabenorientierung Möglichkeiten aufzeigt, wie Methodenverbindung bzw. -integration die humanistischen Psychotherapien erneuern beziehungsweise Neues in die Personenzentrierte Therapie hineinbringen kann, ohne die Grundhaltung zu beschädigen. Die Emotionsfokussierte Therapie erweitert mit der Schematheorie die theoretische Basis. Sie versteht sich aber insofern weiterhin als Personenzentrierte Therapie, als sie Vertrauen in den Wachstumsprozess des Klienten setzt, den Klienten als Experten seines Erlebens betrachtet, d. h. zwischen inhaltlicher und Prozess-Direktivität unterscheidet, im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung arbeitet, therapeutische Schritte immer nur mit der Klientin macht, nicht symptomorientiert ist, sondern psychische Strukturen bearbeiten möchte. Sie zeigt modellhaft auf, wie integrative personenzentrierte Konzepte weiterentwickelt werden können. Dabei gibt es auch Herausforderungen wie die Bedeutung der therapeutischen Beziehung oder die Frage der Präsenz im Hier und Jetzt, wenn therapeutische Aufgaben fokussiert werden, doch sind dies Spannungsfelder, der sich jede Form der Psychotherapie stellen muss.

Wir erwähnen die Emotionsfokussierte Psychotherapie hier, weil sie modellhaft eine Verbindung der Personenzentrierten Psychotherapie zu störungsspezifischen Herangehensweisen herstellt und explizit zur Absicht hat, personenzentrierte Haltung und Aufgabenorientierung zu integrieren. Insofern ist ihre

Konzeptualisierung vergleichbar mit den im vorliegenden Heft vorgestellten Leitlinienartikeln.

Auch Ute Binder hat sich in für den Personzentrierten Ansatz vorbildlicher Weise mit störungsspezifischem Denken auseinandergesetzt. Sie war möglicherweise noch näher an der personzentrierten Grundidee, indem sie störungsspezifisch in einem phänomenologischen Sinn verstanden hat.

Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie war im Vergleich zur Psychotherapie mit erwachsenen Einzelpersonen schon immer methodenoffener, weil es mit Kindern unvermeidlich ist, sie auf der spielerischen und der Handlungsebene abzuholen und weil ein Kind immer nur im Kontext seines familiären Umfelds (bzw. des Umfelds seiner wichtigen Bezugspersonen) zu behandeln ist. Eine Gleichwertigkeit im Sinne einer Aufhebung von hierarchischen Schranken mit dem Therapieabschlussziel einer Begegnung von Mensch zu Mensch ist bei der Therapie mit Kindern aufgrund des Generationengefälles nicht in gleicher Art zu erreichen. Schon deshalb besteht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine andere Verantwortung. Auch kann das Umfeld Druck oder eine Versuchung aufbauen, mit pädagogischen oder verhaltensorientierten Mitteln zu intervenieren, die der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes nicht förderlich sind.

Schon immer veröffentlichten Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Beiträge zu themen- oder störungsspezifischen Methoden. Immer wieder stellt sich dabei auch die Frage, ob mit der Verschriftlichung und damit einer gewissen Festsetzung von Leitlinien nicht die Personzentrierung und deren Offenheit für Erfahrungen leidet. Trotz der Methodenvielfalt ist aber festzuhalten, dass sich auch störungsspezifische Personzentrierte Psychotherapie von ihrer Intention her unverändert nicht auf die Störung und das Symptom richtet, sondern auf die Person mit ihrem Erleben.

Die Autorinnen der erwähnten Artikel stecken mit den Handlungsempfehlungen einen Rahmen der Therapie ab, geben Anregungen, was (auch noch) zu beachten ist, legen einen Boden für informierte Empathie und Wertschätzung. Sie mögen – gerade in der PERSON – Anlass für eine breite Diskussion sein: Zeigen die Autorinnen der Leitlinienbeiträge damit, dass störungsspezifisches Wissen und Können in die Personzentrierte

Psychotherapie integriert werden kann, ohne die Potenz des Personzentrierten Ansatzes zu gefährden, d. h. eklektisch zu werden, ohne die Erlebensorientierung zu schmälern?

Mit Ilse Papula, Gründungsmitglied, Lehrtherapeutin und Ausbilderin, und vor allem Begründerin der Klientenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie der ÖGWG, und Wolfgang Pfeiffer, Wissenschaftler, Ausbilder und überaus engagiertes Mitglied der GwG und der ÄGG, sind in den letzten Monaten zwei bedeutende Personzentrierte Psychotherapeuten verstorben. Im vorliegenden Heft werden sie mit einem Nachruf gewürdigt.

Ab dem Jahrgang 2012 der PERSON erhält das Layout der Artikel ein etwas anderes Gesicht. Vor allem zwei Überlegungen haben die Redaktion nach lange währenden Diskussionen zu dieser Entscheidung veranlasst.

Es wird eine Schrift mit Serifen verwendet, dies, so sind sich alle Experten der visuellen Kommunikation einig, erhöht die Lesbarkeit.

Es wird das Layout, vor allem das der ersten Seite, formal angepasst an eine Struktur, welche fast alle bedeutenden Fachzeitschriften der Psychotherapie verwenden, den so genannten APA-Style. Diese Entscheidung steht im Spannungsfeld zweier je für sich berechtigten Positionen: Wir wollen das Eigenständige und Besondere, nicht nur Psychologisch-Psychotherapeutische herausstellen – versus: Wir wollen erkennbar mitspielen im Konzert der großen international anerkannten Psychotherapie-Foren und zum Orchester der „main stream“-Psychotherapie-Organen dazu gehören. Letzte Auffassung hat sich schließlich durchgesetzt.

Zum Schluss weisen wir Sie auf die vier Rezensionen im vorliegenden Heft hin. Wir stellen in der Redaktion mit Erstaunen fest, dass wir längst nicht zu allen Buch-Publikationen zum Personzentrierten Ansatz in Therapie und Beratung Rezensionen veröffentlichen können. Bei den Autoren des Heftes möchten wir uns an dieser Stelle sehr für ihre Beiträge bedanken, zudem möchten wir an dieser Stelle aufrufen, sich mit Fachartikeln an der Diskussion und der Weiterentwicklung des Personzentrierten Konzeptes zu beteiligen.

*Tobias Steiger, Dagmar Hölldampf, Michael Behr*

# 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 elabourierte 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
Verschiedene Probleme	36	12	14	10
<b>Summe</b>	<b>83</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>18</b>

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 <sup>a</sup>	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 <sup>b</sup>	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 interpersonalen (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). *Personzentrierte 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.
- Hüsön, 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.), *Personzentrierte 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). Personzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte [Person-centered systems theory. Basic questions and core aspects]. In A. v. Schlippe & W. C. Kriz, (Hrsg.), *Personzentrierung und Systemtheorie* (pp. 13–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2<sup>nd</sup> 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 21<sup>st</sup> 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* (2<sup>nd</sup> 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 – Personzentrierte 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 – Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen* (2. Auflage). Beltz: Weinheim.
- West, J. (1996). *Client-centred therapy* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Jessica Kingsley.
- Wilson, K. & Ryan, V. (2006). *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents* (2<sup>nd</sup> 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>

# Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Maria Füßner Psychotherapeutische Praxis, Dülmen	Else Döring Psychotherapeutische Praxis Frankfurt	Hildegard Steinhauser Psychotherapeutische Praxis, Augsburg	Carola von Zülow Staatliche Schule für Sehbehinderte
--	---	---	--

Ausgehend von den Grundbedingungen für Personenzentrierte Psychotherapie – unbedingter Wertschätzung, einfühelndem Verstehen und Kongruenz – wird hier eine Handlungsleitlinie vorgelegt mit spezifischen prozessleitenden Hilfen sowohl für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit einer Angststörung als auch bei der Beratung ihrer Bezugspersonen. Angststörungen entstehen im Zusammenhang mit einem konflikthafte Verlauf der Selbstkonzeptentwicklung, aufgrund von missverstandenen und/oder nicht akzeptierten Autonomiebestrebungen und auf dem Hintergrund unsicherer Bindungsbeziehungen. Das störungsspezifische Vorgehen unterscheidet sich in den Therapiephasen des Beziehungsaufbaus, der Inkongruenzbearbeitung und der Ablösung. Das therapeutische Handeln ist durch die Begegnungshaltung, durch Handlungsstrategien und durch Interventionsmedien gekennzeichnet.

*Schlüsselwörter:* Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, Inkongruenzmodell Personenzentrierte Psychotherapie, Leitlinie, störungsspezifisches Vorgehen, Diagnostik, Bezugspersonenarbeit

**Anxiety disorders — Therapeutic Guidelines for person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers.** Starting at the basic conditions of person-centered therapy — unconditional positive regard, empathic understanding and congruence — a treatment guideline is presented here with specific process-leading assistance for the therapy of children and young people with anxiety disorders. The study shows that anxiety disorders arise in connection with a conflict history of self-concept development, due to misunderstood and/or not accepted efforts to achieve autonomy against the background of insecure attachment relationships. The disorder specific approach differs in the treatment phases of establishing a relationship, of working on incongruence and of detachment. The therapeutic action is characterized by the attitude of approach, by the strategies of action and the media for intervention.

*Keywords:* anxiety disorders in infancy and adolescence, model of incongruence, person-centered therapy, treatment guideline, disorder specific therapy, diagnosis, working with parents and care takers

**Maria Füßner**, geb. 1956, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis seit 1992, Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen der GwG, Dozentin an der Fachhochschule Münster für Personenzentrierte Spieltherapie.

**Hildegard Steinhauser**, geb. 1961, Diplom-Pädagogin (Univ.), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis seit 1989, anerkannte Supervisorin (DGVT), Lehraufträge an der Universität Augsburg und am Kinder Trauma Institut in Offenburg für Personenzentrierte Spieltherapie, Ausbilderin in STI-Traumatherapie, Ausbilderin für Karate und Selbstverteidigung (3. Dan-DKV) seit 1995.

**Else Döring**, geb. 1952, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, arbeitet in

eigener psychotherapeutischer Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Frankfurt/M.; Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen der GwG; tätig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Vorsitzende der Hessischen Akademie für Personenzentrierte Beratung, Psychotherapie und Supervision.

**Carola von Zülow**, geb. 1964, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet als Psychologin an der Staatlichen Sonderschule für Sehbehinderte Waldkirch, Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen der GwG, Lehraufträge an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

**Korrespondenzadresse:** Hildegard Steinhauser, Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche „Augsburger Kreidekreis“, 86150 Augsburg, Prinzregentenstr. 2, E-Mail: hildegard.steinhauser@en-tsu.de

## 1. Erscheinungsbild der Störung (Symptome)

Das Erscheinungsbild der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter verändert sich mit dem jeweiligen Alter, so dass wir folgende vier Altersbereiche unterscheiden:

Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)	Im Vorschulalter (3–6 Jahre)	Bei jüngeren Schulkindern	Im Pubertäts- und Jugendalter
Exzessives Schreien Verweigern von Blickkontakt Sich abwenden Verstecken des Gesichts Anklammern an Bezugspersonen Angstanfälle Wirkt traurig Weint schnell Apathische Stimmung Erhöhte Irritabilität Wenig Explorationsverhalten/Neugierde Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Auffälliges Spielverhalten Spielunlust Mangelnde Fantasie	Schreien, Sich anklammern bei Ängsten vor Objekten/Situationen Erstarren Vermeiden von bestimmten Situationen (z. B. alleine sein) Alpträume über Trennung Schüchternheit, Gehemmtsein Zeigt kaum Blickkontakt Scheu und Angst bei Kontakten mit Unbekannten Nervös, zappelig sein Weint schnell Trauriger Gesichtsausdruck Unglücklichsein Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten Introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten Vegetative Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Übelkeit etc.)	Verbale Berichte über Ängste u. Befürchtungen Leises, undeutliches Sprechen Vermeidet Blickkontakt Schüchternheit, Gehemmtsein Vermeiden von Alleinesein, Schlafen außerhalb des Elternhauses Weigerung zur Schule zu gehen, extreme Ängste vor Lehrern, Tests Alpträume über Trennung Flucht- u. Rückzugsverhalten in Angstsituationen Kind steht alleine, abseits in der Schule Negatives Selbstbild/Selbstwert Vermindertes Zutrauen „Ich kann nicht“ Weinen Schuldgefühle Psychosomatische Störungen (Übelkeit bis zum Erbrechen, Kopf- u. Bauchschmerzen, Durchfall etc.) Schulleistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit	Schüchternheit, Gehemmtsein Leises u. undeutliches Sprechen Errötensangst Erröten in sozialen Situationen Angst vor Kontrollverlust („auszuflippen“) Angst vor negativer Beurteilung Panikanfälle, intensive Furcht Vermeidung sozialer Situationen Vermeidung spezifischer Objekte (z. B. Spinnen) oder Situationen Vermindertes Selbstvertrauen Übermäßig starke Sorgen Psychosomatische Störungen (Übelkeit, Schweißausbrüche, Benommenheit, Beklemmungsgefühle) Nervosität und Anspannung Apathie, Angst und Konzentrationsmangel Pessimistisch Wirkt oft abwesend Negatives Selbstbild/Selbstwert Schuldgefühle Leistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit Rückzugsverhalten

## 2. Diagnose/Differentialdiagnostik

### 2.1 Spezifika des Störungsbildes

In der Psychopathologie gibt es kaum ein Störungsbild, bei dem nicht Angst eine zentrale Kategorie ist. Klinisch bedeutsame Angstsyndrome sind entweder durch ein hohes Ausmaß an diffuser, frei flottierender Angst gekennzeichnet oder situations- oder objektbezogen. Letztere werden als Phobien bezeichnet. Je nach Entwicklung und Alter des betroffenen Kindes oder Jugendlichen können die Symptome variieren oder sich verändern. Die Angstsymptome sind in der Regel psychophysiologische:

- vegetativ-autonome Reaktionen (beschleunigte Herzfrequenz, Schwitzen, Erröten oder Erblassen, Schwindel usw.)
- motorische Verspannung
- gesteigerte Aufmerksamkeit (Vigilanz) und besorgte Antizipation in Verbindung mit der Vermeidung angstprovokierender Situationen

und sie beinhalten eine situative Komponente. Diese können bei Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen in einer Konfrontation mit Tieren, Trennung von Bezugspersonen, Dunkelheit, sozialen Zusammenkünften oder Prüfungen (z. B. in der Schule) bestehen (Steinhausen, 2006; Remschmidt, 2002).



2.1.1 Epidemiologie

Hinsichtlich der Häufigkeit muss zwischen im Entwicklungsverlauf von Kindern normalerweise auftretenden Ängsten und klinisch bedeutsamen Störungen mit Angst unterschieden werden. Prävalenzraten gehen je nach Untersuchungsmethode und Zielgruppe von 3,5–4 % bei Störungen mit Trennungsangst (Roelle, 2002), 10–15 % im Grundschulalter und 5–10 % in der Adoleszenz aus (DGKJPP, 2007). Schulphobie und Schulangst treten häufiger in der Frühadolescenz als im Grundschulalter auf. In der Pubertät ist die Sozialphobie die zweithäufigste Diagnose, dabei überwiegt das weibliche Geschlecht (Essau, 2003). In den meisten Studien wiesen Mädchen 2- bis 4-mal höhere Raten von Angststörungen auf als Jungen.

2.1.2 Klassifikation

Angststörungen haben eine typische Altersverteilung hinsichtlich des Zeitpunktes ihrer Entstehung und Manifestation. Die folgende Abbildung (modifiziert nach Essau, 2003 und Morris & Kratochwill, 1991) gibt einen Überblick über typische Ängste und beginnende Angststörungen in Abhängigkeit vom Alter und dem kognitiven Entwicklungsstand eines Kindes bzw. Jugendlichen:

Alter	Kogn. Entwicklung	Typische Ängste	Beginnende Angststörung
0–6 Monate	Sensor. Fähigkeiten dominieren	Intensive sensor. Reize Verlust von Zuwendung Laute Geräusche	
6–12 Monate	Sensomot. Schemata Ursache und Wirkung Objekt Konstanz	Fremdenangst Trennungsangst	
2–4 Jahre	Präoperationales Denken Fähigkeit zu imaginieren aber noch nicht fähig, Fantasie und Wirklichkeit zu trennen	Fantasie gestalten Potenzielle Einbrecher Dunkelheit	Trennungsangst Phobien: Dunkelheit, Monster
5–7 Jahre	Konkret-operationales Denken Konkret-logisches Denken	Naturkatastrophen Verletzungen Tiere Medienbasierte Ängste	Phobien: Tiere, Blut, medizinische Eingriffe
8–11 Jahre	Selbstwert basierend auf akademischen u. sportlichen Leistungen	Schlechte schulische u. sportliche Leistungen	Prüfungsangst
12–18 Jahre	Formal-operationales Denken Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren Selbstwert abh. von Peers	Ablehnung durch Peers	Soziale Phobie Agoraphobie Panikstörung

Abbildung 1. Überblick über typische Ängste im Kindes- und Jugendalter (modifiziert nach Essau, 2003 und Morris & Kratochwill, 1991)

Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10

Im ICD-10 gibt es eine Klassifikation von Angststörungen, die sich an der Psychopathologie des Erwachsenenalters orientiert, und ebenso eine Klassifikation von Angststörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Unter den **Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)** finden sich die nachfolgenden Diagnosen. Deren Symptome treten während der ersten Lebensjahre auf und können durch außergewöhnlichen Schweregrad und Dauer zu einer Beeinträchtigung der altersgemäßen Entwicklung führen:

**Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)**

Kennzeichnend ist die übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von Bezugspersonen oder von zu Hause (z. B. Kindergarten, Schule), häufig verbunden mit der Sorge, dass Bezugspersonen etwas zustoßen könnte. Die Kinder mit Trennungsangst weigern sich, alleine zu schlafen, und haben wiederholte Alpträume mit Trennungsinhalten. Sie leiden unter somatischen Symptomen (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) vor oder während der Trennung von einer Bezugsperson. Von der im Entwicklungsverlauf normalen Trennungsangst unterscheidet sie sich durch einen außergewöhnlichen Schweregrad und durch eine Beeinträchtigung sozialer Funktionen. Der Störungsbeginn sollte vor dem 6. Lebensjahr liegen. Führt eine Trennungsangst zu einer Schulverweigerung, so wird eine Schulphobie diagnostiziert.

**Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)**

Bei der phobischen Störung handelt es sich um eine anhaltend und übermäßig ausgeprägte Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, die mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist. Diese Diagnose wird nur für entwicklungsphasenspezifische Befürchtungen (z. B. Angst vor Tieren im Vorschulalter) verwendet, sonst muss die Störung im Erwachsenenalter klassifiziert werden. Der Störungsbeginn liegt in der entwicklungsangemessenen Altersstufe und sollte mindestens vier Wochen andauern.

### Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)

Während der Kontakt zu Bezugspersonen und vertrauten Personen normal ausgeprägt ist, besteht eine durchgehende Furcht vor fremden, unvertrauten Personen mit einer Kontaktvermeidung. Bei unvermeidbarem Kontakt zu fremden Personen zeigen die Kinder sozialängstliche Verhaltensweisen wie z. B. Schweigen, Zurückweichen, Weinen, Erstarren oder Wutanfälle. Der Störungsbeginn sollte vor dem 6. Lebensjahr liegen und mindestens vier Wochen andauern.

### Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.8)

Hier sind die Ängste nicht auf bestimmte Situationen, Ereignisse oder Personen begrenzt, sondern sie beziehen sich unspezifisch auf viele unterschiedliche Ereignisse oder Aktivitäten. Betroffene Kinder bezweifeln, dass sie die Anforderungen des Alltags bewältigen können. Intensive Ängste und Sorgen, Misserfolgserwartungen und Grübeln können nur schwer kontrolliert werden. Somatische Beschwerden, vegetative Übererregtheit und Schlafstörungen treten auf.

Das Störungsbild sollte mindestens sechs Monate bestehen, um diagnostiziert zu werden.

In der Psychopathologie des Erwachsenenalters finden sich bei den Angststörungen folgende Diagnosen:

- Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
- Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00)
- Soziale Phobie (F40.1)
- Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
- Panikstörung (F41.0)
- Generalisierte Angststörung (F41.1)
- Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)
- Andere gemischte Angststörungen (F41.3)

Treten im Jugendalter schwere Angstattacken mit deutlichen vegetativen Symptomen auf, so kann auch eine **Panikstörung** diagnostiziert werden. Die Angstattacken beziehen sich auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände und sind nicht vorhersehbar. Die betroffenen Jugendlichen begleitet meist die Furcht vor einer neuen Attacke. Liegen Angst und Depression gleichzeitig vor, ohne dass eine der beiden Störungen überwiegt, kann auch die Diagnose **Angst und depressive Störung, gemischt** gestellt werden. Die Symptome erreichen nicht ein Ausmaß, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde.

### 2.2 Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Angststörungen haben eine hohe **Komorbidität** untereinander. Häufig treten Angststörungen komorbid mit Depression auf (eigene Kategorie im ICD-10); dabei tritt die Angststörung

zeitlich vor der Depression auf. 50–60% der Patienten mit einer primären Angststörung entwickeln später eine Depression. Hohe Komorbiditätsraten wurden auch mit den Anpassungsstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen festgestellt.

### 2.3 Diagnostisches Vorgehen

Aus personenzentrierter Sicht steht in der Diagnostikphase nicht das Symptom im Vordergrund, sondern das Kind/der Jugendliche wird als ganze Person in den Blick genommen. Ressourcenorientiert werden auch die Stärken und Fähigkeiten des Kindes und seines familiären Umfelds eruiert. Eine vertrauensvolle, gute Beziehung zum Kind aufzubauen ist bereits in der Diagnostikphase handlungsleitend und begünstigt die Entstehung einer positiven Einstellung zur Therapie. Die Auswahl der diagnostischen Verfahren orientiert sich an der jeweiligen Fragestellung und dem Alter des Kindes/ des Jugendlichen. Neben einem Standardrepertoire von diagnostischen Methoden und dem Einsatz von symptom-spezifischen Verfahren ist im Besonderen das freie kindliche Spiel zum Erfassen der psychischen Problematik bedeutsam. Gerade bei Jüngeren empfehlen sich solche Verfahren, die sie zu symbolischen Ausdrucksweisen mittels Zeichnen, Bildergeschichten oder dem freien Spiel anregen.

#### Kleinkinder:

- Verhaltensbeobachtung: Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes mit Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamneseerhebung: Entwicklung des Kindes, Familienanamnese
- Exploration der Eltern und Erzieherinnen in Kita und Kindergarten

#### Vorschulkinder:

- Verhaltensbeobachtung
- Anamneseerhebung mit Bezugspersonen sowie Exploration
- Fremdanamnese/Exploration der Erzieherinnen im Kindergarten
- freies Malen
- Projektive Testverfahren: Mensch-, Baum-Zeichnung, Familie in Tieren: „Ich kann mich verwandeln“, Schweinchen-Schwarzfuß, Sceno-Test

#### Schulkinder:

- Verhaltensbeobachtung, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugspersonen und Therapeutenperson

- Anamneseerhebung, Exploration
- Fremdanamnese/Exploration in der Schule
- Fragebögen für Eltern (ggfs. Erzieherinnen, Lehrerinnen): DISYSPS-KJ für Angststörungen, Children's Behaviour Checklist (CBCL), TRF (Lehrerinnen)
- Projektive Testverfahren: Familie in Tieren, Baum-, Mensch-Zeichnung, Schweinchen-Schwarzfuß, Scenotest
- Fragebögen zur Selbsteinschätzung: Kinder Angsttest (KAT-II), Angstfragebogen für Schüler (ALS), Satzergänzungstest (SET), Fragebogen für Jugendliche (YSR 11–18); Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14)
- Intelligenztestung wegen möglicher Über- oder Unterforderung

#### Jugendalter:

- Verhaltensbeobachtung; Anamneseerhebung, Exploration, siehe Schulkinder
- Fragebögen zur Selbsteinschätzung, Angstfragebogen für Schüler (AFS), SET, Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14), Fragebogen für Jugendliche (YSR 11–18)
- Familienbrett, Lebenslinie
- Intelligenztestung

### 3. Personzentriertes Störungsverständnis, Genese

#### 3.1 Angst und Entwicklung

Angst ist eine basale Emotion. Sie hat für den menschlichen Organismus Signalfunktion (Döring, 2011). Im Entwicklungsprozess des Kindes treten normalerweise Ängste auf. Sie haben damit zu tun, dass das Kind ohne Bezugspersonen nicht überleben kann, es sich im Verlauf seiner Entwicklung jedoch immer wieder Trennungssituationen und unbekanntem Anforderungen ausgesetzt sieht. Im Verlauf der kognitiven Entwicklung ist die Entstehung von Ängsten ein Hinweis auf ein fortschreitendes Verständnis der Welt. Durch die Entwicklung des Denkens wird die Wahrnehmung des Kindes von seiner Umwelt verändert. Das Kind entwickelt z. B. Ängste vor der Dunkelheit oder vor der Toilette, weil es bestimmte Vorgänge in der Umwelt jetzt wahrnimmt, diese aber noch nicht ausreichend begreifen kann. Normalerweise verschwinden diese „Kinderängste“ wieder, indem das Kind älter und kompetenter wird.

Im normalen Entwicklungsverlauf zeigt das Kind von Beginn an Explorations- und Neugierverhalten. Es übt sich darin, seine Umwelt zu beherrschen und erlebt sich als selbstwirksam. Ein Kind, das daran gehindert wird, Selbstwirksamkeit aufzubauen, und in einer Umwelt aufwächst, die ihm keine Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht und sein Explorationsverhalten

hemmt, erlebt seine Umwelt in der Folge als nicht beherrschbar und entwickelt deshalb Ängste.

#### 3.2 Angst und Selbstkonzept

Indem es Erfahrungen auswertet und integriert, entwickelt das Kind ein Selbst- und Weltbild. Die Integration von Erfahrungen ist nur möglich, wenn es von wichtigen Anderen, meist den Bezugspersonen, bedingungsfrei positiv beachtet und empathisch verstanden worden ist. Auch das Erleben von Angst kann nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden, dass das Kind in diesem Gefühl von seinen Bezugspersonen beachtet und verstanden wird. Wird es mit seinem Angstgefühl nicht verstanden, kann es dieses Gefühl nicht integrieren und ein Gefühl von Angst muss, wenn es auftritt, abgewehrt werden, oder erzeugt seinerseits Angst, was zu Vermeidungsverhalten führt.

Angst tritt auch auf, wenn Erfahrungen, die die Konsistenz des Selbst angreifen, ins Bewusstsein einzutreten drohen. Bei Kindern, die unter Ängsten leiden, sind dies oft Autonomiewünsche und Abgrenzungsbedürfnisse, die mit der Angst vor Verlassenwerden und dem Wunsch nach Geborgenheit und Schutz in Konflikt treten (Teusch & Finke, 1999).

#### 3.3 Inkongruenz durch nicht akzeptierte Autonomiebestrebungen

Inkongruenz ist ein Prozess, bei dem die Erfahrungen, die nach der organismischen Bewertung gut für das Kind sind, von ihm nicht mehr wahrgenommen und in das Selbstkonzept integriert werden können. Es handelt sich um Erfahrungen, die nicht in das Selbstkonzept passen und deshalb abgewehrt werden müssen.

Ein ängstliches Kind kann vor allem Erfahrungen, die seine Selbstständigkeit fördern, nicht wahrnehmen und in sein Bild von sich selbst aufnehmen. Die Bezugspersonen haben wenig Empathie gezeigt, wenn es das Bedürfnis nach Eigenständigkeit und individuellem Wachstum zeigte. Sie unterstützten nicht die Bemühungen des Kindes unabhängig zu werden. Dadurch ist ein Selbstkonzept entstanden, das zur Abwehr von Unabhängigkeitswünschen und von dem Erleben eigener Stärke und Kompetenz führt. Das Kind erlebt sich im Gegenteil als abhängig, schwach und inkompetent und seine Umwelt erlebt es als potentiell gefährlich oder überwältigend, es sucht Sicherheit und Geborgenheit in der Nähe seiner Bezugspersonen.

Von einem Kind mit einem solchen Selbstkonzept können die Autonomiebestrebungen des Organismus nicht erlebt und gelebt werden. Entwicklungsaufgaben, die immer Autonomie und Selbstständigkeit bedeuten, sind für das Kind nicht lebbar und die Aktualisierung seines Organismus' ist eingeschränkt.

Das Kind macht daher wenig Erfahrungen, in denen es sich als kompetent, selbstwirksam und autonom erlebt. Selbsterfahrungen, in denen das Bedürfnis nach Autonomie und Eigenständigkeit erlebt werden, müssen abgewehrt werden, weil sie nicht in das Selbstkonzept integriert werden können. Sie erzeugen Angst. Ein entwicklungsbeschränkender Kreislauf entsteht.

Bezugspersonen, die die Verselbstständigungsbestrebungen des Kindes nicht verstehen und auch nicht unterstützen, weil sie selbst Angst vor dem Verlust des Kindes haben, verstärken zudem die Trennungsangst des Kindes. Es befürchtet dann, dass Selbstständigkeit Verlust bedeutet, nämlich die wichtige Bindungsperson zu verlieren und damit Schutz und Geborgenheit.

Ein Kind, das zu früh zu selbstständig sein musste und von seinen Bezugspersonen überfordert wurde, kann ebenfalls das Bild von sich entwickeln, schwach und hilflos zu sein. Es wird zu früh mit seinen Trennungsängsten und Hilfsbedürfnissen allein gelassen. Auch dieses Kind kann ein eingeschränktes Selbstwirksamkeitserleben haben, es kann seine Ängste nicht mit seinem Selbstkonzept vereinbaren, wird seine Trennungsängste als ängstigend, da das Selbstkonzept bedrohend, erleben und wird so auch in seiner Autonomieentwicklung beschränkt sein.

### 3.4 Angst und Bindung

Die Bindungstheorie – die mit dem personenzentrierten Entwicklungsmodell in hohem Maße kompatibel ist – betont, dass das Kind Angst entwickelt, wenn die Bindung in Frage gestellt wird. Die Bindungspersonen bedeuten für das Kind Sicherheit, ihr drohender Verlust weckt Ängste im Kind. Sie entstehen immer dann, wenn die Bindungsperson nicht präsent ist, wenn sie gebraucht wird, wenn sie droht wegzugehen oder wenn die Bindungsperson selbst bedroht ist. Entwicklungsaufgaben, die eine reale oder befürchtete Trennung von der Bindungsperson bedeuten, wird das Kind meiden. Es wird z. B. organismische Impulse unterdrücken, die Trennung nach sich ziehen könnten, und entsprechende Wünsche können Angst im Kind erzeugen.

## 4. Fallspezifische Therapieplanung

Nachfolgend werden einige Kerninhalte des Prozesses der Therapieplanung vom Erstkontakt bis zum Therapiekontrakt beschrieben:

### 4.1 Vorphase

**Erstkontakt:** Entscheidung über Setting je nach Einzelfall und Literaturempfehlungen (Döring, 2011; Jürgens-Jahnert, 2002; Behr, 2006)

**Psychodiagnostik:** siehe insbesondere 2.3

Gerade ängstliche Kinder begegnen zu Beginn der Psychodiagnostik der Therapeutin/dem Therapeuten voller Scham, Schuld und Angst; es gilt diese Gefühle zu berücksichtigen und durch einladende Bewegungen und Angebote das Kind von seinem Druck zu entlasten und damit einen gewissen „Auf-taueffekt“ zu erreichen.

**Indikationsstellung:** Mit der Zusammenschau aller vorliegenden Informationen folgt die Entscheidung über die Notwendigkeit von Psychotherapie, Frequenz etc.

Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen ist die Regel, insbesondere bei Beziehungsstörungen und/oder Empathiedefiziten; bei bestimmten Ängsten wie z. B. Trennungsangst, Schulangst und Schulphobie ist eine Zusammenarbeit mit dem Umfeld (z. B. Kindergarten, Schule) unbedingt erforderlich. Abklären, ob eine eigene Therapie für ein Elternteil sinnvoll bzw. erforderlich ist.

Je nach Kind/Jugendlichem kann es sinnvoll sein, die einzeltherapeutische Arbeit (z. B. bei Störungen mit sozialer Ängstlichkeit) mit Gruppenverfahren zu kombinieren.

### 4.2 Therapieziele

Therapieziele beziehen sich sowohl auf die Besserung der Symptomatik als auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit

#### a) Allgemeine, auf das Kind/den Jugendlichen bezogene Therapieziele

- Wahrnehmen und Annehmen der Angst (körperlich, emotional, kognitiv)
- Integration der Angst in das Selbstkonzept
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Angst
- Erleben neuer Selbsterfahrungen (Neugierde, Exploration, Selbstbehauptung)
- Förderung der Erfahrung individueller Fähigkeiten und Aktivieren persönlicher Ressourcen
- Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens
- Erleben von Autonomieerfahrungen

#### b) Allgemeine, auf die Eltern/Bezugspersonen bezogene Therapieziele

- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes/Jugendlichen
- Unterstützung und Begleitung der Eltern, die Autonomiebestrebungen des Kindes anzunehmen.
- Reflexion des dynamischen Interaktionsgeschehens zwischen Kind/Jugendlichem und Bezugspersonen sowie zwischen den Bezugspersonen untereinander (Wahrnehmung von Angst, Ärger und Ablehnung gegenüber dem Kind/Jugendlichen)

- Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten
- Unterstützung bei altersadäquaten Ablöseprozessen: die Eigenständigkeit und Selbstverantwortung als notwendige Entwicklungsaufgabe verstehen und fördern sowie die damit verbundenen Emotionen von Angst, Trauer, Freude und Stolz reflektieren

#### 4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Beim Vorliegen einer Angststörung hat der Einbezug der Bezugspersonen des betroffenen Kindes einen besonderen Stellenwert. Der diagnostische Zugang kann bereits einen heilsamen Prozess einleiten. Das genaue Hinhören und einführende Verstehen der emotionalen Erlebnisqualitäten, die hinter den Worten und Handlungen der Eltern und Kinder liegen, schaffen eine Atmosphäre des Ernst- und Angenommenwerdens und fördern Vertrauen und Offenheit als Basis einer positiven Zusammenarbeit (Reisel & Wakolbinger, 2006).

Die Gespräche mit den Bezugspersonen sollten den Charakter von Beratungsgesprächen haben. Sie dienen dazu, ihre Beziehung zum Kind und ihre Einstellungen zu verstehen und zu klären, wie auch neue korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und somit zu einer Verbesserung der Angstsymptomatik beizutragen. In diesem Zusammenhang ist ein besonderes Augenmerk auf die Ängste der Bezugspersonen zu richten, da von ihnen Veränderungen meist dringend gewünscht werden, aber die damit verbundenen Ablöseprozesse und Autonomiebestrebungen auch ängstigen können.

Bereits im Erstkontakt mit den das Kind/den Jugendlichen begleitenden Bezugspersonen gilt es festzustellen, welche Personen einen besonderen Stellenwert haben, und ihre Einbeziehung zu planen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Familienkonstellation (Trennung bzw. Verlust eines Elternteils, Patchworkfamilie, Pflegeeltern, Bezugserzieher bei stationären Unterbringungen) wird dann entschieden, inwieweit eine Kontaktaufnahme zu den einzelnen Bezugspersonen sinnvoll ist. Sollte im Bedarfsfall die Kontaktaufnahme zu wichtigen Bezugspersonen außerhalb der Familie (Erzieher/Erzieherinnen; Lehrer/Lehrerinnen, Helfersysteme) erforderlich sein, bedarf es des Einverständnisses der Eltern des Kindes bzw. des mündigen Jugendlichen.

#### 4.4 Kontraktbildung

Gibt es eine Indikation für eine Personenzentrierte Psychotherapie mit dem Kind/Jugendlichen und einen Konsens über Therapieziele, so folgen klare Behandlungsvereinbarungen mit dem Kind/Jugendlichen und den Bezugspersonen. Diese sollen in einem Kontrakt verankert werden:

- Vereinbarung über Frequenz und Dauer der Therapie,

über die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen, über Schweigepflicht

- Klare, möglichst gegenseitige Regelung über Ausfallstunden
- Vereinbarungen über die gegebenenfalls notwendige Zusammenarbeit mit dem weiteren Umfeld (Erzieherinnen, Lehrerinnen)
- Vereinbarungen über den Vorrang sozialer Kontakte bei Terminfestlegungen und im Rahmen der Ausfallregelung
- Regelung über den Umgang mit eventuell nötiger medikamentöser Unterstützung

### 5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

Die Therapie soll dem Kind ermöglichen, bisher abgewehrte Erfahrungen zu machen und in sein Selbstbild zu integrieren.

Bei der Beschreibung von therapeutischen Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie von Kindern mit Angststörungen haben wir die Therapie in drei Phasen aufgeteilt, die Therapieeingangsphase, die mittlere Therapiephase und die Therapieabschlussphase. Die Anzahl der Stunden für die einzelnen Phasen wird nicht vorgegeben. Sie variiert in Abhängigkeit vom individuellen therapeutischen Prozess des Kindes.

Die Therapiephasen haben spezifische Themen und Ziele.

So geht es in der **Therapieeingangsphase** darum, mit dem Kind in Kontakt zu kommen und eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Außerdem hat die Therapeutin die Aufgabe, die für die Therapie relevanten diagnostischen Informationen zu sammeln.

Die **mittlere Therapiephase** hat zum Inhalt, den Konflikt zwischen den Autonomiebestrebungen und Bindungsbedürfnissen aufzulösen und das Selbstkonzept durch die Integration der Symbolisierung bzw. das bewusste Erleben der Gefühle Angst, Wut und Ärger sowie der Bedürfnisse nach Geborgenheit und Autonomie, von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeit zu vervollständigen. Daher ist es in der mittleren Therapiephase wichtig, dass das Kind in seinem Erleben von der Therapeutin vertiefend begleitet wird und in der Beziehung zur Therapeutin neue Selbst-Erfahrungen machen kann.

Im Fokus der **Therapieabschlussphase** stehen die Vorbereitung des Abschieds aus der Therapie und der therapeutischen Beziehung sowie der Transfer von therapeutischen Erfahrungen in den Alltag des Kindes.

Die Handlungsleitlinien in den Therapiephasen werden auf drei Ebenen beschrieben: Begegnungshaltung, Handlungsstrategien und Interventionsmedien.

Dabei verstehen wir unter **Begegnungshaltung** die innere Haltung, mit der die Therapeutin dem Kind begegnet. In der Beschreibung der Begegnungshaltung wird die von Rogers als Bedingung für den therapeutischen Prozess beschriebene Beziehung in der Behandlung von Kindern mit Angststörungen in der jeweiligen Therapiephase spezifiziert.

**Handlungsstrategien** sind die allgemeinen therapeutischen Strategien, an denen die Therapeutin ihr Handeln ausrichtet.

**Interventionsmedien** stellen die Medien bzw. therapeutischen Werkzeuge dar, mit denen die Therapeutin das therapeutische Handeln umsetzen kann.

Das therapeutische Vorgehen wird bestimmt vom Alter des Kindes, seinem individuellen Entwicklungsstand und der jeweiligen Therapiephase.

### 5.1 Für Kinder ab etwa drei Jahren bis zur Pubertät

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Von den drei Basisvariablen stehen Empathie und Wertschätzung im Vordergrund	<p>Ausbalancieren von Raum geben und Halt geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung geben bei möglichen Handlungsblockaden des Kindes: Therapiezimmer und Spielmaterial zeigen, Angebote machen, wenn sich das Kind für ein Spiel interessiert, z. B. „Magst du das ausprobieren?“ oder „Soll ich dir das zeigen?“</li> </ul>	<p><b>Diagnostik: Fragebögen, Sceno-Test, Familie in Tieren etc.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Angebote können als Strukturierung der Situation angstreduzierend sein.</li> <li>• Es kann aber auch sein, dass das Kind durch die direkte Aufgabenstellung in der Diagnostik in den ersten Stunden überfordert ist und erst im Kontakt mit der Therapeutin lernen muss, sich sicherer zu fühlen.</li> </ul>
Offen sein für das Kind in seiner Eigenart	<p>Sichere und angstfreie Atmosphäre schaffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmen der Stunde erklären: Zeit und Ort, wo die Mutter wartet.</li> <li>• Vermeiden von langen Schweigephasen und Untätigkeit</li> </ul>	
Ruhe und Gelassenheit		
Achtsamkeit und Wertschätzung für die Grenzen des Kindes	<p>Auf die Nähe-Distanz-Regulierung des Kindes achten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Kindern mit Kontaktängsten: non-verbale Kontaktaufnahme, z. B. durch freundliches Anlächeln und Parallelspiel.</li> <li>• Bei Kindern mit Trennungsängsten: Wertschätzung des Bindungsverhaltens in Trennungssituationen, gleichzeitig wachsam sein für Abgrenzungssignale des Kindes und diese aufgreifen, z. B. Mutter darf mit ins Therapiezimmer gehen, ist das Kind im Spiel vertieft und dreht der Mutter den Rücken zu, das Kind fragen, ob die Mutter gehen darf.</li> <li>• Als Übergangs„strategie“ schrittweise Distanz zwischen Mutter und Kind ermöglichen: Türe des Therapiezimmers geöffnet halten, Mutter begibt sich außerhalb des Therapiezimmers und entfernt sich mit Einwilligung des Kindes immer mehr.</li> </ul>	<p><b>Handpuppen:</b></p> <p>Wenn für das Kind der direkte Kontakt zur Therapeutin zu dicht ist, mit einer Handpuppe sprechen oder zwei Handpuppen miteinander sprechen lassen</p> <p><b>Bspw. kann ein dickes Seil als nicht mehr sichtbare, aber spürbare Verbindung genutzt werden.</b></p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Empathie und Wertschätzung für Angstgefühle	Dem Kind die Kontrolle lassen Bedürfnis- und Gefühlswahrnehmung aufgreifen und das Erleben ermöglichen	<b>Rollenspiele:</b> • In der Therapeutenrolle Angstgefühle und Angstbewältigung durch ‚lautes Denken‘ verbalisieren und handelnd umsetzen • Das Kind die Heldenrolle erleben lassen
Offen sein für Gefühle von Wut, Ärger und Abgrenzungs- und Autonomiebedürfnisse des Kindes	Das Erleben des Kindes vertiefend begleiten Das Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit auf körperlicher, emotionaler, kognitiver Ebene und Handlungsebene aufgreifen und bewusst machen Anregen von Angstbewältigung Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen	<b>Regelspiele:</b> • Das Kind Erfolg und Selbstwirksamkeit erleben lassen, indem es bei Regelspielen gewinnt • Konstruktionsspiele und kreatives Gestalten, Werkbank: • Das Kind Selbstwirksamkeit erleben lassen, indem es etwas erfolgreich herstellt
Dem Kind etwas zutrauen, offen und wachsam sein für Ressourcen		<b>Therapeutische Geschichten</b> <b>Entspannungstechniken, Phantasie-reisen</b>
Kongruenz: Als Person präsent sein und sich dem Kind für neue Beziehungserfahrungen zur Verfügung stellen	Interaktionsresonanz geben auf der Beziehungsebene An der Grenze von schaurig-schön arbeiten Selbsteinbringung eigener Angsterfahrungen und deren Bewältigung durch ‚lautes Denken‘, z. B. bei abgewehrten Angstgefühlen des Kindes	<b>Kämpfen:</b> Dem Kind in Kampfspielen mit der Therapeutin die Möglichkeit geben, seine Kraft zu spüren und sich mit der Therapeutin zu messen. <b>Regelspiele (s. o.)</b>

Therapieabschlussphase – Stabilisierung und Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Vertrauen in Kompetenzen des Kindes zur Autonomie – dem Kind etwas zutrauen!	Bewältigen von Misserfolgen anregen	Regelspiele, Konstruktionsspiele, kreatives Gestalten, Werkbank: Das Kind auch erleben lassen zu verlieren oder dass ihm etwas nicht gelingt Abschlussdiagnostik
Achtsamkeit für die Abschiedsthematik des Kindes	Einleiten des Abschieds Beim Ausdruck von Wut, Ärger oder Angst des Kindes diese Gefühle als Teil des Abschiedsschmerzes thematisieren Den Transfer von therapeutischen Erfahrungen in den Alltag des Kindes unterstützen	Symbole, Mutmachsprüche, Phantasie-reisen: Brücken von der Therapie zum Alltag des Kindes schlagen über Symbole, z. B. ein Stein oder Mutmachsprüche für die ihm wichtigen therapeutischen Erfahrungen Oder Phantasie-reisen, z. B. der sichere Ort oder imaginäre Helfer

5.2 Für Jugendliche und junge Erwachsene

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Von den drei Basisvariablen stehen Empathie und Wertschätzung im Vordergrund.</p> <p>Ruhe und Gelassenheit</p>	<p>Ausbalancieren von Raum geben zur Exploration und Struktur geben zur Entlastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstfreie Atmosphäre schaffen (entsprechende Sitzgelegenheit, Position im Raum selber bestimmen lassen, Beleuchtung im Raum, event. Angebot von Getränk)</li> <li>• Unterstützung geben bei Gesprächsblockaden</li> <li>• Vermeiden von langen Schweigephasen</li> </ul>	<p><b>Diagnostik: Fragebögen, Familienbrett, Lebenslinie etc.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Angebote können als Strukturierung der Situation angstreduzierend sein.</li> </ul> <p>Es kann aber auch sein, dass der/die Jugendliche durch die direkte Aufgabenstellung in der Diagnostik in den ersten Stunden überfordert ist und erst im Kontakt mit der Therapeutin lernen muss, sich sicherer zu fühlen.</p> <p><b>Gemeinsame Aktivitäten:</b></p> <p>Um in Kontakt zu kommen: Spaziergang, verschiedene Klang-Instrumente ausprobieren (Timmermann, 2004), Tischfußball, Knobelaufgaben gemeinsam lösen, Graffiti auf T-Shirt malen, sich Lieblings-Computerspiel zeigen lassen ...</p>
<p>Offen sein für die Jugendlichen in ihrer Individualität und Gesamtheit</p> <p>Akzeptanz und Wertschätzung</p>	<p>Offen sein und Anteilnahme zeigen für die Interessen und Tätigkeiten im Alltag, für ihre bisherige Lebensgeschichte und Bewältigung der Entwicklungsaufgaben</p> <p>Betonung der Freiheit, sich für oder gegen die Therapie zu entscheiden</p>	<p><b>Kreative Angebote</b> Malen zu verschiedenen Lebensthemen</p> <p>Im Sandkasten Szenen zu verschiedenen Lebensbereichen erstellen lassen</p> <p>Auftragsklärung mit den Jugendlichen, was wünschen sie sich an Veränderung, Absprache der Stundenfrequenz, Absprache bezüglich der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, Transparenz, Einhalten der Schweigepflicht</p>
<p>Achtsamkeit: „Bitte höre, was ich nicht sage“-Haltung (Körner, 1990, S. 84) gegenüber dem, was die Jugendlichen im Augenblick bewegt und welche Bedeutung er dem zuschreibt</p>	<p>Stopp-Signale der Jugendlichen beachten, Vermeiden von insistierendem Nachfragen</p>	

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Weiterhin Empathie und Anerkennung, für die Person, so wie sie bis jetzt „geworden ist“, auch die Angstgefühle gehören dazu.</p>	<p>Den Jugendlichen die Kontrolle über die Gesprächs-/Spiel-Situation belassen</p> <p>Das Erleben der Jugendlichen vertiefend begleiten, dabei Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes</p> <p>Ermutigend, solidarisierend, anerkennend, konkretisierend, strukturierend</p> <p>Berichte der Jugendlichen begleiten</p>	<p>Offenheit für die im Hier und Jetzt im Vordergrund stehenden Themen der Jugendlichen</p> <p>„Blitz-Licht“ zu Beginn der Stunde (verbal, gestisch, mimisch, Cartoons, Skalierung von 0–10, gemeinsam erstellte Codes,</p> <p>gleichzeitig <b>themenzentrierte Angebote:</b></p> <p>„Jetzt-Bild“, „Zukunftspantasie“, „Beziehungen in Kreisen“, „Vulkan-Bild“, „Alles-ist-Scheiße-Bild“, mit Plastilin Fratzen formen, Selbstbild, Brückenbild, Mandala, Homepage einrichten (vgl. Weinberger &amp; Papastefanou, 2008), „Der Seelenvogel“ (Snunit &amp; Golomb, 1991)</p>



Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Zutrauen in die Fähigkeiten der Jugendlichen, wachsam sein für Ressourcen	<p>Ressourcenentdeckung und -aktivierung, dabei Eingehen auf, Verstehen von generalisierten negativen Selbstbewertungen als starre Überzeugungen</p> <p>Zuversicht vermitteln für die Entwicklung hin zum „Ich bin auf meinem eigenen Weg“, (vgl. Langer &amp; Langer, 2005, S.81)</p> <p>Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen („Welche Bedürfnisse, Werte, Zukunftsbilder sind mir wichtig und wie gelingt es mir, diese zu verwirklichen?“)</p> <p>Angstbewältigung</p> <p>Peergroup-Zugehörigkeit, Freundschaftsbeziehungen thematisieren, reflektieren, Veränderungswünsche konkretisieren, Realisierung anregen und unterstützen</p>	<p>Malen des Fähigkeitenbaumes, Stärke-Bild,</p> <p>Entdecken und Ausprobieren von „neuen“ Tätigkeiten, wie Musik-Instrument spielen, Hipp-Hopp-Tanzen, Klettern, Schachspielen, Tischtennis ...</p> <p>Flow-Erleben erfahrbar machen (Csikszentmihalyi, 1991)</p> <p>Mit Werte-Symbolen eine persönliche Werte-Hierarchie finden, reflektieren, möglicherweise verändern</p> <p>Aktive Unterstützung (Entspannungsübungen ausprobieren, Mutsprüche finden, Imaginationen, der „sichere Ort“, Einführung von „Helferfiguren“, Angst-hierarchie erstellen, Planung und Durchführung von selbst gestellten Aufgaben) zur erfolgreichen Überwindung von Angstsituationen</p>
Wertschätzung für Gefühle wie Ärger, Wut, Neid, Eifersucht auch Mut, Neugier, Sehnsucht, Zufriedenheit, kurzfristiges Glücksempfinden	<p>Anregen, Erspüren von Bedürfnis- und Gefühlswahrnehmung „am Rande der Gewährwertung“ (Rogers, 1977b/1997, S.24), dafür Symbolisierungen, Ausdrucksmöglichkeiten finden</p> <p>Klärungs- und Differenzierungsprozesse anregen und einführend begleiten bezüglich des Selbst-Erlebens/Selbstkonzeptes/Ideal-Selbst/befürchtetes Fremdbild als „Katastrophenphantasie“.</p>	<p>Körperhaltungen, Mimik, Gestik, Sprache miteinander ausprobieren und Rückmeldungen anregen, eventuell auch ausprobieren, welche Stopp-Signale intra- und interpsychisch im Alltag hilfreich sein können</p> <p>Teile-Arbeit</p> <p>Arbeit mit der Babuschka oder Schachteln (vgl. Weinberger &amp; Papastefanou, 2008), Handpuppen (vgl. Hockel, 2011, S.41)</p> <p>Geschichten, Gedichte (finden, selbst schreiben), Gestaltungen, Finden von Symbolen zum Selbstbild/Fremdbild</p>
<p>Echtheit/Kongruenz: als Person präsent sein und sich den Jugendlichen für neue Beziehungserfahrungen zur Verfügung stellen</p> <p>„Sich selbst einbringen, wenn es angemessen ist.“ (Rogers, 1977b/1997, S.31)</p> <p>Offenheit und Zuversicht hinsichtlich der Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben</p>	<p>Beziehung klären, konfrontieren (vgl. Finke, 2004), Impulse setzen, Fragen stellen, Ich-Botschaften und Selbstexploration als Modell</p> <p>Anregen/Ermutigen zur Teilnahme an einer Gruppe (in einem therapeutisch geschützten Rahmen, themen- oder freizeitorientiert)</p>	<p>Therapiemotivation in Abständen, positive/negative Erfahrungen mit der Therapeutin, positive/negative Effekte der Therapiestunden erfragen,</p> <p>Anerkennung, Freude über Entwicklungen der Jugendlichen ausdrücken</p> <p>Suchprozess hinsichtlich verschiedenster Angebote in die Wege leiten, (Stadtanzeiger, Internetsuche, Vereinsspiegel) und erste Schnupperkontakte vorbereiten</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Weiterhin Empathie und Anerkennung für die Person, so wie sie bis jetzt „geworden ist“, auch die Angstgefühle gehören dazu.</p>	<p>Den Jugendlichen die Kontrolle über die Gesprächs-/Spiel-Situation belassen</p> <p>Das Erleben der Jugendlichen vertiefend begleiten, dabei Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes</p> <p>Ermutigend, solidarisierend, anerkennend, konkretisierend, strukturierend</p> <p>Berichte der Jugendlichen begleiten</p>	<p>Offenheit für die im Hier und Jetzt im Vordergrund stehenden Themen der Jugendlichen</p> <p>„Blitz-Licht“ zu Beginn der Stunde (verbal, gestisch, mimisch, Cartoons, Skalierung von 0–10, gemeinsam erstellte Codes,</p> <p>gleichzeitig <b>themenzentrierte Angebote:</b></p> <p>„Jetzt-Bild“, „Zukunftsphantasie“, „Beziehungen in Kreisen“, „Vulkan-Bild“, „Alles-ist-Scheiße-Bild“, mit Plastilin Fratzen formen, Selbstbild, Brückenbild, Mandala, Homepage einrichten (vgl. Weinberger &amp; Papastefanou, 2008), „Der Seelenvogel“ (Snunit &amp; Golomb, 1991)</p>
<p>Zutrauen in die Fähigkeiten der Jugendlichen, wachsam sein für Ressourcen</p>	<p>Ressourcenentdeckung und -aktivierung, dabei Eingehen auf, Verstehen von generalisierten negativen Selbstbewertungen als starre Überzeugungen</p> <p>Zuversicht vermitteln für die Entwicklung hin zum „Ich bin auf meinem eigenen Weg“, (vgl. Langer &amp; Langer, 2005, S. 81)</p> <p>Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen („Welche Bedürfnisse, Werte, Zukunftsbilder sind mir wichtig und wie gelingt es mir, diese zu verwirklichen?“)</p> <p>Angstbewältigung</p> <p>Peergroup-Zugehörigkeit, Freundschaftsbeziehungen thematisieren, reflektieren, Veränderungswünsche konkretisieren, Realisierung anregen und unterstützen</p>	<p>Malen des Fähigkeitenbaumes, Stärke-Bild,</p> <p>Entdecken und Ausprobieren von „neuen“ Tätigkeiten, wie Musik-Instrument spielen, Hipp-Hopp-Tanzen, Klettern, Schachspielen, Tischtennis ...</p> <p>Flow-Erleben erfahrbar machen (Csikszentmihalyi, 1991)</p> <p>Mit Werte-Symbolen eine persönliche Werte-Hierarchie finden, reflektieren, möglicherweise verändern</p> <p>Aktive Unterstützung (Entspannungsübungen ausprobieren, Mutsprüche finden, Imaginationen, der „sichere Ort“, Einführung von „Helferfiguren“, Angst-hierarchie erstellen, Planung und Durchführung von selbst gestellten Aufgaben) zur erfolgreichen Überwindung von Angstsituationen</p>
<p>Wertschätzung für Gefühle wie Ärger, Wut, Neid, Eifersucht auch Mut, Neugier, Sehnsucht, Zufriedenheit, kurzfristiges Glücksempfinden</p>	<p>Anregen, Erspüren von Bedürfnis- und Gefühlswahrnehmung „am Rande der Gewährwertung“ (Rogers, 1977b/1997, S. 24), dafür Symbolisierungen, Ausdrucksmöglichkeiten finden</p> <p>Klärungs- und Differenzierungsprozesse anregen und einführend begleiten bezüglich des Selbst-Erlebens/Selbstkonzeptes/Ideal-Selbst/befürchtetes Fremdbild als „Katastrophenphantasie“.</p>	<p>Körperhaltungen, Mimik, Gestik, Sprache miteinander ausprobieren und Rückmeldungen anregen, eventuell auch ausprobieren, welche Stopp-Signale intra- und interpsychisch im Alltag hilfreich sein können</p> <p><b>Teile-Arbeit</b></p> <p>Arbeit mit der Babuschka oder Schachteln (vgl. Weinberger &amp; Papastefanou, 2008), Handpuppen (vgl. Hockel, 2011, S. 41)</p> <p><b>Geschichten, Gedichte (finden, selbst schreiben), Gestaltungen, Finden von Symbolen zum Selbstbild/Fremdbild</b></p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Echtheit/Kongruenz: als Person präsent sein und sich den Jugendlichen für neue Beziehungserfahrungen zur Verfügung stellen</p> <p>„Sich selbst einbringen, wenn es angemessen ist.“ (Rogers, 1977b/1997, S. 31)</p> <p>Offenheit und Zuversicht hinsichtlich der Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben</p>	<p>Beziehung klären, konfrontieren (vgl. Finke, 2004), Impulse setzen, Fragen stellen, Ich-Botschaften und Selbstexploration als Modell</p> <p>Anregen/Ermutigen zur Teilnahme an einer Gruppe (in einem therapeutisch geschützten Rahmen, themen- oder freizeitorientiert)</p>	<p>Therapiemotivation in Abständen, positive/negative Erfahrungen mit der Therapeutin, positive/negative Effekte der Therapiestunden erfragen,</p> <p>Anerkennung, Freude über Entwicklungen der Jugendlichen ausdrücken</p> <p>Suchprozess hinsichtlich verschiedenster Angebote in die Wege leiten, (Stadtanzeiger, Internetsuche, Vereinsspiegel) und erste Schnupperkontakte vorbereiten</p>

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Freude über die Bewältigung schwieriger Situationen und das positive Erleben von Eigenständigkeit, persönlicher Individualität als auch in der Gebundenheit an andere Menschen äußern</p> <p>Vertrauen in die Kompetenzen der Jugendlichen, ihren eigenen Lebensweg zu gehen, vermitteln</p>	<p>Verankern von positiven Selbsterfahrungen</p> <p>Anregen zur Reflexion und eventuell Veränderung von Problemlöseverhalten</p> <p>Motivation zur Konkretisierung von Zukunftsträumen</p>	<p>Finden von passenden Symbolen (mental, real), Verknüpfung mit Körperbewegungen oder -haltungen</p> <p>Erfragen von Denk- und Handlungsschritten zur Zielbestimmung und Zielerreichung</p> <p>Aktive Unterstützung von Projekten (Schule, Ausbildung, Freizeit, soziale Kontakte)</p>
<p>Wertschätzung, Anerkennung und Unterstützung der Autonomiebestrebungen der Jugendlichen</p>	<p>Einleitung der Abschiedsphase</p> <p>Klärung der Frage, „Woran merke ich, dass ich die Unterstützung durch die Therapeutin nicht mehr brauche?“ (vgl. Hockel, 2011, S. 45)</p> <p>Unterstützung beim Finden einer Balance von Freude über die gelungene Zusammenarbeit und die gewachsene Vertrauensbeziehung einerseits und die mögliche Trauer/Sorge über den anstehenden Abschied andererseits</p> <p>Anregung zur eigenständigen Bewältigung von möglichen zukünftigen „Angstsituationen“</p>	<p>In Absprache mit den Jugendlichen Reduzierung der Kontakte (2–4 Wochen, 3–6 Wochen)</p> <p>Erfolgreiche, eigenständig bewältigte Entwicklungsschritte markieren: „Früher-Jetzt-Bild“, „mein Erfolgsberg“</p> <p>Einrichten eines „Notfallrucksackes“, Sammlung von bisher erfolgreichen Selbsthilfemaßnahmen</p>
<p>Achtsame, haltgebende und kongruente Begleitung bei der Loslösung</p> <p>Offenheit für die selbstbestimmte Gestaltung des Abschieds der Jugendlichen</p>	<p>Individuelle Absprache, gemeinsames Festlegen, einer Abschiedsstunde</p> <p>Abschied nehmen und die Erlaubnis zum Wiederkommen geben</p>	<p>Rituale als Hilfe zum Umgang mit Abschied/Loslösung thematisieren und für sich selbst individuell entdecken und ausprobieren können</p>

## 6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

### 6.2 Bezugspersonen von Kindern ab 3 Jahren bis zur Pubertät

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Von den drei Basisvariablen sind Empathie und Wertschätzung im Vordergrund mit dem Ziel, eine gute Beziehung zwischen Eltern und Therapeut/Therapeutin zu etablieren.</p> <p>Offenheit, Empathie und Wertschätzung für negative Gefühle und Bewertungen der Eltern gegenüber ihrem Kind</p>	<p>Entlasten durch Normalisieren Selbstakzeptanz fördern Empathische Bestätigung der Belastung Eigenes Erleben der Eltern empathisch und wertschätzend begleiten Konkurrenz abbauen, Therapeutin ist nicht bessere Mutter oder Vater „Wie soll das Kind nach der Therapie sein?“ Informieren über therapeutische Rahmenbedingungen und Therapievereinbarung treffen</p>	<p>Informationen sammeln über das Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Problematik, Stärken (Ressourcen)</li> <li>● Anamnese</li> <li>● Eltern-Kind-Beziehung, Bindung Schuldgefühle der Eltern</li> </ul> <p>Belastung der Eltern durch die Problematik des Kindes Resonanz der Eltern auf die Angstproblematik des Kindes: Erleben und für sich eine sinngebende Erklärung finden Klärung der Therapeutenrolle in der Elternarbeit: Konkurrenz Klärung von Erwartungen der Eltern an die Therapie Therapievertrag und Ziele bestimmen</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Unterstützend, ermutigend und stärkend statt fordernd und konfrontativ! Offen sein für negative Gefühle der Eltern gegenüber dem Kind und sich selbst</p>	<p>Förderliches Beziehungs- und Erziehungsverhalten der Eltern zu ihrem Kind aufbauen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Resonanz der Eltern auf die Problematik des Kindes und Grundgefühle gegenüber dem Kind, z. B. Wut, Hilflosigkeit bearbeiten</li> <li>● Gefühle des Kindes annehmen lernen</li> <li>● Analyse der Eltern-Kind-Interaktion in konkreten Angstsituationen</li> <li>● Sicherheit und Geborgenheit geben bei Nähewünschen und autonomen Tendenzen des Kindes</li> <li>● Autonomieentwicklung des Kindes fördern und Gefühle, die das bei den Eltern auslöst, bearbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Erleben vertiefen und Gefühlsklärung ggfs. unter Einbeziehung eigener biografischer Erfahrungen der Eltern: eigene Ängste und deren Bewältigung (Ressourcen), mögliche Unterschiede zwischen den Eltern wahrnehmen, thematisieren und für das Erleben des Kindes verstehbar machen</li> <li>● Informationen geben und gemeinsames Sammeln von Wissen über Angst: Beschreibung des Gefühls, Universalität, Funktion, Subjektivität, Ausdrucksformen kindlicher Ängste</li> <li>● Durch die Annahme eigener Ängste (s. o.) das Einfühlungsvermögen und die Annahme der Ängste des Kindes unterstützen.</li> <li>● Genaue Beschreibung der Interaktion und des Erlebens von Eltern und Kind: Emotionen im Alltag spüren und formulieren lernen</li> <li>● Erarbeitung von Handlungsalternativen (s. Sicherheit und Geborgenheit geben ... und Autonomieentwicklung des Kindes fördern ...)</li> <li>● Dabei den Umgang der Eltern mit eigener Unsicherheit und eigenem Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit mit einbeziehen: „Wie bekommen Sie Sicherheit und Geborgenheit?“</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eltern ermutigen und unterstützen, dem Kind etwas zuzutrauen und loszulassen</li> <li>• Auf die Stärken (Ressourcen) des Kindes achten und ihm Erfahrungen von Selbstwirksamkeit ermöglichen</li> <li>• Außenkontakte des Kindes fördern: Freunde, Hobbys, Sport, Vereine etc.</li> </ul>
	Kontakt zu anderen Bezugspersonen (Kindergarten, Schule, Hort etc.) und die Beziehung zwischen Eltern und anderen Bezugspersonen stärken	Ggfs. Helferrunde

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Wertschätzung und Freude über die positiven Entwicklungen beim Kind und die erreichten Veränderungen in der familiären Kommunikation</p> <p>Abschiedsthematik der Eltern aufmerksam achten und entsprechend aufgreifen</p> <p>Offenheit für Fragen/Sorgen/Hoffnungen hinsichtlich der Zukunft des Kindes</p>	<p>Rückblick:</p> <p>Reflexion der Entwicklungsfortschritte des Kindes und Zutrauen in die Fähigkeiten des Kindes anhand konkreter Beispiele im Alltag anregen</p> <p>Verankern der veränderten Zugangsweise der Eltern zur Gefühlswelt ihres Kindes</p> <p>Vorbereitung der Abschiedsphase, Festlegen der Abschiedsstunde des Kindes, eventuell gemeinsame Abschiedsstunde mit der Familie</p> <p>Betonung der Ressourcen des Kindes und der Familie</p> <p>Rückfallprophylaxe</p>	<p>Gemeinsames Sammeln von Erfahrungen der erfolgreichen Bewältigung von schwierigen (An gst-)Situationen des Kindes</p> <p>Alltags-Beispiele zusammentragen von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gelungener Empathie für die Gefühle, Bedürfnisse des Kindes</li> <li>• Förderung der Eigenständigkeit des Kindes</li> <li>• Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen</li> <li>• Unterstützung bei der selbstständigen Bewältigung von Angstsituationen</li> </ul> <p>Gemeinsame Absprache hinsichtlich Reduzierung der Termine</p> <p>Angebot einer erneuten Kontaktaufnahme bei Bedarf</p>

### 6.3 Bezugspersonen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Zu Beginn einer Therapie mit Jugendlichen wird geklärt, wer zum Kreis der Bezugspersonen und Personensorgeberechtigten gehört. Hierbei kann es sich um leibliche Eltern oder Elternteile, Stiefeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern sowie Bezugserzieher bei stationärer Unterbringung handeln. Im Verlauf einer Therapie kann es auch zu einer Erweiterung oder Reduzierung des Personenkreises kommen.

Jugendliche und junge Erwachsene werden in der Regel von besorgten, oft selbst hoch belasteten Bezugspersonen, von Eltern, einem Lehrer, Arzt oder „guten Freund“ zur Therapeutin zum Erstgespräch „geschickt“. Sie kommen häufig gegen ihren Willen im „Schlepptau“ ihrer Eltern oder eines Elternteils, manchmal mit Begleitschutz eines „guten Freundes/einer guten Freundin, selten eigeninitiativ und alleine. Es sind verschiedenste Settings des Erstgesprächs möglich (vgl. Behr, 2006), die die Therapeutin vor die Aufgabe stellen, sich als

„Bündnispartnerin“ der Jugendlichen zur Seite zu stellen und dabei gleichzeitig Wertschätzung, Verständnis und Unterstützung für die unterschiedlichsten Anliegen (vgl. Bastian, 2008) der Personensorgeberechtigten aufzubringen. Der (häufig niedrig frequente) gemeinsame Austausch Jugendliche/Personensorgeberechtigte/Therapeutin über die Entwicklung der Jugendlichen aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht auch die Sicht auf ein vollständigeres Bild und vermeidet die manchmal von der Jugendlichen ersehnte Ausgrenzung von Lebenswirklichkeit in den Therapiestunden.

Grundsätzlich ist es wünschenswert, die Jugendlichen für die Zusammenarbeit mit ihren Personensorgeberechtigten zu gewinnen und ihre Zustimmung für gemeinsame Gespräche Jugendliche/Therapeutin/Personensorgeberechtigte zu erwirken. Der Bedarf zu einem gemeinsamen Gespräch kann von den Jugendlichen, der Therapeutin sowie den Personensorgeberechtigten angemeldet werden. Die Gespräche werden mit den Jugendlichen vor- und nachbereitet. Die Häufigkeit der

Gespräche und ihre inhaltliche Thematik orientieren sich am Entwicklungsprozess der Jugendlichen und den Beziehungen zu ihren Bezugspersonen. Einzelgespräche mit den Personensorgeberechtigten können hilfreich sein, sind jedoch nur mit Rücksprache/Einwilligung der Jugendlichen sinnvoll. Dabei ist darauf zu achten, dass die Jugendlichen über Inhalte der Gespräche informiert sind/werden, wobei jedoch die Intimsphäre der Personensorgeberechtigten gewahrt bleibt.

Es ist Aufgabe der Therapeutin, immer wieder mögliche „Fallstricke“ der Bezugspersonenarbeit zu reflektieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2003, S. 298) wie: „Auftragsklärung“, „Kontaktaufbau und -halten zu allen Beteiligten des Bezugspersonengesprächs“, „Gefahr der Identifikation mit einem Teil der Familie“, „das Gefühl, benutzt zu werden“.

Bei Ängsten von Kindern und Jugendlichen besteht häufig eine zu enge, nicht altersadäquate Bindung an die wichtigste Bezugsperson. Die meist schon seit längerem bestehende

Symptomatik behindert eine eigenständige Entwicklung der Jugendlichen. Im weiteren Verlauf der Therapie können offen und mit Wissen der Jugendlichen geplante Einzeltermine mit den Bezugspersonen eine altersadäquate Loslösung von Eltern und Kindern dahingehend unterstützen, dass auch die Eltern für ihren Anteil Verantwortung übernehmen und sich eigenverantwortlich damit auseinandersetzen (eventuell Eigentherapie).

Bei volljährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden Bezugspersonengespräche (Eltern, Bezugserzieher, Freund/Freundin, Lebenspartner/Lebenspartnerin) in Abhängigkeit von der Lebenssituation, persönlicher Entwicklung, Stand des Loslösungsprozesses der Jugendlichen von ihren Bezugspersonen und situativen Erfordernissen (z. B. durch die Angstsymptomatik bedingte massive Einschränkung eigenständiger Lebensführung im Alltag) ausschließlich mit Zustimmung der Jugendlichen statt (eher niedrig frequent, unregelmäßig, bei Bedarf).

<b>Therapieingangsphase – Beziehungsaufbau</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Empathie und Wertschätzung, Vertrauensaufbau der Bezugspersonen in die Therapeutin/in den Therapeuten ermöglichen Anerkennung bisheriger Lösungsversuche	Balance finden zwischen zuhören, begleiten und „offene“ Fragen stellen Strukturieren, informieren über Vorgehensweise der Therapeutin Auf Kontakt mit allen Anwesenden achten, „Jeder kommt zu Wort.“	Lebt die Jugendliche mit den Bezugspersonen zusammen, Sammeln von Stärken und Wünschen der einzelnen Familienmitglieder in ihrem Alltag und Zusammenleben Nachfragen und Aufklären über Angstsymptomatik und deren Bedeutung/ Belastung für die jeweiligen Familienmitglieder
Betonung der Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder und der Gesamtfamilie Entwicklung einer positiven Sicht hinsichtlich des zukünftigen Weges (einzelne Familienmitglieder, Gesamtfamilie) Offenheit, Empathie und Wertschätzung für negative Gefühle und Bewertungen, die gegenseitig geäußert werden, dabei gleichzeitig die grundsätzliche Parteilichkeit für die Jugendlichen bewahren	Entwicklung der Empathie der einzelnen Familienmitglieder füreinander Familienmitglieder untereinander in Kontakt bringen Negative Bewertungen und Abwertungen annehmen, indem individuelles Erleben einer Situation differenziert beschrieben und akzeptiert wird Klare Strukturen und Sicherheit vermitteln Rollenklärung Informieren über zukünftige Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen in verschiedensten Konstellationen	Zirkuläres Fragen, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Differenzierung anregen, konkretisieren Ruhe und Zuversicht Therapievertrag und Ziele bestimmen Informieren über therapeutische Rahmenbedingungen und Therapievereinbarung treffen Über Schweigepflicht informieren Klärung von Erwartungen der Bezugspersonen an die Therapie/Therapeutin, Befürchtungen der Bezugspersonen Konkurrenz ansprechen, Therapeutin/Therapeut ist nicht bessere Mutter oder besserer Vater, sondern „Wegbegleiterin“ für die Entwicklung in die Eigenständigkeit Ansprechen von Häufigkeit, Bedeutung, mögliche Themen und Formen der Kontakte mit den Bezugspersonen

<b>Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategie</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
<p>Weiterhin Empathie und Wertschätzung, deutlicher Authentizität zeigen Wertschätzend konfrontieren</p>	<p>Eigene Anteile der Bezugspersonen reflektieren, wertschätzen und gemeinsam förderliche Veränderungsschritte für die Jugendlichen erarbeiten (und bei Bedarf Motivation für eigene therapeutische Unterstützung)</p> <p>Kognitive Möglichkeiten der Bezugspersonen nutzen und soziales Lernen fördern</p> <p>Bedeutung/Einfluss von nonverbalen Botschaften vermitteln</p> <p>Die Einzigartigkeit und Bedeutung der einzelnen Personen und der Familie spürbar machen, um die Compliance und Offenheit zu fördern</p> <p>Förderung der Individuation: Eltern beim Loslassen unterstützen, Jugendliche beim „Losmarschieren“</p> <p>Individuation der Jugendlichen in Beziehung zu den wichtigen Bezugspersonen stellen</p> <p>(Balance zwischen Autonomie und sozialer Gebundenheit thematisieren, vgl. Stierlin, 2005)</p>	<p>Selbsteinbringen, Selbstöffnung, Selbstexploration fördern, Rollenübernahme anregen</p> <p>Teile-Arbeit anregen</p> <p>Inhaltliche Wiedergabe von Verhaltensweisen (Mimik, Gestik, Körperhaltung)</p> <p>Präsenz und Wachheit im Kontakt</p> <p>Übernahme/Abklärung von Selbstverantwortung (Humor und vorsichtige Provokation, Selbstexploration)</p> <p>Reflexion und Reduzierung der bei Angstsymptomatik häufig auftretender Überfürsorglichkeit der Bezugspersonen</p> <p>Thematisieren und bei Bedarf Neufestlegung persönlicher Grenzen (körperlich, Zimmer, Schlafenszeiten, Internetnutzung etc.)</p>
	<p>Reflexion und Veränderung der elterlichen Reaktionen in für die Jugendlichen angstbesetzten Situationen</p> <p>Förderung altersadäquater Formen des familiären Zusammenlebens/Begleitung der Familie beim Individuationsprozess (Pubertät)</p> <p>Bei allen Beteiligten Stärkung von Selbstwert, Reflexion der Erfahrung von Selbstwirksamkeit, Aufbau von Motivation und Selbstzutrauen für weitere Entwicklungsschritte</p>	<p>Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen hinsichtlich einer veränderten Alltagsgestaltung</p> <p>Handlungsalternativen: mehr Eigenständigkeit beim Füllen von Freiraum (Jugendliche/Bezugspersonen gemeinsam) entwickeln</p> <p>Gemeinsame Abklärung und gegebenenfalls Gestaltung von gemeinsamen Aktivitäten/Kontakten</p> <p>Verantwortungsübernahme für sich und die eigenen Handlungen</p> <p>Wiederholtes Reflektieren der aufgrund des Entwicklungsprozesses der Jugendlichen veränderten Beziehungsmuster</p> <p>Raum geben, Sammeln, Würdigen, Verankern von erreichten Entwicklungsfortschritten (kreative Arbeit mit Medien: Urkunde, Kraftstein etc.)</p>

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmedien/-methoden
Wertschätzende Anerkennung Zutrauen in die Stärken der Familie/Familienmitglieder Nach Abschied Offenheit/Dankbarkeit Eigenreflexion über den Therapieverlauf, die Begegnung mit den Bezugserziehern, den Jugendlichen, der Familie	Stabilisierung der erreichten veränderten Beziehungsgestaltung zwischen Jugendlichen und Bezugspersonen Zukunftsvisionen/-ängste reflektieren Vorbereitung des Abschieds Abschließende Reflexion über den Therapieverlauf Verbesserung meiner Kompetenz als Therapeutin/Psychohygiene	Verankern des Erreichten Frage nach Wünschen, Unerledigtem, Mutmachen hinsichtlich der Zukunftsperspektiven, Zeitstruktur für Abschied festlegen Rückschau, Rückfallprophylaxe (spätere Unterstützungsmöglichkeiten bei erneutem Auftreten der Symptomatik, Abschiedsritual Fragebogen als Rückmeldung für den Therapeuten/die Therapeutin Auswertung des Fragebogens, Intervention, Supervision

### 7. Handlungsleitlinien zur Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes

Je nach Alter, Störung und spezifischer Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen empfiehlt es sich, Kontakte mit dem sozialen Umfeld (Erzieher/Erzieherinnen, Lehrer/Lehrerinnen, Fachkräfte der Jugendhilfe) aufzunehmen und sie für die spezifischen Probleme und Bedürfnisse des ängstlichen Kindes zu sensibilisieren. Voraussetzung ist wieder die Zustimmung von Patient und Bezugspersonen und die erforderliche Entbindung von der Schweigepflicht durch elterliche Bezugspersonen. Insbesondere bei Trennungsängsten des Kindes beim Besuch von Kindergarten, Schule und anderen Institutionen braucht es klare Absprachen zwischen Therapeutin, Eltern und weiteren Bezugspersonen, um das Kind/den Jugendlichen bei der Bewältigung seiner/ihrer Ängste unterstützen zu können. Es gilt die besondere Bedeutung von Empathie und Wertschätzung für die Begegnungshaltung mit dem ängstlichen Kind zu vermitteln. Gleichzeitig ist es sinnvoll, Informationen über die Störung und auch Veränderungswissen weiterzugeben. Dabei sollte weniger eine fordernde, sondern eher eine unterstützende, ermutigende und stärkende Haltung des sozialen Umfeldes gegenüber dem Kind im Vordergrund stehen.

### Literatur

- Bastian, M. (2008). *Praktische Überlegungen zur Psychotherapie männlicher Jugendlicher*. In S. Weinberger & C. Papastefanou, *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 154–176). Weinheim: Juventa.
- Behr, M. (2006). *Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. *PERSON*, 10, 2, S. 108–117.
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Langeweile: Im Tun aufgehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DGKJPP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Frankfurt/M.: Ärzte-Verlag
- Döring, E. (2011). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bei Angststörungen*. In S. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke & M. Schwarz (Hrsg.), *Ich sehe, was Du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 89–103). Stuttgart: Kohlhammer.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). *Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie*. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3* (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). *Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Körner, H. (1990). *Johannes*. Fellbach: Lucy Körner Verlag.
- Langer, I. & Langer, S. (2005). *Jugendliche begleiten und beraten*. München: Reinhardt.
- Morris, R. J. & Kratchowill, T. R. (1991). *Childhood fears and phobias*. In T. R. Kratchowill & R. J. Morris (Eds.), *The practice of child therapy* (76–114). New York: Pergamon.



- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). *Kinder und Jugendliche*. In J. Eckert, E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 295–332). Heidelberg: Springer.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (2002). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Roelle, I. (2002). Unveröffentlichtes Manuskript: *Ausgewählte Störungen des Kindes- und Jugendalters*. Münster
- Rogers, C. (1977b/1997). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Snuit, M. & Golomb, N. (1991). *Der Seelenvogel*. Hamburg: Carlsen.
- Steinhausen, H. C. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Stierlin, H. (2005). *Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Systemisch-therapeutische Perspektiven*. Heidelberg: Carl Auer.
- Teusch, L. & Finke, J. (1999). Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4, 241–246.
- Timmermann, T. (2004). *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.

# Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Stephan Jürgens-Jahnert   Claudia Boeck-Singelmann   Christiane Monden-Engelhardt   Kerstin Zebiri  
 Psychotherapeutische   Psychotherapeutische   Psychotherapeutische   Erziehungs- und  
 Praxis, Wetter   Praxis, Düsseldorf   Praxis, Eschborn   Beratungsstelle, Wildau

Das Störungsverständnis depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter geht aus von einem Zusammenwirken anlagebedingter Faktoren, insbesondere neurophysiologischer Regulationssysteme, auf der einen Seite und erfahrungskorrelierter Einflüsse auf der anderen Seite. Zu letzteren zählen gravierende Verlusterfahrungen, die Güte der Bindung einschließlich der affektiven Bezogenheit sowie die Beachtung dieser Erfahrungen durch die wichtigen Bezugspersonen. Dieses personzentrierte, störungsspezifische Verständnis bildet die Grundlage für die Handlungsleitlinien Depression, die sich differenziert nach Altersstufen auf die Bereiche Diagnostik, psychotherapeutische Behandlung des jungen Patienten sowie die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen beziehen.

*Schlüsselwörter:* Leitlinie, Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, Klientenzentrierte Psychotherapie, Bezugspersonenberatung

**Depressive Disorders — Therapeutic Guidelines for Person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers.** The understanding of depressive disorders in childhood and adolescence is based on two interacting factors: On the one hand there are constitutional components, in particular neurophysiologic systems of regulation, and on the other hand there are influences that correlate to experience. The latter include experiences of severe loss, the quality of attachment including the affective relatedness as well as the response by the relevant care takers to these experiences. This person-centered disorder-specific understanding provides the basis of the guideline depression. Depending on age it is divided into different fields: diagnostics, psychotherapeutic treatment of the young patient, and working together with relatives and other care takers.

*Keywords:* therapeutic guidelines, depressive disorders in childhood and adolescence, client-centered psychotherapy, working together with relatives and other care takers

**Stephan Jürgens-Jahnert**, geb. 1951, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

**Claudia Boeck-Singelmann**, Dr. phil., geb. 1949, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Ausbilderin für Klientenzentrierte Psychotherapie (GwG) und Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), niedergelassen in eigener Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

**Christiane Monden-Engelhardt**, Dr. phil., geb. 1954, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Supervision, Coaching, [www.Monden-Engelhardt.de](http://www.Monden-Engelhardt.de).

**Kerstin Zebiri**, Dr. paed., geb. 1961, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), langjährig tätig in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Dozentin/Ausbilderin bei verschiedenen Ausbildungsstätten.

**Korrespondenzadresse:** Dipl.-Psych. Stephan Jürgens-Jahnert, Psychotherapeutische Praxis, D-35083 Wetter, Im Ketzgergrund 24, E-Mail: [juergens-jahnertpraxis@web.de](mailto:juergens-jahnertpraxis@web.de)

## 1. Das Erscheinungsbild der Störung

Das Erscheinungsbild der depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter verändert sich altersabhängig, folgende vier Bereiche können unterschieden werden (vgl. DGKJPP, 2007):

Table 1: Erscheinungsformen depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)	Im Vorschulalter (3–6 Jahre)	Bei jüngeren Schulkindern	Im Pubertäts- und Jugendalter
Wirkt traurig Weint schnell Ausdrucksarmes Gesicht Erhöhte Irritabilität Wenig Explorationsverhalten/Neugier Auffällig pflegeleicht und angepasst Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Selbststimulierendes Verhalten: Jactatio capitis, exzessives Daumenlutschen, genitale Manipulation Auffälliges Spielverhalten Spielunlust Mangelnde Fantasie Verzögerte Sprachentwicklung	Weint schnell Trauriger Gesichtsausdruck Stimmungslabil Verminderte Gestik und Mimik Antriebsarm Wirkt oft abwesend Mangelnde Fähigkeit sich zu freuen Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten Introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten Risikohaftes Verhalten Sprachentwicklungsrückstand Vegetative Beschwerden (Kopf-/Bauchschmerzen)	Weint schnell Verbale Berichte über Traurigkeit Antriebsarm Wirkt oft abwesend Negatives Selbstbild/Selbstwert Schuldgefühle Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken Suizidale Gedanken Risikohaftes Verhalten Psychosomatische Störungen Schulleistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit	Vermindertes Selbstvertrauen Apathie, Angst und Konzentrationsmangel Antriebsarm Pessimistisch Wirkt oft abwesend Negatives Selbstbild/Selbstwert Schuldgefühle Suizidalität Leistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit Psychosomatische Störungen Stimmungsschwankungen Rückzugsverhalten

## 2. Diagnose/Differentialdiagnostik

Diagnostik ist ein integraler Bestandteil Personenzentrierter Psychotherapie (Jürgens-Jahnert, 2002). Sie geht von der Phänomenologie der vorliegenden Störung aus und versucht, die zugrunde liegenden Inkongruenzen aufzudecken. Durch das Fehlen ausreichender, genuin personenzentrierter Untersuchungsverfahren werden in der Praxis verschiedene Instrumente adaptiert.

### 2.1 Spezifika des Störungsbildes

Die Umschreibung depressiver Störungen im Kindesalter war lange Zeit umstritten (Nissen, 2002); sie ist jedoch durch Forschungen inzwischen akzeptiert. Je nach Entwicklung und Alter können die Symptome variieren und sich verändern (s. Tabelle 1). Im Jugendalter entsprechen die Symptome im Wesentlichen denen der Erwachsenen. Übereinstimmung besteht in folgenden kardinalen Symptomgruppen (Remschmidt, 2005):

1. Traurige, depressive Grundstimmung
2. Denkhemmung
3. Hemmung der Handlungsfunktionen

Die meisten Menschen erleben im Verlaufe ihres Lebens irgendwann einmal depressive Symptome. In der Pubertät sind sie häufig anzutreffen, ohne dass es sich um ein depressives Syndrom von Krankheitswert handeln muss. Für dessen Diagnose sind Dauer, Symptommuster, -anzahl und der Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung entscheidend.

#### 2.1.1 Epidemiologie

**Alter:** Nach Rutter (in: Remschmidt, 2005) sind depressive Verstimmungen im Kindesalter eher selten und nehmen in der Adoleszenz zu, wie auch depressive Erkrankungen. Laut Nissen (2002) sind Depressionen bei Kindern und Jugendlichen gleich häufig wie bei Erwachsenen, wurden früher oftmals „underdiagnosed“. Dabei liegt das Hauptmanifestationsalter depressiver Störungen zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr.

Es wird von einer **Prävalenz** von in der

- Kindheit 0,5–2,5 %
- Jugendalter 2,0–8,0 %

ausgegangen (Harrington, 1994, in: Herpertz-Dahlmann, 1997, S. 232).

Bzgl. **Geschlecht** sind Jungen vor und Mädchen nach der Pubertät von depressiven Störungen häufiger betroffen, bei

Mädchen ist die Auftretensrate zunächst fast doppelt so hoch (Essau, 2002 zitiert nach Fröhlich-Gildhoff, 2004).

Die **Komorbidität** mit anderen Störungen ist hoch, insbesondere mit Angststörungen, Anpassungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Generell sind depressive Symptome in klinischen Stichproben häufig; so enthalten nach Knölker, Matzejat und Schulte-Markwort (2007) neunzehn verschiedene nosologische Einheiten in der ICD-10 depressive Störungsbilder.

### 2.1.2 Klassifikation

In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) gibt es keine eigene Kategorie für die Klassifikation von depressiven Syndromen mit Krankheitswert für das Kindes- und Jugendalter, sondern nur eine, die sich an der Psychopathologie des Erwachsenenalters orientiert mit Ausnahme von F92.0 „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung“. Die Kategorie F93 „Emotionale Störungen des Kindesalters“ enthält kein depressives Syndrom.

## Klassifikation depressiver Syndrome nach ICD-10:

### Organisch affektive Störungen (F06.3)

Als Verursachung wird eine zerebrale oder andere körperliche Störung angenommen.

### Depressive Episode (F32.0–F32.3)

Eine depressive Episode liegt vor, wenn seit mindestens zwei Wochen eine gedrückte Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhte Ermüdbarkeit vorherrschen. Auch können somatische und/oder psychotische Symptome zusätzlich vorhanden sein. Auf das jeweilige Alter der Kinder ist aufgrund der o. g. Gründe besonders zu achten.

### Rezidivierende depressive Störung (F33.0–F33.3)

F33 liegt vor, wenn sich eine depressive Episode wiederholt. Dabei dauern die Episoden zwischen drei und zwölf Monaten. Es gibt für Kinder und Jugendliche bisher noch keine einheitlichen Kriterien bzgl. Definition, Symptomatik und Verlauf depressiver Störungen (DGKJPP, 2007).

### Anhaltende affektive Störungen (F34)

Bei der Zykllothymia (F34.0) wechseln sich zahlreiche Perioden leichter Depression und gehobener Stimmung ab, bei der Dysthymia (F34.1) handelt es sich um eine chronische, aber leichtere depressive Verstimmung.

### Anpassungsstörungen (F43.2)

Eine Anpassungsstörung kann nach belastenden Lebensereignissen wie dem Verlust einer Bezugsperson entstehen. Sie kann

sich in Form einer kurzen (F43.20) oder längeren (F43.21) depressiven Reaktion manifestieren, die sich mit Angst (F43.22) oder mit einer Störung des Sozialverhaltens (F43.25) mischen kann.

### Bipolare affektive Störungen (F31)

Es treten depressive Episoden im Wechsel mit manischen oder hypomanischen Phasen auf.

### 2.1.3 Schweregradeinteilung

Bzgl. F32 und F33 gibt es für das Kindesalter noch keine einheitliche Schweregradeinteilung, sie erfolgt nach dem klinischen Bild der Beeinträchtigung. Nach der Pubertät kann für das Jugendalter die Schweregradeinteilung des Erwachsenenalters übernommen werden.

### 2.1.4 Klinisches Erscheinungsbild/Symptomatik

Die Symptomatik depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist sehr verschiedenartig. So zeigen sich Kinder oft überangepasst mit einer ausgeprägten Verleugnungstendenz und es besteht die Gefahr des Übersehens der depressiven Störung. Gleichzeitig bestehen oft große Schamgefühle. Bei jüngeren Kindern ist es daher wichtig, ihr Spiel-Verhalten (Unlust, schnelle Entmutigung, dysphorisches Abwehrverhalten), Essverhalten (Mäkeligkeit, reduzierter oder vermehrter Appetit) und Schlafverhalten (Ein-, Durchschlafstörungen, Früherwachen, Alpträume) zu beobachten. Auch können Bauchschmerzen und manchmal Fieberattacken insbesondere bei jüngeren Kindern auf Depressionen hinweisen. Bei älteren ist zusätzlich ihr Leistungsverhalten zu berücksichtigen (DGKJPP, 2007). Eine systematische multiaxiale kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik ist insofern angezeigt (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006).

### 2.1.5 Leitsymptome

Die ICD-10 fordert für die Symptomatik eine Dauer von mindestens zwei Wochen. Von den nachfolgenden Leitsymptomen (DGKJPP, 2007) müssen die ersten drei immer vorhanden sein:

- Gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen
- Verlust von Interesse oder Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- Unbegründete Selbstvorwürfe
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
- Änderung der psychomotorischen Aktivität (Agitiertheit oder Hemmung), verminderter Antrieb
- Kopfschmerzen, gastro-intestinale Beschwerden

- Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörungen, Früherwachen)
- Störungen des Appetits
- Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen

Ferner sind die entwicklungs- und altersabhängigen Symptome zu beachten, vgl. Tabelle 1.

## 2.2 Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Eine Depression im Kindes- und Jugendalter sollte von Störungen abgegrenzt werden, deren Erscheinungsbild Ähnlichkeiten aufweist: Angststörung, Bindungsstörung, akute Belastungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Autismus und Asperger (bis zum 3. Lebensjahr), beginnende Psychose sowie schizo-afektive Störung bei Jugendlichen.

## 2.3 Diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen und die Auswahl der möglichen Verfahren orientiert sich am Alter des Kindes, seinem Entwicklungsstand und der jeweiligen Fragestellung.

Kleinkinder:

- Verhaltensbeobachtung
- Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamnese: Kind, Bezugsperson, leibliche Eltern
- Exploration

Vorschulkinder:

- Verhaltensbeobachtung, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamnese mit Bezugspersonen, leiblichen Eltern sowie Exploration
- Fremdanamnese/Exploration Kindergarten: Erzieherinnen
- Malen
- Tests: z. B. Familie in Tieren, Baum-, Mensch-, Thomas-Erzähl-Test, Schweinchen-Schwarzfuß, SET, CAT

Schulkinder:

- Verhaltensbeobachtung, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamnese, Exploration
- Fremdanamnese/Exploration Schule: Lehrer und Lehrerinnen
- Tests: Familie in Tieren, Baum-, Mensch-, Thomas-Erzähltest, Schweinchen-Schwarzfuß, SET, CAT, Kinderwelttest

(KWT), Childrens Depression Rating Scale (CDRS), Depressionstest für Kinder (DTK), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14), Aussagenliste zum Selbstwertgefühl (ALS), Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ), Who am I u. a. Verfahren zum Selbstbild, Children's Behaviour Checklist (CBCL)

- Intelligenztestung wegen möglicher Über- oder Unterforderung

Jugendalter:

- Verhaltensbeobachtung, Anamnese, Exploration: siehe Schulkinder
- Tests: Aussagenliste zum Selbstwertgefühl (ALS), Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14), Childrens Depression Rating Scale (CDRS), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), SCL-90-R (Symptom-Checkliste), Familien-Brett, Lebenslinie, Intelligenztestung

Die angewandte Diagnostik sollte klären, inwieweit Entwicklungsbesonderheiten in folgenden Bereichen vorliegen (Remschmidt, Schmidt & Poustka 2006):

Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse III: Intelligenzniveau

Achse IV: Körperliche Symptomatik

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

## 3. Personzentriertes Störungsverständnis der Depression, Genese

Ausgangspunkt des Personzentrierten Erklärungsansatzes zur Entstehung depressiver Störungen ist die Vorstellung eines Zusammenwirkens biologischer, innerpsychischer und sozialer Faktoren (Fröhlich-Gildhoff, 2004). Die biologischen Faktoren lassen sich im Wesentlichen als anlagebedingt festgelegte Ausprägung des aus Aktivierung und Hemmung bestehenden neurophysiologischen Regulationssystems beschreiben. Die innerpsychischen Anteile entwickeln sich in der Interaktion mit der Umwelt und betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Unterstützung der kindlichen Emotionsregulation und Affektabstimmung
- Das Erfahren einer sicheren Bindung
- Das Erleben von Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Aus biologischer Disposition und aus Beziehungserfahrungen bildet sich die Selbststruktur (Rogers, 1959a/2009), deren

Vulnerabilität oder Stärke in Abhängigkeit von der Ausprägung der Selbstregulation, der Qualität der Bindungsrepräsentationen, der Selbstwirksamkeits-/Kontrollüberzeugungen sowie der Handlungspotentiale beurteilt wird. Die Güte der Selbststruktur bestimmt maßgeblich die Fähigkeit zur Bewältigung sozialer Belastungssituationen (Jürgens-Jahnert, 2011), wobei die Ausprägung einer depressiven Störung zusätzlich von vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst wird.

Mehler-Wex und Kölch (2008) zeigten, dass sich im Vorfeld von depressiven Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen bei rund 70 % kritische Lebensereignisse im Sinne schwerer Belastungen finden. Hier geht es insbesondere um Verluste, die Kinder in jungen Jahren erleiden, wie den Tod einer Bezugsperson, Trennung, chronische Streitsituationen in zerrütteten Familien oder psychische Erkrankung eines Elternteils.

Wie wirkt sich eine solche spezifische Belastungssituation nun auf die (Inkongruenz-)entwicklung eines später depressiven Kindes aus? Verlust- und Trennungserfahrungen führen bei der verbleibenden/hauptsächlich betreuenden Bezugsperson zu großer eigener emotionaler Belastung, zu Überforderung und möglicherweise psychischem Rückzug. Diese Bezugsperson wird über längere Zeit nur bedingt in der Lage sein, die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes empathisch zu verstehen und prompt und angemessen zu reagieren. Typischerweise wird die Bezugsperson versuchen, ihre eigenen Gefühle vor dem Kind zu verbergen und ist damit selbst gehemmt und vermutlich inkongruent im eigenen Affektausdruck. Das Kind spürt die innere Not der Bezugsperson und ist irritiert, angstvoll und eventuell existentiell bedroht in seiner Trauer, kann aber diese Erfahrungen nicht symbolisieren.

In Familien ohne Verlusterfahrungen kann ein Kind eine depressive Störung entwickeln, wenn die Bezugspersonen aus anderen Gründen für das Kind psychisch schwer erreichbar sind, so z. B. aufgrund eigener unsicherer Bindungserfahrungen und anderer schwerwiegender Probleme. Von zentraler Bedeutung ist, dass die Bezugsperson über längere Zeit nicht in der Lage war, bedingungsfrei und empathisch die Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen ihres Kindes zu verstehen. Aufgrund seines Bedürfnisses nach positiver Beachtung und entsprechend der Aktualisierungstendenz wendet sich das in einem inneren Spannungszustand und in diffuser Angst befindliche Kind immer wieder an seine Bezugsperson. Ist diese durch eigene Belastungen psychisch abwesend, erfährt das Kind unvollständige, verzerrte oder gar keine Symbolisierungen für seine Affekte. Es wird sich nun immer mehr allein gelassen, verloren und seinen Affekten ausgeliefert fühlen. Wut und Verzweiflung über diese Situation wird es als existentiell bedrohlich erfahren. Die damit verbundenen negativen Affekte können nicht ins Selbstkonzept integriert werden und bleiben abgespalten, u. a. aus Angst, damit die Bezugsperson ganz zu verlieren. Das

innere Erleben ist immer mehr durch Vernichtungsängste bestimmt, die Weiterentwicklung stagniert.

Das Kind wird zunehmend weniger eigene Bedürfnisse wahrnehmen und sich vermehrt damit beschäftigen, wie es trotz allem die Wertschätzung und Zuwendung der Bezugsperson erhalten kann. Vermutlich wird es diese am ehesten durch Leistungsziele (z. B. gute Schulnoten) zu erreichen versuchen oder durch deren Entlastung, indem es eigene Affekte unterdrückt oder ihr Verantwortung und Pflichten abnimmt. Erhält es damit Anerkennung von der Bezugsperson, so wird es im Sinne eines *circulus vitiosus* diesen Weg zu immer stärkerer Erfüllung der bei ihr vermuteten oder wahrgenommenen Wünsche gehen und sich vom eigenen inneren Erleben immer mehr abwenden.

Zudem wird das Kind Schuldgefühle entwickeln, wenn die Bezugsperson weiterhin psychisch belastet, abwesend und für es unerreichbar oder auch zurückweisend ist. Insbesondere Aggressionen und sich gegen diesen unerträglichen Zustand auflehrende Bedürfnisse müssen unterdrückt oder gehemmt werden, da ja das Kind existentiell auf die Bezugsperson angewiesen ist und um jeden Preis versuchen will, dieser nicht noch mehr Leid zuzufügen.

Haben die Kompensationsbemühungen des Kindes keinen Erfolg, wird es von der Bezugsperson, die sich selbst in ihrem Leid gefangen fühlt, wiederholt nicht oder nicht wertschätzend wahrgenommen oder sogar abgelehnt, wird es sich immer mehr zurückziehen. Es wird seine eigenen Bedürfnisse immer weniger leben und in der Folge auch nicht mehr wahrnehmen können. Mit der Zeit kann es auch seine Fähigkeit zur aktiven Beziehungsgestaltung verlieren, was seine soziale Isolation verstärkt. Soziale Beziehungen werden dann eher mit dem kompensatorischen Wunsch, von anderen anerkannt und gesehen zu werden, gelebt. Da das Kind sich inzwischen vom eigenen Erleben entfernt hat, geht es häufig um Anerkennung sozial erwünschter Leistungen.

Es entstehen Selbstzuschreibungen wie „ich bin nicht wert, ich kann nichts, mir gelingt nichts, ich bin ausgeliefert und hilflos, alle meine Bemühungen führen doch nur zu Misserfolgen und Versagen“ und „es gibt keinen Ausweg aus der Sackgasse, am besten wäre ich nicht mehr da“.

Diese durch die pathogene Interaktion geprägten Selbstzuschreibungen stehen im Widerspruch zu den organismischen Erfahrungen, die durch Wünsche und Bedürfnisse nach Eigenständigkeit bestimmt sind, zur natürlichen Tendenz des Menschen, sich zu entwickeln und zu entfalten. Darin sehen wir die typische Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung (Rogers, 1959/2009; Höger, 2006) für depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, die durch Hemmung und Stagnation der Selbstaktualisierung bestimmt ist.

Erneute Anstrengungen des Kindes, die psychische Umgebung immer besser und feinfühlicher zu verstehen in der

Hoffnung, damit selbst in der inneren Not gesehen zu werden, müssen scheitern, da diese die psychische Not der Bezugsperson nicht wirklich lösen können. Das Kind erlebt sich schuldig an dieser seiner Situation, es verliert sein Empfinden für Selbstwirksamkeit und entwickelt ein negatives Selbstwertgefühl. Das wird es wiederum im Sinne depressiver Verzerrung als persönliches Versagen, mangelnde Fähigkeit und eigene Schuld symbolisieren, wodurch sich die erlebte Hilflosigkeit verbunden mit Zukunftsängsten verstärkt. Letztlich führt dies zu Mutlosigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit und immer stärkerem Rückzug. Der erlebte Widerspruch zwischen eigenen Ansprüchen und Fähigkeiten führt zur Inkongruenz (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993; Biermann-Ratjen, 2006), wodurch der störungsspezifische Teufelskreis weiter verstärkt wird.

Der einzige Mechanismus, mit dem das Kind nun den Spannungszustand zumindest ein wenig auflösen kann, besteht darin, sich – wie oben beschrieben – überwiegend auf die Einfühlung in seine Bezugsperson, in andere zu konzentrieren und eigenes Erleben verzerrt wahrzunehmen oder zu verleugnen. Das Selbstkonzept bleibt deshalb unsicher und wenig differenziert, was eigene Wünsche, Bedürfnisse und Selbstverwirklichung angeht. Diese Entfremdung vom eigenen Erleben zeigt sich dann in depressiven Symptomen wie innerer Leere, Sinnlosigkeit und Apathie. Wiederholt sich im späteren Leben beispielsweise die Erfahrung des Verlassenwerdens durch eine Person, die den Selbstwert kompensatorisch stabilisierte, kommt es zum Zusammenbruch der Selbstachtung. Brechen Trauer und Enttäuschungswut unkontrollierbar hervor, verurteilt und bestraft sich die Person.

Anhand eines Fallbeispiels eines depressiven 11-jährigen Jungen beschreibt Hockel (2002) anschaulich die Symptomatik und einige exemplarische Sequenzen des Verhaltens von Kind und Therapeut in der Personzentrierten Psychotherapie.

#### 4. Fallspezifische Therapieplanung

Im Folgenden wird der Prozess der Therapieplanung vom Erstkontakt bis zum Therapiekontrakt beschrieben.

##### 4.1 Vorphase

**Erstgespräch:** Die Entscheidung über das Setting sollte nach dem Erstkontakt (i. d. R. telefonisch) getroffen werden; Literaturempfehlungen: Behr, 2006; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Jürgens-Jahnert, 2002; Monden-Engelhardt, 2002.

**Psychodiagnostik:** siehe insbesondere 2.3.

Bei depressiven Patienten muss der hohe Anpassungsdruck und die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten beachtet und

mit schambesetzter Zurückhaltung bezüglich Selbstschilderungen über die depressive Symptomatik vorsichtig umgangen werden!

**Indikationsstellung:** Sie erfolgt nach der Zusammenschau aller vorliegenden Informationen unter besonderer Berücksichtigung der Tendenz depressiver Kinder und Jugendlicher, sich unproblematisch darzustellen. Deshalb müssen Schilderungen der Eltern/Bezugspersonen bei der Entscheidung über Therapiebedarf beachtet werden. Die differentielle Indikation für Personzentrierte Psychotherapie erfolgt insbesondere beim Vorliegen von psychogenetisch relevanten Beziehungsstörungen in der Familie und/oder Störungen des kindlichen Entwicklungsprozesses. Die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen ist die Regel, insbesondere bei Beziehungsstörungen und/oder Empathiedefiziten. Zudem muss abgeklärt werden, ob eine eigene Therapie für ein Elternteil sinnvoll bzw. erforderlich ist.

##### 4.2 Therapieziele

Therapieziele beziehen sich sowohl auf die Besserung der Symptomatik als auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit.

###### a) Allgemeine, auf das Kind oder den Jugendlichen bezogene Therapieziele:

- Integration und Verarbeitung der Trauererfahrung(en)
- Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Wünsche und Unterstützung der Durchsetzung dieser
- Größere Selbstachtung und Selbstakzeptanz
- Erleben von Selbstwirksamkeit
- Verbesserung der Affektregulation
- Verbesserung der Abgrenzung von anderen
- Förderung eines angemessenen Erlebens und Ausdrucks von Aggression
- Verbesserung der Interaktionsregulation
- Stärkung der Selbststruktur/des Selbstkonzeptes
- Bessere Selbstaktivierung

###### b) Allgemeine, auf die Eltern oder Bezugspersonen bezogene Therapieziele:

- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes/Jugendlichen
- Verbesserung der Beziehung zum Kind/Jugendlichen
- Akzeptanz der Eigenständigkeit der kindlichen/jugendlichen Persönlichkeit einschließlich ihrer depressiven Seite
- Verständnis für Probleme des depressiven Kindes/Jugendlichen in der Geschwisterkonstellation
- Auseinandersetzung mit eigenen depressiven Anteilen
- Aushalten und Annehmen von negativen Gefühlen wie Trauer, Wut und Ärger

Vorgehen: Die Therapeutin<sup>1</sup> erfragt die Veränderungswünsche/Therapieziele des Kindes/Jugendlichen sowie die der Eltern/Bezugspersonen. Aus diesen Patienteninformationen einerseits und ihren eigenen, sich aus dem Verfahren, ihrer Berufserfahrung und dem konkreten Fall ergebenden störungsspezifischen Zielvorstellungen andererseits entwickelt sie die fallspezifischen Veränderungsperspektiven, die sie dann mit den Betroffenen abklärt und vereinbart.

#### 4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Beim Vorliegen einer Depression erhält die Zusammenarbeit mit den bedeutsamen Bezugspersonen des betroffenen Kindes einen besonderen Stellenwert. Zwar werden im therapeutischen Prozess korrigierende Beziehungserfahrungen möglich, doch wünschen sich die Kinder besonders von den ihnen nahe stehenden Bezugspersonen, in ihrem Sein akzeptiert und verstanden zu werden. Diese Menschen haben den Entwicklungsprozess des Kindes bis hier hin begleitet – wenn auch einige nur zeitweise – ihn jedoch maßgeblich geprägt und sie werden bei der Fortsetzung dieses Weges wieder einen besonderen Stellenwert erhalten.

Es gilt also, bereits sowohl im Erstgespräch mit den Bezugspersonen als auch im Erstkontakt mit dem Kind/Jugendlichen selber festzustellen, welche Personen einen besonderen Stellenwert haben, und ihre Einbeziehung zu planen. Zuerst einmal gehören hierzu beide Elternteile, egal, ob getrennt oder zusammen lebend. Es kann aber ebenso um die Einbeziehung der Stiefeltern, der Großeltern oder der Tagesmutter gehen. Lebt das Kind im Heim, kann ein besonderer Erzieher wichtig sein, in der Pflegefamilie die Pflegeeltern, immer jedoch eine vom Kind als bedeutsam erachtete Person (oder mehrere).

Zudem gilt es, neben der Erhebung des Bezugspersonenstatus (Trennung bzw. Verlust eines Elternteils, Zusammensetzung des Patchworks, in dem das Kind lebt u. a. m.) nach einer erblichen Belastung zu fragen und spezielle familiäre Vorerkrankungen zu erfassen.

Im Rahmen des Beziehungsaufbaus zur begleitenden Bezugsperson kann es wichtig sein, ihr zu erklären, warum die Einbeziehung weiterer Personen für eine effektive Psychotherapie notwendig ist. Es gilt, bei der/dem Sorgeberechtigten die Bereitschaft und Motivation zu entwickeln, die Einbeziehung der anderen Bezugspersonen zuzulassen. In diesem Zusammenhang kann es notwendig werden, einführend und verstehend bestehende Ängste zu mindern, auch, indem der Entwicklungsprozess des Kindes als der einer autonomen, durch ihre individuellen Beziehungserfahrungen geprägten Persönlichkeit transparent wird.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Familienkonstellation kann sodann entschieden werden, inwieweit Gespräche mit einzelnen Bezugspersonen sinnvoll sind. Gegebenenfalls kann der Therapeut die Kontaktaufnahme – beispielsweise zum getrennt lebenden Elternteil – übernehmen.

Insgesamt ist in der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen bei depressiven Kindern und Jugendlichen ein besonderes Augenmerk zu richten auf die Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Kind/Jugendlichen und der Therapeutin und der gleichzeitigen Verantwortung für die Entwicklung des Patienten und dessen Schutz. Hier kann ein Spannungsfeld für die Therapeutin dergestalt entstehen, dass sie einerseits ihr anvertraute Geheimnisse nicht mitteilen darf, andererseits jedoch im Falle insbesondere von suizidalen Risiken ihre Schweigepflicht durchbrechen und die Bezugspersonen zum Schutz des jungen Menschen informieren muss. Gleichzeitig kann sie eine solche Situation nutzen, um deren Umgang mit ihrer Verantwortung und ihren Handlungsspielraum zu fördern.

#### 4.4 Kontraktbildung

Gibt es einen Konsens über Therapiebedarf und -ziele, wird dieser in einem Kontrakt mit dem Kind/Jugendlichen und den Eltern/Bezugspersonen verankert:

- Vereinbarung über Frequenz und Dauer der Therapie, über die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen, über Schweigepflicht
- Klare, möglichst gegenseitige Regelungen über Ausfallstunden, welche der Therapeutin ausreichend Sicherheit gibt, dem jungen Menschen aber die Möglichkeit lässt zu spontanen sozialen Kontakten
- Aufklärung und Vereinbarung über Verhalten bei Suizidgefahr
- Regelung über Umgang mit eventueller antidepressiver Medikation.

<sup>1</sup> In diesem Text werden die weibliche und die männliche Form gleichberechtigt nebeneinander verwendet.



## 5. Handlungsleitlinien zur therapeutischen Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

Das therapeutische Vorgehen unterscheidet sich je nach Alter des Kindes und Therapiephase.

### 5.1 Für Kinder ab etwa drei Jahren bis zur Pubertät

<b>Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Explizite Akzeptanz und Wertschätzung, die dem Kind vermittelt: „Du bist o. k., es ist in Ordnung, wenn du hier herumschaust, wenn du nichts sagst.“ Das Kind entlasten: „Mir geht es gut in deiner Anwesenheit.“ Selbst behutsam Präsenz zeigen (nicht mit „emotionaler Präsenz“ überschütten, jedoch vorsichtige Selbsteinbringung „non- direktiv“)	Dosierte Aktivität; Vermittlung von Geborgenheit in der Spielebene; Eigenaktivität anregen, auch Alleinspiel; Aktives Regulieren, selbst etwas tun	Angebot, das wenig Eigenaktivität verlangt, z. B. Schaukelsessel; Rückzugsmöglichkeiten schaffen (Nest bauen); Malen (evtl. mit Musik); Sandspiel; Bewegungsspiele
<b>Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Weiter wie Eingangsphase, wobei deutlicher: Präsenz und sich einbringen	Weiter wie Eingangsphase; auf Symbolisierungen organismischer Tendenzen am Rande der Gewährwerdung eingehen; Auf spezifische Themen achten, insbesondere Verlust, Trauer, Aggression, Schuld; Ressourcenaktivierung; Bedürfniswahrnehmung; Sinnesaktivierung (sinnliches Erleben anregen); Modell für Emotionalität; Konfrontation	Weiter wie Eingangsphase; Materialien zur Aktivierung des sinnlichen Erlebens anbieten: z. B. Schokoriegel, Knete, Ton, Musik, Krabbelsack o. ä. für Tasterleben; Materialien für den Ausdruck von Affekten, insbesondere Rollenspielmaterial; Aktive Hilfe bei Problembewältigung
<b>Therapieabschlussphase – Ablösung</b> Transfer in den Alltag braucht für Depressive ausreichend Raum.		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Freude darüber zeigen, dass neue Beziehungen aufgebaut werden konnten; Vertrauen in Ressourcen und Fähigkeiten des Kindes vermitteln; Unterstützen v. autonomen Bedürfnissen	Erfahren von Trennung und Trauer; Wertschätzender und akzeptierender Umgang mit Autonomietendenzen	Reduzieren der Kontakte (z. B. längere Pausen, dann 2–3 Sitzungen, 4–6 Wochen Pause, nochmals 2 Sitzungen)

### 5.2 Für Jugendliche und junge Erwachsene

<b>Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Explizite Akzeptanz und Wertschätzung, die dem Jugendlichen vermittelt: „Du bist o. k., es ist in Ordnung, wenn du hier herumschaust, wenn du nichts sagst und/oder von alltäglichen Situationen (wortkarg) berichtest.“	Dosierte Selbsteinbringung und Empathie; Berichte von anderen Jugendlichen im Sinne des Angebots von Empathie und Handlungsmöglichkeiten;	Angebot, das wenig Eigenaktivität verlangt, z. B. Schaukelsessel; Malen (evtl. mit Musik); Gemeinsam rausgehen („Spaziergang-Behandlung“);

Den Jugendlichen entlasten, sie/er muss nichts leisten, darf sich unbehaglich und fremd fühlen. Mir als Therapeutin geht es gut in seiner Anwesenheit; Selbst behutsam Präsenz zeigen (nicht mit „emotionaler Präsenz“ überschütten, jedoch vorsichtige Selbsteinbringung „non- direktiv“); Besonders Achten auf (verdeckte) suizidale Gedanken, Impulse, Wünsche; Im Falle v. Suizidalität: Krisenintervention	Vermittlung von Geborgenheit zum Beispiel durch Licht dimmen, Angebot von Keksen oder Getränk etc.; Angebot von Malutensilien, Aufgreifen von Interesse an Spielmaterialien (wenn vorhanden); Zu viel Blickkontakt vermeiden, selbst etwas tun	Geschichten erzählen
--	--	----------------------

**Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung**

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien /-methoden
Weiter wie Eingangsphase; Sowohl stärkere Empathie als auch vermehrte Selbsteinbringung und Ansprechen des Beziehungserlebens	Weiter wie Eingangsphase; Auf Symbolisierungen organismischer Tendenzen am Rande der Gewährwerdung eingehen; Auf spezifische Themen achten, insbesondere Verlust, Trauer, Aggression, Schuld; Ressourcenaktivierung; Einfühlung in sich zeigende Bedürfnisse, Einstellungen und Wünsche; Empathie für Differenzierung des Selbsterlebens/Selbstkonzepts; Klärung von Selbst-Ideal; Eingehen auf perfektionistische/überhöhte Ich-Ideale; Eingehen auf Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Versagensüberzeugungen; Sinnesaktivierung (sinnliches Erleben anregen); Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes; Klärung der Inkongruenzen in Bezug auf die Bezugspersonen; Selbsteinbringung der Therapeutin in Bezug auf eigene emotionale Resonanz, Konfrontieren, Mitteilen von Ähnlichkeiten oder alternativer Erlebensweise; Bearbeitung ev. suizidaler Tendenzen	Weiter wie Eingangsphase, insbesondere bei Schweigezeiten; Materialien zur Aktivierung des sinnlichen Erlebens anbieten wie Essen, Kneten, Ton, Musik; Aktive Hilfe bei Problembewältigung; Entwerfen von Zukunftphantasien; Besonderheiten in Zielen und Ansprüchen klären und differenzieren; Lebenspanorama oder Lebensfluss-Bilder anregen; Von Schuldgefühlen entlasten

**Therapieabschlussphase – Ablösung**

Transfer in den Alltag braucht für Depressive ausreichend Raum.

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien /-methoden
Freude darüber zeigen, dass neue Beziehungen aufgebaut werden konnten; Vertrauen in Ressourcen und Fähigkeiten der Jugendlichen vermitteln; Unterstützen von autonomen Bedürfnissen; Unterstützen von Selbstständigkeitstendenzen und Eigenständigkeit	Erfahren von Trennung und Trauer ansprechen; Wertschätzender und akzeptierender Umgang mit Autonomietendenzen; Ansprechen von Möglichkeiten, wie Jugendliche sich selbst aus depressiven Stimmungen helfen können; Rückfallprophylaxe	Reduzieren der Kontakte (z. B. längere Pausen, dann 2–3 Sitzungen, 4–6 Wochen Pause, nochmals 2 Sitzungen); Unterstützen von autonomen Problemlösefähigkeiten in den Zwischenzeiten; Zulassen von Trauer und Abschiedsschmerz im Vertrauen darauf, dass die Jugendliche ihren Weg weiter werden können; Erlaubnis zum Gehen und zum Wiederkommen (falls nötig) geben

## 6. Handlungsleitlinien für die begleitende Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

In der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen unterscheidet sich das therapeutische Vorgehen je nach Alter des Kindes und Therapiephase.

### 6.1 Bezugspersonen von Kleinkindern (1–3 Jahre)

Die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen stellt den Schwerpunkt in der Therapie mit Kindern vom 1. bis zum ca. 3. Lebensjahr dar. Sitzungen mit dem Kind finden i. d. R. gemeinsam mit der/n Bezugsperson/en statt. Sie können per Video aufgezeichnet und ggf. im Nachhinein besprochen werden. Die Bezugspersonen sollten angeregt werden, ihre Feinfühligkeit und

Einfühlung in die kindlichen Bedürfnisse weiterzuentwickeln, um damit die Grundlagen für ein möglichst sicheres Bindungsverhalten zu fördern (Brisch & Hellbrügge, 2007). Oftmals ist das Resultat auch die Empfehlung einer eigenen Therapie für die Bezugsperson oder das Elternpaar, z. B. wenn durch das Kind eigene, unbewältigte Themen wiederbelebt werden oder generell eine Störung von Krankheitswert oder ein Paarkonflikt vorliegt. Besonderes Augenmerk ist auf die Bearbeitung von Verlust- und Trennungserfahrungen der Bezugspersonen zu legen. Ferner ist die Aufklärung der Eltern über problematische Verhaltensweisen des Kindes wichtig, wenn es sich um eine Frühgeburt handelt oder eine körperliche oder geistige Behinderung vorliegt. Gleichzeitig ist zu klären, wieweit die Eltern diese Herausforderung bewältigen.

<b>Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau, ab Erstgespräch</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Akzeptanz der Hilfe suchenden Bezugsperson/en, ihrer Scham- und Schuldgefühle; Akzeptanz des Kindes in seinem So-Sein; Realisieren von Empathie für das Kind und die Bezugsperson/en; Wertschätzung der Sorge und des Bemühens, Hilfe aufzusuchen	Deutliche Präsenz; Strukturieren; Information; vertrauensvolle und verständnisvolle Atmosphäre schaffen	bedingungsfreie Anerkennung; ausgesuchte Spielmaterialien für gemeinsame Sitzungen (z. B. Bauklötze, Ball, Autos, Puppe, Tier/e, Bilderbuch)
<b>Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Wie in der Eingangsphase; Präsenz, vermehrte Nähe und Intensität, „Arbeitsatmosphäre“; Engagement	Bezugsperson/en: Ressourcenaktivierung; Förderung der Wahrnehmung und des Erkennens der kindlichen Bedürfnisse und Wünsche; Akzeptieren der kindlichen Bedürfnisse und Wünsche; angemessenes Reagieren – auch zeitlich – auf die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes – ggf. auch Grenzsetzung; Akzeptieren der depressiven Symptomatik; Förderung von Feinfühligkeit und Empathie; Förderung von Selbstexploration und Offenheit für eigene Gefühle und eigenes Erleben; Fördern des Verstehens eigener Blockaden und Wahrnehmungsverzerrungen; Information über den möglichen Verlauf der Krankheit; Sensibilisieren für Veränderungen im Verhalten des Kindes; Kind: Vermittlung von Akzeptanz; stimulieren; Alleinspiel anregen; selbst spielen; Zusammenspiel (Kind – Bezugsperson/en, Kind – Therapeut, alle)	Besprechen und Klären – unter Beachtung von bedingungsloser Anerkennung und einfühlendem Verstehen – konfliktbesetzter relevanter Themenbereiche (Beziehung zum Kind, Wunschkind, relevante eigene und/oder familiäre Erlebnisse/Ereignisse vor – um – nach der Geburt); Eingehen auf Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Versagensüberzeugungen; Rückmeldung über realisiertes Verhalten gegenüber dem Kind, besonders gelungener Interaktion; Konfrontieren – auch mit der Sichtweise des Erlebens des Kindes aus Therapeutesicht; Anregen von Stimulieren und Modellsein hierfür; Unterstützung eines bindungsfördernden alltäglichen Umgangs

<b>Therapieabschlussphase – Ablösung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten der Bezugsperson und des Kindes zeigen; Unterstützung autonomer Bedürfnisse	Aufzeigen und Anerkennen der Veränderungen; Zukunftsperspektiven erörtern; Anregen von Netzwerken (Eltern-, Eltern-Kind-Gruppen ...); Klärung möglicher Restsymptomatik, Vulnerabilität und damit zusammenhängender künftiger Entwicklung und ggf. Empfehlungen; Rückfallprophylaxe	Reduzierung der Sitzungsfrequenz; Angebote zur Nachbetreuung

## 6.2 Bezugspersonen von Kindern ab 3 Jahre bis zur Pubertät

<b>Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Kontaktanbahnung; Aufklärung über Bedeutung der Bezugspersonenarbeit (auch: Unterschied zu Psychotherapie der Eltern); Wertschätzung ihrer Sorge um ihr Kind und dafür, Hilfe in Anspruch zu nehmen; Akzeptanz der depressiven Erkrankung durch die Eltern fördern; Entlastung der Eltern, dass auch der Therapeut Verantwortung für die Gesundheit ihres Kindes übernimmt, aber auch Klären ihrer Prozessverantwortung; der Therapeut verdeutlicht seine Neutralität; Empathie und Wertschätzung für aktuelle Probleme und damit verbundene eigene Themen der Eltern	Dosierte Aktivität: vorwiegend aktiv zuhören; Informieren; Vermittlung von Geborgenheit; Eigenaktivität in der Beziehung zum Kind anregen	Behagliche Atmosphäre schaffen; Störungen reduzieren (z. B. für die Beschäftigung oder Betreuung des Kindes sorgen, sofern die Eltern es mitbringen); evtl. Getränk anbieten
<b>Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Weiter wie Eingangsphase, deutlicher: Präsenz und sich einbringen des Therapeuten	Förderung der elterlichen Empathie für das depressive Kind; Raum für eigene Sicht der Problematik des Kindes geben; eigene mit der Depression verbundene entwicklungsgeschichtliche Themen der Eltern transparent machen; Empathie in Beziehung Eltern-Kind unterstützen; Information über den phasenhaften Verlauf der Krankheit, mögliche Rückfälle sowie den Umgang damit klären; Rückmeldung der Therapeutin von ihrem Erleben des Kindes mit seinen Ressourcen; Sensibilisierung der Eltern für Veränderungen des Kindes; alternatives Umgehen der Eltern mit Kind anregen	Fragen, anregen, konfrontieren; aktive Unterstützung bei Problemlösungen (z. B. Lehrergespräch, Formular bearbeiten); Kinder abholen lassen, da sich kurz nach der Therapiestunde oft verändertes Verhalten zeigt; Fragen nach dem Ablauf des Alltags und Ritualen; gemeinsame Begegnungen mit dem Kind im Alltag anregen, z. B. neue Familienrituale; Unterstützen eines wohlwollend bezogenen Umgangs: Da-Sein und Sein-Lassen, ohne es allein zu lassen und ohne es auszufragen

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten des Kindes und der Bezugspersonen vermitteln; unterstützen von autonomen Bedürfnissen	Den Fokus auf positive Veränderungen beim Kind und im Lebensumfeld und familiären Kontext setzen; Perspektiven und zukünftige Entwicklungsverläufe verdeutlichen; die Bezugspersonen für das wechselnde Gleichgewicht zwischen Bindungswünschen und den Bedürfnissen nach Selbständigkeit und Rückzug beim Kind sensibilisieren; Hinweis, Gefühle ernst zu nehmen, ihre Äußerung zu fördern; den Umgang mit der Restproblematik und Vulnerabilität ansprechen; Rückfallprophylaxe	Aufklärung über die Bedeutung des Therapieabschlusses für ein depressives Kind; konkrete Empfehlungen für die Zukunft; Reduzieren der Kontakte; Erlaubnis zum Wiederkommen

6.3 Bezugspersonen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Gerade depressive Jugendliche und junge Erwachsene kommen häufig zunächst allein, auf Anraten oder in Begleitung eines Freundes/einer Freundin oder einer anderen Bezugsperson zum Therapeuten. Hier ist es wichtig, im Einvernehmen mit dem Jugendlichen die/den Sorgeberechtigten zu einem Bezugspersonengespräch einzuladen, wenn diese dafür ihre Zustimmung geben. Dabei sollten sie die Sicherheit erhalten, dass es keine negativen Konsequenzen für sie hat, wenn sie nicht zustimmen.

Die Gespräche sollten in Anwesenheit der Jugendlichen stattfinden und mit diesen vorbereitet werden. Es ist wichtig, Jugendliche zunächst über die Bedeutung der Gespräche aufzuklären, ihre Ängste in Bezug auf das Gespräch im Vorfeld mit ihnen zu klären, den Umgang mit der Schweigepflicht zu

regeln und dann eine informierte Zustimmung, „informed consent“ (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2003; Remschmidt & Warnke, 2003), zur Einladung ihrer Bezugspersonen zu erhalten (s. hierzu auch 5.2).

Je nach Entwicklungsstand und Lebenssituation ist bei volljährigen Jugendlichen/jungen Erwachsenen die Einbeziehung der Bezugspersonen weniger regelmäßig und eher situativ bei Bedarf erforderlich (z. B. akute suizidale Gefährdung, Wiedernäherung nach Kontaktabbruch). Inhaltlich entspricht der Umgang mit den Bezugspersonen, wenn sie in diesem Alter einbezogen werden, den unten aufgeführten Grundsätzen. Die Selbstverantwortung und Autonomieentwicklung der (erwachsenen) Jugendlichen soll jedoch stets respektiert und im Therapieverlauf gefördert werden. Bei jungen Erwachsenen kann oft (zunächst) ganz auf Bezugspersonengespräche verzichtet werden.

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Akzeptanz und Wertschätzung der Bezugspersonen und Kontaktabbau; Klärung der unterschiedlichen Sichtweisen und Besorgnisse in Bezug auf die depressive Erkrankung des Jugendlichen; Aufklärung über die Bedeutung der Bezugspersonenarbeit; Wertschätzung des elterlichen Bemühens und ihrer Sorge, evtl. ihres Ersuchens um Hilfe; Verständnis und Akzeptanz für die depressive Erkrankung fördern; Entlastung der Eltern, dass nun auch der Therapeut Verantwortung für die Gesundheit des Jugendlichen/jungen Erwachsenen übernimmt; gleichzeitig klären, dass sie auch für ihr beinahe erwachsenes Kind (Prozess)verantwortung haben; der Therapeut ver-	Dosierte Aktivität: vorwiegend aktiv zuhören; Informieren; aktiver Schutz des Jugendlichen/jungen Erwachsenen, falls nötig; Unterstützung von ersten (Wieder-) Annäherungen zwischen Bezugspersonen und Jugendlichen, falls ein Beziehungsabbruch vorlag und dies bereits gewünscht wird	Behagliche Atmosphäre schaffen; auf Strukturierung achten; Störungen auch während des Gesprächs begrenzen; erste Sensibilisierung für Stimmungsqualitäten des Jugendlichen und der Bezugspersonen fördern und die gegenseitige Achtung und Berechtigung solcher Stimmungen fördern. (Wenn nötig, Begrenzen von „Warum-Fragen“ an den Jugendlichen.)

deutlich seine Haltung als Therapeut des Jugendlichen und als Interessensvermittler gegenüber den Bezugspersonen mit dem Schwerpunkt der altersgemäßen Unterstützung der jugendlichen (Autonomie)entwicklung; Empathie und Wertschätzung für aktuelle Problemlagen und damit verbundene eigene Themen/Inkongruenzen der Eltern		
<b>Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Weiter wie Eingangsphase, deutlicher: Präsenz und sich einbringen; Empathie; aktiveres, mehr strukturierendes Verhalten des Therapeuten	Förderung der elterlichen Empathie für den depressiven Jugendlichen; mit der Entwicklung und Problematik des Kindes verbundene eigene entwicklungs-geschichtliche Themen der Eltern einer Transparenz zuführen; Information über den phasenhaften Verlauf der Krankheit, die Möglichkeit von Rückfällen und den Umgang damit; Rückmeldung des Therapeuten über sein Erleben des Jugendlichen mit seinen Ressourcen; alternativen Umgang der Eltern mit dem Jugendlichen anregen; Sensibilisierung der Eltern, Veränderungen des Jugendlichen (Verhalten, Bedürfnisse insbesondere nach Freiräumen und Selbständigkeit) zu sehen, ohne ihn/sie allein zu lassen	Fragen, anregen, konfrontieren; Fragen nach eigenen hilfreichen Bedingungen/Personen in der Jugend der Bezugspersonen als Anregung; Fragen nach Ablauf des Alltags und Ritualen; wenn vom Jugendlichen gewünscht, können gemeinsame Begegnungen mit dem Jugendlichen im Alltag gefördert werden; Unterstützen eines wohlwollend interessierten Umgangs mit dem Jugendlichen: Da-Sein und Sein-Lassen, ohne ihn allein zu lassen
<b>Therapieabschlussphase – Ablösung</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategien</b>	<b>Interventionsmedien/-methoden</b>
Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten des Jugendlichen und der weiteren Entwicklung der (neuen, erwachseneren) Beziehung seinen Bezugspersonen gegenüber vermitteln; Unterstützen von autonomen Bedürfnissen	Den Fokus auf positive Veränderungen des Jugendlichen legen; Perspektiven für die zukünftige Entwicklung im Lebensumfeld und im familiären Kontext setzen; die Bezugspersonen für das wechselnde Gleichgewicht zwischen Bindungswünschen und Bedürfnissen nach Selbständigkeit und Rückzug beim Jugendlichen sensibilisieren	Empfehlungen für die Zukunft; Aufforderung, Gefühlsäußerungen ernst- und anzunehmen und ihre Äußerung zu fördern; den Umgang mit der Restproblematik und Vulnerabilität ansprechen; gemeinsam mit dem Jugendlichen eine Rückfallprophylaxe erarbeiten; Möglichkeiten für ein Wiederkommen ansprechen

## 7. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes

Im Sinne des ganzheitlichen, personenzentrierten Störungsverständnisses ist die Einbettung des Kindes/Jugendlichen in die Familie und deren Bezug zum sozialen, ethnischen und gesellschaftspolitischen Umfeld zu beachten. Bei Bedarf sollten Kontakte mit dem sozialen Umfeld nach Absprache mit Patient und Bezugspersonen erfolgen, um für die spezifischen Probleme und Bedürfnisse des depressiven Kindes/Jugendlichen zu sensibilisieren. Insbesondere bei einer (antidepressiven) Medikation ist es erforderlich, Kontakt zum verordnenden Arzt aufzunehmen.

## Literatur

- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *PERSON*, 10, 2, 108–117.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger, & H. W. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Band 1. (S. 57–138). Köln: GwG-Verlag.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Kemper, F., Hensel, T. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 1: *Grundlagen und Konzepte*. (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Kemper, F., Hensel, T. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2: Praxis und Anwendung.* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2003): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 3: Falldarstellungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Brisch, K.-H. & Hellbrügge, T. (2007). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- DGKJPP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3., überarb. Aufl., S. 57–71). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien.* (8., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- 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: Störungsspezifische Falldarstellungen* (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2004). Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 35 (2), 101–110.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1997). Depressive Syndrome und Suizidhandlungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 232–242). Stuttgart: Thieme.
- Hockel, C. M. (2002). Das Spielerleben als Entwicklungsraum – mit einem Fall von Depression im Kindesalter. 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. und erw. Aufl., S. 211–235). Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). 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: Anwendung und Praxis* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Jürgens-Jahnert, S. (2011). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 83–106). Norderstedt: Books on Demand.
- Knölker, U., Mattejat, F., & Schulte-Markwort, M. (2007). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch* (4., neubearb. Aufl.). Bremen: UNI-MED.
- Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (2003). Ethische Fragen in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Familien – Empirische Ergebnisse aus der klinischen Praxis. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (S. 45–58). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mehler-Wex, C. & Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, (3), 122–128.
- Monden-Engelhardt, C. (2002). 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: Anwendung und Praxis.* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 9–72). Göttingen: Hogrefe.
- Nissen, G. (2002). *Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (2005). *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* (4., neu bearb. und erw. Aufl.) Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Warnke, A. (2003). Ethische Probleme in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* (S. 29–44). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO.* (5., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung* (Orig. ersch. 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp.184–256). New York: McGraw Hill). München: Reinhardt.

# Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Evangelische Hochschule Freiburg

Hans Uwe Rose

Psychotherapeutische Praxis, Wiesbaden

Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten und zugleich besonders deutlich andere Menschen beeinträchtigenden Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Auf der Grundlage einer personenzentrierten Haltung werden Überlegungen zur Diagnostik und Differentialdiagnostik, zum Störungsverständnis und zu fallspezifischer Therapieplanung entwickelt. Diese kombinieren die bedingungs-freie Wertschätzung der Person mit der Bereitschaft zur Konfrontation mit dem auffälligen Verhalten. Die Handlungsleitlinien zur Gestaltung der therapeutischen Arbeit beziehen sich in je eigener Darstellung auf die Eingangs-, die mittlere und die Abschlussphase einer Psychotherapie. Es werden für jede Phase Empfehlungen zur Begegnungshaltung, zu den Handlungsstrategien und den Interventionsmethoden formuliert. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen schließen den Beitrag ab.

*Schlüsselwörter:* Leitlinien, Störungen des Sozialverhaltens, Therapieprozessgestaltung, Personenzentrierte Psychotherapie

**Disorders in social behaviour: Therapeutic Guidelines for Person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers.** Disorders in social behaviour are one of the most frequent conduct disorders occurring in childhood and adolescence, and are very often detracting their social environment. Based on the person-centered approach, therapeutic orientations with concepts for a differential diagnosis, an elaborated understanding of the disorder and a case-specific plan of the psychotherapeutic process are developed. They combine the unconditional appreciation of the client as a person and the readiness to confront the client with their diverging behaviour. They distinguish the initial, the middle/central, and the final phase of the psychotherapy, each requiring individual planning. Recommendations for the therapeutic attitude for every phase are given, such as therapeutic strategies for direct interaction with the client, or methods of intervention during the therapeutic process. Finally the article gives suggestions for the cooperation with the parents and other persons relevant to the client.

*Keywords:* therapeutic orientations, conduct behavior disorders, disorders in social behavior, differentiate therapeutic process planning, client-centered therapy

**Klaus Fröhlich-Gildhoff**, Prof. Dr., geb. 1956, Diplom-Psychologe, ist hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG). 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers (AKGG). Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Leiter des Zentrums für Kinder- und

Jugendforschung an der EH Freiburg. Leiter des MA Studiengangs „Bildung und Erziehung im Kindesalter“.

**Hans Uwe Rose**, geb. 1955, Diplom-Psychologe, approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Arbeit in freier (Lehr-) Praxis und als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen schwerpunktmäßig an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie.

**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, 79114 Freiburg, Bugginger Str. 38  
E-Mail: Froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de



## Vorbemerkungen

Störungen des Sozialverhaltens gehören zu den häufigsten, oft besondere Aufregung erzeugenden und zugleich besonders deutlich andere Menschen beeinträchtigenden Verhaltensauffälligkeiten. Die Prävalenzraten liegen – abhängig von den benutzten Instrumenten – bei ca. 5 % (Fröhlich-Gildhoff, 2007); das Verhältnis Jungen: Mädchen beträgt 2:1 bis 4:1. Entgegen vielen Mediendarstellungen geht die Gesamtrate aggressiven und gewalttätigen Verhaltens ca. seit dem Jahr 2000 zurück; allerdings – so zeigen viele Langzeitstudien – bleiben die Störungen des Sozialverhaltens, besonders das aggressive Verhalten, etwa ab dem 5./6. Lebensjahr stabil, wenn nicht gezielte pädagogische oder therapeutische Hilfen für das auffällige Kind und seine Familie angeboten werden (Petermann & Petermann, 2010; Essau & Conrath 2004). Ein besonderes Problem besteht darin, dass sog. „Intensivtäter“ (ca. 5 % der auffälligen Kinder/Jugendlichen) für einen Großteil (bis zu 70 %) der „Taten“ verantwortlich sind (z. B. Pfeiffer & Baier, 2010; Ostendorf et al. 2002). In jüngster Zeit wird das Phänomen des „Bullying“ bzw. „Mobbing“ besonders im Auftreten in Kindertageseinrichtungen und Schulen diskutiert. Bullying wird in Anlehnung an Olweus (2006) definiert: „Bullying oder Mobbing bedeutet, dass ein Kind wiederholt und systematisch den direkten oder den indirekten negativen Handlungen eines oder mehrerer Kinder ausgesetzt ist. Olweus definiert eine negative Handlung als eine absichtliche Verursachung von Unwohlsein beim Gegenüber, welche die Form von physischem Kontakt, Worten, Gesichtsausdrücken und Gesten, absichtlicher Missachtung der Wünsche oder Vorschläge eines Anderen, oder sozialer Isolation und Ausschluss annehmen kann“ (von Marées, 2009; S. 19).

Streit und Normverletzungen sind andererseits häufige und auffallendste Hinweise, dass ein Kind sich in Not befindet, sich nicht verstanden oder angenommen fühlt. Dieses Verhalten ist auffälliger als Angst oder Unsicherheit, die jedoch ‚hinter‘ der Störung des Sozialverhaltens stehen können. Nicht selten hat sich das normverletzende – und andere schädigende – Verhalten soweit verselbständigt, dass es vom Kind als hauptsächliche Form der Weltbegegnung gewählt wird. Das Verletzende oder schädigende Verhalten wird dann vom Kind/Jugendlichen selbst nicht mehr als solches empfunden – allerdings von seiner Umwelt. So kommt es zu Eskalationsspiralen ...

### 1. Erscheinungsbild der Störung (Symptome) – phänomenologisch

Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter sind durch andauernde, das heißt wiederholte, und situationsübergreifende sowie über einen längeren Zeitraum bestehende

Verhaltensmuster von dissozialem, aggressivem und (zielgerichtet) destruktivem Verhalten gekennzeichnet.

Im Einzelnen bedeutet dies:

- Ungehorsam (oppositionelles, aufsässiges Verhalten; bewusste Regelverletzung)
- Verweigerung und Abwehrhaltung gegenüber Autoritäten
- Trotz
- mangelnde Impulskontrolle, vor allem häufige, unkontrollierte Wutausbrüche
- häufiges Lügen, Stehlen, Weglaufen, Schuleschwänzen
- Zerstörung von Eigentum, Zündeln
- Streitprovokationen (Tyrannisieren und Quälen)
- Feindseligkeit gegenüber (bestimmten) Erwachsenen oder Kindern (Bedrohen, Einschüchtern)
- Gewalttätigkeit

Diese Symptomatik geht einher mit einem geringen oder instabilen Selbstwertgefühl, mangelnder Empathiefähigkeit gegenüber anderen und fehlender Selbstempathie („Härte“), niedriger Frustrationstoleranz, erhöhter Kränkbarkeit und einem geringen Repertoire an Konfliktlösungskompetenz (eingeschränkte soziale Kompetenzen).

## 2. Diagnose/Differentialdiagnostik

### 2.1 Spezifik des Störungsbildes

Im Klassifizierungssystem ICD 10 werden grundsätzlich „Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD F91.xxx) von so genannten „Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen“ (ICD F92) unterschieden. Innerhalb des Typus, der Störung des Sozialverhaltens, werden folgende Unterkategorien gebildet.

(F91.0) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens

(F91.1) Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

(F91.2) Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

(F91.3) Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

(F91.8/F91.9) Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens

Zu einer genauen Diagnosestellung muss der Verlauf der Störung betrachtet werden. Es muss sich um ein kontinuierliches Muster der Verhaltensweisen, darf sich aber nicht um einmalige Reaktionen auf verletzende oder einschränkende Situationen

handeln. Das Diagnosesystem DSM geht von einer Auftretens-Mindestdauer von zwölf Monaten, das Diagnosesystem ICD 10 von einer Mindestdauer von sechs Monaten aus. Dabei treten in der Regel Kombinationen der oben genannten Symptome auf. Unter Bezug auf das ICD 10 sind folgende diagnostische Handlungsleitlinien für die einzelnen Unterkategorien zu beachten:

(F91.0) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

Zu beachten ist, dass keine bedeutsame Störung des Sozialverhaltens außerhalb des familiären Rahmens auftritt, sich also die sozialen Beziehungen des Kindes außerhalb der Familie im normalen Rahmen bewegen und sich das problematische Verhalten völlig oder fast völlig auf die Interaktion mit Mitgliedern der Kernfamilie oder der unmittelbaren Lebensgemeinschaft beschränkt. In den meisten Fällen sind diese familienspezifischen Störungen des Sozialverhaltens aus einer bedeutsamen Beziehungsstörung des Kindes zu einem oder mehreren Mitgliedern der Kernfamilie, beispielsweise anlässlich eines neu hinzugekommenen Ersatz-Elternteils, entstanden. Dieser Störungsart wird eine relativ günstige Prognose unter den umfassenden Störungen des Sozialverhaltens zugeschrieben.

(F91.1) Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

Das Fehlen einer wirksamen Einbindung in eine Peer-Group stellt das Hauptunterscheidungsmerkmal gegenüber den anderen Formen der „sozialisierten“ Störungen des Sozialverhaltens dar und hat Vorrang vor allen anderen Unterscheidungskriterien. Diese Störung des Sozialverhaltens ist charakterisiert durch die Kombination von andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten mit einer deutlichen und umfassenden Beeinträchtigung der Beziehungen des betroffenen Kindes/Jugendlichen zu Gleichaltrigen. Die Beziehungen zu Erwachsenen sind in der Regel schlecht und zeichnen sich durch Unstimmigkeiten, Feindseligkeit und Verärgerung aus. Die aggressiven Übergriffe werden charakteristischerweise (aber nicht immer) allein begangen. In der Regel tritt die Störung situationsübergreifend auf, zeigt sich jedoch in der Schule am deutlichsten.

(F 91.2) Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

Bei andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten sind die betreffenden Kinder/Jugendlichen allgemein gut in ihre Altersgruppe eingebunden. Die Bezugsgruppe besteht oft aus ebenfalls delinquenten oder dissozialen Kindern und Jugendlichen, wobei in diesem Fall das sozial unerwünschte Verhalten von der Gruppe der Gleichaltrigen gutgeheißen und durch die Subkultur reguliert wird. Beziehungen zu Autoritätspersonen

sind häufig schlecht, jedoch kann zu einigen Erwachsenen auch ein recht positives Verhältnis bestehen.

(F91.3) Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Diese Form einer Störung des Sozialverhaltens tritt charakteristischerweise bei Kindern unter zehn Jahren auf. Sie ist definiert durch ein deutlich aufsässiges, ungehorsames und trotziges Verhalten bei Fehlen schwerer dissozialer und aggressiver Handlungen, die das Gesetz oder die Rechte anderer verletzen. Kinder mit dieser Störung neigen dazu, häufig und aktiv Anforderungen oder Regeln Erwachsener zu missachten und überlegt andere Menschen zu ärgern. Sie sind oft zornig, übelnehmend und verärgert über andere, welchen sie die Verantwortung für eigene Fehler oder Schwierigkeiten zuschreiben. Generell haben sie eine geringe Frustrationstoleranz und werden schnell wütend. Typischerweise hat ihr Trotz eine deutlich provokative Qualität, so dass sie Konfrontationen hervorrufen. Dieses Verhalten ist häufig viel offensichtlicher bei Interaktionen mit Erwachsenen oder Gleichaltrigen, die das Kind gut kennt. Während einer diagnostisch-klinischen Untersuchung können Hinweise auf die Störung vollkommen fehlen.

(F91.8/F91.9). Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens

Hier können Störungen des Sozialverhaltens kategorisiert werden, die einem der vorgenannten Typen entsprechen und durch andere massive Symptome (Angst, Zwang, somatische Störungen etc.) zusätzlich gekennzeichnet sind oder welche die Kriterien keiner der oben genannten Subgruppen erfüllen.

Verschiedene Autoren (z. B. Moffit, 1993; Petermann et al., 2001) unterscheiden zwei Typen der Störungen des Sozialverhaltens:

- Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der frühen Kindheit
- Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Pubertät

Die erstgenannte Störung tritt wesentlich häufiger auf. Es besteht die Gefahr des Persistierens, einer Verfestigung im Sinne dauerhafter Weltbegegnung durch gewalttätiges Verhalten. Viele dieser Kinder suchen sich im Jugendalter Cliques, in denen Aggression und Gewalt gleichfalls vorherrschende, ja identitätsstiftende Verhaltensmuster sind (Essau & Conradt, 2004; Baier et al., 2009; Pfeiffer & Baier, 2010). Anamnestisch ist darauf zu achten, die Geschichte des Problemverhaltens genau zu rekonstruieren; häufig finden sich frühe Anzeichen zum Beispiel schon im Kindergarten.

Bei den Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Pubertät zeigen Jugendliche in dieser Umbruchsphase oft zunächst delinquentes Verhalten, um sich neu auszuprobieren,

sich von Erwachsenen-Regeln abzugrenzen – oder/und auf besondere Problemlagen hinzuweisen. Auch diese Jugendlichen suchen dann die Nähe zu Gruppen, die gewaltaffines Verhalten zeigen: „Der stärkste Einfluss auf Jugendgewalt geht von der Zahl der delinquenten Freunde aus, mit denen Jugendliche in ihrem sozialen Netzwerk verbunden sind“ (Baier et al., 2009, S. 12). In einer Studie zur Mädchengewalt konnten entsprechende Entwicklungswege von Mädchen nachgezeichnet werden, die sich in ihrer Herkunftsfamilie „verstoßen“ fühlten und dann in einer gewalttätigen Clique ein neues „Zuhause“ gefunden hatten (Fröhlich-Gildhoff et al., 2009).

#### *Epidemiologie:*

Die Störungen des Sozialverhaltens sind die am häufigsten diagnostizierten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie weisen eine sehr hohe Langzeitstabilität auf. (Prävalenzraten gehen je nach Untersuchungsmethode und Zielgruppe von zwischen 4 % und 14,5 % aus; vgl. die Zusammenstellung bei Fröhlich-Gildhoff, 2007).

#### *Geschlechtsverteilung:*

Ebenfalls abhängig von realisierten Untersuchungsmethoden zeigt sich, dass das Verhältnis von Jungen zu Mädchen mindestens 2:1 bis hin zu 4:1 beträgt. Bei aggressivem Verhalten zeigen Jungen und Mädchen unterschiedliche Formen: Jungen sind eher körperlich und verbal aggressiv, Mädchen zeigen eher relationale Aggressionen (Intrigen, Mobbing ...). Eine Zunahme der Mädchengewalt ist in geringem Maße zu verzeichnen – jedoch bei weitem nicht so stark, wie es z. T. durch Medien suggeriert wird (Fröhlich-Gildhoff et al., 2009).

## 2.2 Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Es bestehen hohe Komorbiditätsraten der Störungen des Sozialverhaltens mit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Je nach Untersuchung schwanken die Zahlen des gemeinsamen Auftretens zwischen 20 % und 50 %, in klinischen Studien teilweise bis zu 90 % (vgl. hierzu Scheithauer & Petermann, 2004; Essau & Conrads, 2004). Eine differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen diesen beiden Störungsbildern ist relativ schwierig, da eine wesentliche Überschneidung im Bereich der mangelnden Impulskontrolle liegen kann. Bei ADHS haben in der Regel die Hyperaktivität und die Aufmerksamkeit (eingeschränkte Konzentrations- und Ausdauerfähigkeit) gleichwertig eine große Bedeutung. Ein Unterscheidungsmerkmal kann auch sein, ob die angerichteten Schäden beabsichtigt bewirkt werden oder wie bei den Kindern mit ADHS-Störungen mit der grundlegenden mangelnden Impulskontrollfähigkeit und einem damit verbundenen Spannungsabbau zu erklären sind.

Hohe Komorbiditätsraten wurden zwischen den Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen, aber auch Depressionen im Kindes- und Jugendalter sowie mit Störungen mit Substanzkonsum festgestellt (vgl. hierzu z. B. Scheithauer & Petermann, 2004; Essau & Conrads 2004).

## 2.3 Diagnostisches Vorgehen

Beim diagnostischen Vorgehen ist grundsätzlich immer zu unterscheiden zwischen einem Standardrepertoire von diagnostischen Methoden, die differenziert entsprechend den Klienten und ihrem Umfeld sowie altersspezifisch eingesetzt und ausgewählt werden und symptom-spezifischen diagnostischen Methoden.

### a) Standardrepertoire

- Familieninterview zur Erfassung der dynamischen und systemischen Einbettung der Symptomatik, ihrer Funktion, Ausprägung und Genese und zur Konfliktklärung; bei Jugendlichen kann es sinnvoll und nötig sein, nur alleine mit dem Jugendlichen bzw. dem jungen Erwachsenen zu arbeiten.
- Probatorische Stunden zur Klärung der Beziehungsbereitschaft des Kindes/Jugendlichen und zur Wahrnehmung der Ressourcen. Sorgfältige Anamneseerhebung (gegebenenfalls mit Hilfe strukturierter Verfahren, z. B. DEF, Anamnestischer Elternfragebogen)
- Standardisierte Verfahren zur Erfassung des Leistungsstandes des Kindes
- Standardisierte Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren von Vielfalt und Ausmaß der Störung (z. B. CBCL, YSR, SDQ ...)
- Systematische Erfassung der Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und des Umfeldes
- Altersgemäß eingesetzte projektive Verfahren zur Erfassung nicht symbolisierter Selbstanteile und zur Erfassung des Selbstkonzeptes des Kindes bzw. Jugendlichen (z. B. Schwarzfustest, Scenotest, Mensch-Zeichentest)
- Spezifische Verfahren zur Erfassung der Familiendynamik (z. B. Familie-in-Tieren-Test, Schwarzfustest, Soziogramm, Genogramm ...)

### b) Störungsspezifische Methoden

- Aufgrund der hohen Stabilität der Störung und der zumeist geringen Veränderungsmotivationen der betroffenen Kinder/Jugendlichen ist es sehr wichtig, schon in der diagnostischen Phase die Veränderungsmotivation abzuklären und zugleich aufzubauen (siehe Punkt 4.2 Handlungsleitlinien in der Eingangsphase)
- Weitere Umfeldbefragung (oder Beobachtungen) in Kita,

Hort, Schule (abhängig von der Betroffenheit der Lebensbereiche der Kinder/Jugendlichen und den Auswirkungen auf das Umfeld)

- Spezifische Testverfahren abhängig vom Behandlungskontext und Auftrag und von der Bereitschaft des Kindes/Jugendlichen z. B. EAS (Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen)/BVF Bullying- und Viktimisierungsfragebogen. Kinderversion und Lehrerversion (von Marées & Petermann, 2010).

### 3. Personzentriertes Störungsverständnis, Genese

Die Störungen des Sozialverhaltens stellen eine stabile Form der Weltbegegnung dar. Lebensgeschichtlich früh erworbene, stabile Anteile des Selbstkonzepts sind handlungsleitend für die Wahrnehmung, Bewertung und Begegnung mit der Außenwelt und auch der emotionalen Bewertungen. Diese handlungsleitenden Selbstkonzeptanteile entwickeln sich aus dem frühen Zusammenspiel von biologischen und sozialen Faktoren. Auf biologischer Ebene haben beispielsweise unterschiedliche Erregungs- oder Aktivitätslevel eine Bedeutung – die jedoch immer in frühen Beziehungserfahrungen modelliert werden. Kinder, die Störungen des Sozialverhaltens entwickeln, haben in ihren ersten Lebensphasen in folgenden Bereichen wenig angemessene Unterstützung durch ihre Bezugspersonen erfahren:

- Bei der Entwicklung der Selbstregulation erfolgten dysfunktionale oder nicht ausreichende Unterstützungen der Emotionsregulation
- Im Bereich des Selbstwirksamkeitserlebens wurden die kindlichen Lebensäußerungen nicht entsprechend unterstützt und das Kontrollerleben nicht gesichert
- Erfahrungen sicherer Bindungen konnten nicht oder nur bruchstückhaft gemacht werden
- Durch Unregelmäßigkeit konnten innere Strukturen nur unzureichend aufgebaut werden.

Insgesamt haben die Kinder in frühen Lebensphasen ein zu geringes Maß an empathischer Beachtung, Wertschätzung und Akzeptanz in den eigenen organismischen Erfahrungen erlebt. Dadurch konnten viele Erfahrungen nicht in das Selbstkonzept integriert werden und es ist eine primäre *Inkongruenz zwischen den im Selbstkonzept repräsentierten und den realen Erfahrungen* – die nicht entwicklungsförderlich waren – des Kindes entstanden; es ist insofern von einer *grundlegenden Störung der Selbst-Struktur* auszugehen (Jürgens-Jahnert, 2010). Die Symbolisierung bzw. Wahrnehmung der realen Erfahrungen war nur *in verzierter Form* möglich. Diese Verzerrungen wiederum strukturieren die Art der Weltbegegnung. Sie führen zu Einschränkungen von Handlungsfähigkeit und

Ich-Funktionen, die dann zur beschriebenen Form der Weltbegegnung führen.

Ein Beispiel hierfür ist die unzureichende Unterstützung der kindlichen Selbstregulation durch nicht erfolgte oder zu rigide, gar gewalttätige elterliche Co-Regulation: Das Kind erlebt, dass es mit seinen Erregungen, Spannungen und Gefühlen – in diesem Falle v. a. bei erlebten Einschränkungen – nicht verstanden wird und dass es beim Umgang mit diesen unangenehmen inneren Zuständen nicht unterstützt, z. B. getröstet und dadurch beruhigt wird. Es geht hierbei nicht um „triebhafter“ Spannungen, sondern um emotionale und physiologische Aktivierungen, die infolge von nicht befriedigten Bedürfnissen entstehen. So bleibt das Spannungs- bzw. Erregungspotential bestehen, zugleich entsteht das Erleben der eigenen Unfähigkeit, damit umzugehen. Um diesen Zustand zu bewältigen, ist es eine psychologisch sinnvolle Möglichkeit, sich sehr vehement zu zeigen, etwas oder jemand zu (be)schädigen – dies führt zum Abbau der unangenehmen Spannungen und erhöht kurzfristig das Selbstwirksamkeitserleben („Ich kann doch etwas bewirken, ich erziele Effekte“). In der Folge einer Vielzahl gleichartiger Erfahrungen wird dieses intrapsychische Schema – als Bestandteil der intrapsychischen Struktur, des Selbstkonzepts – immer stabiler und zunehmend strukturierend und handlungsleitend in der Begegnung des Kindes mit der (Um-)Welt.

Solche Struktur-Elemente sind:

- die Einschränkungen in der Selbststeuerung und Selbstregulation
- unklare Bindungsrepräsentationen und (fehlende) Kompetenzen, sichere Bindungsabbildungen zu verankern
- eingeschränkter Selbstwert; Selbstwirksamkeitserfahrungen werden über schädigendes und destruktives Verhalten hergestellt
- verzerrte, feindselig tendierte Informationsverarbeitung
- weiterhin spielen fehlende soziale Kompetenzen insbesondere zur Konfliktbewältigung eine Rolle – die sekundär durch das kurzzeitig erfolgreiche, gewalttätige Verhalten verstärkt werden.

Eine besondere Bedeutung hat dabei, dass das aggressive Verhalten dem Schutz des eigentlich als schwach erlebten Selbst dient. Der Modus „lieber schlagen/bestimmen, ... als geschlagen/bestimmt ... zu werden“ dient als Schutz vor weiterer Selbstentmachtung und Ohnmacht. Das aktive Täter-Sein, das Sich-als-kraftvoll-und-machtvoll-Erleben, die Möglichkeit so als handelnde Person Kontrolle auszuüben, wird als Selbstgefühl spürbar. Dadurch wird zumindest kurzfristig das Selbstwerterleben erhöht. Aus dem Gefühl der Wertlosigkeit wird: ‚Ich mach mich durch mein Handeln zu einer bedeutsamen Person, erziele damit Aufmerksamkeit und Zuwendung‘ – damit gelingt es zumindest kurzfristig, Kontrolle in und über eine

Situation zu erlangen und das an sich schwache Selbst (kurzfristig) zu stabilisieren. Durch diese Form der Aktivität wird das „Täter sein“ in einer neuen Form identitätsbildend. Das früher schwache Selbst und negative Selbstbild wird über derartige, sich wiederholende Erfahrungen in (situative) Stärke umgekehrt; das Verhalten wird ebenso wie die damit verbundenen Wahrnehmungsverzerrungen („die Anderen greifen mich zuerst an und wollen mich vernichten, so muss und darf ich mich wehren“) als stimmig erlebt, es bietet Sicherheit, die dementsprechend immer wieder gesucht wird.

Es entsteht – in Analogie zum Konzept der Bindungstheorie (Grossmann & Grossmann, 2006) formuliert – ein stabiles inneres „Arbeitsmodell“ (im Sinne eines handlungsleitenden Selbst-Schemas), das dadurch gekennzeichnet ist, dass über die Gewalt Beziehungen vom Individuum gestaltet/beeinflusst werden können, auch wenn dies oft mit negativen Emotionen verbunden ist. Oder andersherum formuliert: Es ist *kein* inneres Arbeitsmodell entstanden, in dem positive Bindungserfahrungen repräsentiert sind. Der positive Wert von prosozialem Verhalten und Zugehörigkeit kann nicht erlebt werden.

Aggression kann auch als eine Form der Angstbewältigung angesehen werden (wofür die relativ hohen Komorbiditätsraten sprechen, s. o.): Wenn ich Angst vor neuen oder unklaren Situationen habe – weil mir z. B. keine sozialen Kompetenzen zum Umgang mit ihnen zur Verfügung stehen – dann schaffe ich durch das aggressive Verhalten Situations-Klarheit: *Ich* handle.

#### 4. Fallspezifische Therapieplanung

Folgende Aspekte werden für die Arbeit mit Kindern/Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens als besonders wichtig angesehen:

- Die therapeutische Haltung ist durch die Kombination von Wertschätzung und der Bereitschaft zur Konfrontation mit dem gewalttätigen Verhalten gekennzeichnet; die Akzeptanz gilt der Person – nicht dem auffälligen und zum Teil schädigenden Verhalten, das personenzentrierte Grenzsetzung erfordern kann.
- Je nach Kind/Jugendlichem und Gesamtsituation kann es sinnvoll sein, das therapeutische Vorgehen innerhalb der Therapiesitzungen – oder auch diese selbst – zu strukturieren (Fröhlich-Gildhoff, 2006; Weinberger & Papastefanou 2008; Geldart & Geldart, 2000).
- Alle Untersuchungsergebnisse (vgl. z. B. Petermann et al., 2001, Scheithauer & Petermann, 2004; Kleiber & Meixner, 2000) weisen darauf hin, dass ein multimodales Vorgehen (Einbezug von Eltern, Schule, weiterem Umfeld) sinnvoller ist, als nur die Einzeltherapie mit dem Kind/Jugendlichen.

- In vielen Fällen ist es sinnvoll, die einzeltherapeutische Arbeit mit Gruppenverfahren zu kombinieren (s. o.)
- Die Arbeit mit der Zielgruppe ist extrem anstrengend; die Therapeutinnen müssen rechtzeitig und sorgfältig auf Burnoutprophylaxe achten.

#### 4.1 Vorphase

Die Vorphase besteht aus dem Erstgespräch, der diagnostischen Abklärung (s. o.), der Indikationsstellung (Notwendigkeit von Psychotherapie, Frequenz ...) und der Selbstreflexion des Therapeuten.

In der Vorphase der eigentlichen Therapie, während des diagnostischen Prozesses, ist die *Vor-Einstellung* des Therapeuten von besonderer Bedeutung: Es gilt zu reflektieren, ob es möglich ist, dem Kind/Jugendlichen entwicklungsförderlich zu begegnen, also auf das A-soziale vorbereitet zu sein, absolute Achtung und Wertschätzung der Person entgegenbringen zu können – und zugleich die Taten nicht einfach an- oder hinzunehmen. Diese innere Einstellung muss vorbereitet, erarbeitet werden, damit die Achtung des Kindes/Jugendlichen auch wirklich in der Handlungs-/Begegnungskompetenz spürbar gemacht werden kann.

#### 4.2 Therapieziele

Therapieziele beziehen sich sowohl auf die Besserung der Symptomatik als auch auf die Entwicklung der Person.

Dabei lässt sich unterscheiden zwischen allgemeinen auf Kind/Jugendlichen bzw. Eltern/Bezugspersonen bezogenen Zielen einerseits und andererseits Zielen, die konkret mit den jeweiligen Klienten abgesprochen und vereinbart werden.

- a) Allgemeine auf das Kind / den Jugendlichen bezogene Therapieziele:
- Entwicklung einer angemesseneren und einer breiteren, differenzierteren Selbst- und Fremdwahrnehmung (und Entzerrung der einseitig, aggressiv gepolten Form der Weltwahrnehmung und Informationsverarbeitung)
  - Verbesserte Fähigkeiten zur Selbststeuerung insbesondere zur Affekt- und Impuls-Regulation
  - Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens, ohne auf schädigendes und/oder gewalttätiges Handeln oder Zerstörung zurückgreifen zu müssen
  - Verbesserung der Selbstachtung und Selbstakzeptanz und Entwicklung eines vollständigeren Selbstbildes; dazu zählt auch das Aktivieren persönlicher Ressourcen
  - Verbesserung der sozialen Kompetenzen, insbesondere der Empathiefähigkeit, der Fähigkeit zur konstruktiven Konfliktlösung und der Fähigkeit zur angemessenen Äußerung und Durchsetzung eigener Interessen.

b) Allgemeine auf die Eltern/Bezugspersonen bezogene Therapieziele

- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes/Jugendlichen und Förderung der Fähigkeit, Struktur- und Grenzsetzung etc. im Kontakt mit dem Kind umzusetzen.
- Verbesserung der Fähigkeiten der Eltern, Konflikte im Alltag mit dem Kind/Jugendlichen zu lösen (z. B. Verzicht auf Gewalt)
- Förderung des Verstehens und des Selbstverstehens der Handlungsmuster der Eltern vor dem Hintergrund ihrer jeweils eigenen Biografie
- Unterstützung und Begleitung der Eltern beim Halten und Aushalten des Kindes/Jugendlichen mit seinen Problemen; aber auch:
- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen und beim Reflektieren alternativer Betreuungs- und Unterstützungsformen (Schuldentlastung)

4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Mit den Eltern sind *regelmäßige* Gespräche/Kontakte von großer Bedeutung (s. a. Kontraktbildung). Im Sinne eines multimodalen Vorgehens sind i. d. R. weitere Bezugspersonen (Lehrerinnen ...) einzubeziehen. Bei sehr kleinen Kindern ist eine personenzentrierte Arbeit direkt mit/an Eltern-Kind-Interaktion (am besten unter Nutzung des Mediums Video) angezeigt. Optionen sind Personenzentrierte Familientherapie oder auch Personenzentrierte Familienspieltherapie (Kemper, 2002) bzw. Filialtherapie (Goetze, 2009).

Da das Störungsbild dazu führt, dass andere Menschen innerhalb und außerhalb der Familie geschädigt werden, spielen starke Gefühle auch der Familienmitglieder oft eine Rolle; Themen sind z. B.: Verzweiflung, Schuld, „Rettungshoffnung“ oder Abgeben der Verantwortung an die Therapeutin.

4.4 Kontraktbildung

Für die Arbeit mit der Zielgruppe ist es besonders wichtig, sehr klare Absprachen über Regeln und entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Der erzielte Konsens über Therapiebedarf und Ziele soll in einem Kontrakt mit Kind/Jugendlichen und Eltern verankert werden: Vereinbarung über Frequenz und Dauer der Therapie, über die Einbeziehung der Eltern, über Schweigepflicht.

Weitere Regelungen sind zu treffen:

- Klare, möglichst einvernehmliche Regelung bezüglich Ausfallstunden
- Vereinbarungen über das klare Umgehen mit möglichen Auflagen von außen (beispielsweise Gerichtsauflagen zur Therapie)
- Vereinbarungen über die gegebenenfalls nötige Arbeit mit dem weiteren Umfeld (Lehrer, Erzieherinnen)
- Regelungen über den Umgang mit eventuell nötiger medikamentöser Unterstützung
- Regelungen über eventuell nötige Hinzuziehung weiterer Hilfen (beispielsweise Hilfen zur Erziehung ...)

5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

Handlungsleitlinien in den unterschiedlichen Therapiephasen

Therapieeingangsphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmethoden
(1) Bedingungsfreie Wertschätzung und Akzeptanz: unbedingte Wertschätzung des Kindes als Person, nicht seiner feindseligen Handlungen	(1) Aggressive Kinder/Jugendliche kommen mit dem Gefühl „ungerecht“ abgestempelt zu sein und haben eine Geschichte von Ausgrenzungserfahrungen. Sie sind dementsprechend misstrauisch und mehr oder weniger latent feindselig. Als Beziehungsangebot ist es wichtig, sich dem Kind entgegen seinen internalisierten Abwertungserwartungen zu verhalten, also bedingungsfreie Akzeptanz seiner Person (nicht seines Verhaltens) zu vermitteln (weg von der problemzentrierten Sicht und: Ressourcen wahrnehmen).	(1) Direktes Ansprechen des Kindes: Benennen der Ressourcen des Kindes/Jugendlichen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffen von klaren Rahmenbedingungen als Grundlage; Verlässlichkeit (Zeit, Ort), damit Anbieten von Halt und Orientierung.</li> <li>• Verdeutlichen, dass das Problemverhalten des Kindes (insbesondere schädliches Verhalten) nicht billigend vom Therapeuten akzeptiert wird.</li> <li>• Dem Kind Raum geben für seine Art des Sich-Einbringens in die Therapiesituation und seine Art des Beziehungsaufbaus.</li> </ul>

Therapieeingangsphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmethoden
<p>(2) Aufbau von Veränderungsmotivation</p> <p>(3) Einführendes Verstehen/Empathie: Das Verhalten als Problemlösungsversuch verstehen, das heißt sich einfühlen in die innere Not und Rebellion des Kindes und mit dem eigenen Aggressionspotential Kontakt aufnehmen, um einen emotionalen Zugang zum Verhalten des Kindes zu bekommen. Den Kreislauf der Wiederholung destruktiver Symbolisierung als notgedrungene Überlebensstrategie verstehen und akzeptieren.</p> <p>(4) Kongruenz: Kinder brauchen – auch zur Sensibilisierung der Selbstwahrnehmung und zur Förderung der angemessenen organismischen Bewertung – ein klares aufrichtiges Gegenüber. Hierzu ist die Selbstwahrnehmung der eigenen Grenzen bei der Therapeutin ebenso wichtig wie eine angemessene, sehr sensible Nähe-Distanzregulation.</p> <p>(5) Wachheit und Momentzentriertheit: Bei schnellem Agieren und Austesten von Grenzen kann das Erregungsniveau des Kindes leicht überschießen und zu Kontrollverlust führen. Zu viele Grenzsetzungen zu Therapiebeginn stellen für die noch fragile Beziehungsebene möglicherweise eine zu starke Belastung dar.</p>	<p>(2) Kinder, die Störungen des Sozialverhaltens zeigen, haben in der Regel aus sich heraus wenig Motivation bzw. sind von Eltern, Lehrern, Gerichten etc. geschickt. Andererseits gibt es auch – oft verborgene – Momente, in denen sie selber unter dem ständigen Ärger mit anderen leiden. Diese Thematik ist gezielt aufzugreifen.</p> <p>(3) Empathie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen auf der Handlungs- und verbalen Ebene eingehen</li> <li>• Aggressionen im Sinne von Aktualisierung als Vitalitätspotential positiv bewerten</li> <li>• Erste Ansätze zur Förderung einer verbesserten Selbstwahrnehmung und des Zugangs zu eigenen Affekten und Bedürfnissen konsequent aufgreifen und stützen.</li> </ul> <p>(4) Kongruenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klares Differenzieren beim Aussprechen und konsequentes Einhalten von Regeln innerhalb der Therapiesituation und darüber hinaus (z. B. in anderen Praxisräumen)</li> <li>• Klares Formulieren von persönlichen Grenzen und Achtung auf Einhaltung dieser Grenzen</li> <li>• Formulieren und Festlegen von Regeln, sofern diese zur Sicherung des therapeutischen Geschehens nötig sind</li> </ul> <p>(5) Guter Spielfluss fördert den Beziehungsaufbau; erhöhte Aufmerksamkeit für das Tempo des Kindes und das Spannungsniveau im Raum sind wesentlich.</p>	<p>(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ressourcen benennen</li> <li>• Erfolgserleben ermöglichen durch das Vermitteln von Selbstwirksamkeitserfahrungen</li> <li>• Ermöglichen von Erfolgserlebnissen des Kindes ggf. Herstellen durch transparente Zurücknahme als Erwachsener (z. B. Handicaps anbieten)</li> </ul> <p>(3) Empathie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessenes verbales und nonverbales Spiegeln der Gefühle des Kindes</li> <li>• Handeln in Interaktionsresonanz (Behr, 2008)</li> <li>• Begrenzt: stellvertretendes Benennen von Gefühlen (da wo es sinnvoll und nötig ist)</li> </ul> <p>(4) Kongruenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Authentisch sein</li> <li>• Begrenzt: Selbstäußerungen des Therapeuten über innere Zustände (da wo es sinnvoll und nötig ist); self disclosure</li> <li>• Angemessene Konfrontation des Kindes/Jugendlichen (mit Authentizität und Selbstachtung des Therapeuten)</li> <li>• Mögliche Grenzüberschreitung im Vorfeld bemerken und ansprechen</li> <li>• Klare Grenzsetzung, wenn nötig im Sinne von Akzeptanz des kindlichen Bedürfnisses (aber der Beschränkung auf der Handlungsebene); Trennen von Motiv/Absicht und Tat</li> </ul> <p>(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reizüberflutung durch zu großes Materialangebot vermeiden</li> <li>• sich dem Tempo anpassen und ggf. drosseln, entschleunigen</li> <li>• Aufmerksam sein und mögliche Gefahrensituationen (z. B. bei Kämpfen mit dem Kind) antizipieren</li> </ul>

<b>Mittlere Therapiephase</b>		
<b>Begegnungshaltung</b>	<b>Handlungsstrategie</b>	<b>Interventionsmethoden</b>
<p>Die Grundelemente der Therapieein-gangsphase haben weiterhin Gültigkeit auch in der mittleren Therapiephase. Drei Elemente treten allerdings zusätz-lich in den Vordergrund:</p> <p>a) Wenn die Regeln bzw. Grenzen von dem Kind ansatzweise akzeptiert und damit strukturelle Eckpfeiler gesetzt sind, kann sich die Therapeutin hin-sichtlich dieser äußeren Strukturgebung zurücknehmen und es rücken innere Prozesse des Kindes mehr in den Mit-telpunkt.</p> <p>b) Je nach Stabilität der Selbststruktur des Kindes erfolgt eine stärkere Kon-frontation mit den problematischen und schädigenden Verhaltensweisen.</p> <p>c) Wenn sich die Kinder in der Be-ziehung sicherer fühlen, kann es dazu kommen, dass verstärkt Provokationen auch direkt gegenüber dem Therapeu-ten gezeigt und ausgelebt werden. Es geht dann darum, diese einerseits in der Begegnung auszuhalten, andererseits authentisch und kongruent grenzset-zend zu beantworten.</p> <p>Durch regelmäßige Reflexionen des Therapiegeschehens sollen die bisherige Entwicklung und die Wirkungen außer-halb der Therapie angesprochen werden.</p>	<p>In der mittleren Therapiephase steht das explizite Arbeiten an den Therapie-zielen – auf der Grundlage der gewach-senen Beziehung und der Gestaltung korrigierender emotionaler Erfahrung – stärker im Mittelpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbesserung der Selbst- und Fremd-wahrnehmung durch angemessenes Spiegeln der gezeigten Gefühle der Klienten (Erweiterung des Gefühlsspek-trums); klarere Rückmeldung über das Erleben des Therapeuten zur Förde-rung der Fremdwahrnehmung, geziel-tes Arbeiten an der verzerrten Informa-tionsverarbeitung</li> <li>● Verbesserung der Fähigkeit zur Selbst-regulation durch angemessene Co-re-gulation (z. B. über die Steuerung der Intensität des Spielflusses, Affekt- und Impulsspiegelung) und das Anbieten von Hilfen zur Selbstregulation (Ent-wicklung von „Filtern“, Entspannung ...)</li> <li>● Verbesserung des Selbstwirksam-keitserlebens und des Selbstwertgefühls (siehe Therapieeingangsphase)</li> <li>● Verbesserung der Selbstachtung und Selbstakzeptanz und Entwicklung eines realistischen Selbstbildes durch die Ak-zeptanzerfahrungen der Patientinnen und die verbale und nonverbale Spie-gelung</li> <li>● Arbeiten an der deutlichen Über-nahme von Selbstverantwortung für so-ziale Situationen und die Auswirkungen des eigenen Handelns</li> <li>● Verbesserung der sozialen Kompe-tenzen (Konfliktlösung, angemessene Selbststeinbringung)</li> </ul>	<p>Bei Regel-, Rollen- und konstruktiven Spielen sowie im kreativen Gestalten (aber auch bei älteren Kindern und Ju-gendlichen im Gespräch):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lautes Denken in der Opferrolle prak-tizieren, so dass auch unangenehme Ge-fühle wie Demütigung, Kränkung und Schmerz spürbar werden; zunächst je-doch nur in der Rollenübernahme im Spiel – Erleben und körperliche Erfah-rung benennen.</li> <li>● Aggressives Verhalten nur auf der Spiel-ebene halten im Sinne eines „als ob Han-deln“ zur Erweiterung der Impulskontrolle</li> <li>● Resonanz in der Interaktion geben...</li> <li>● Kampfspiele: Regelklärung im Sinne sportlicher Fairness und Strukturgebung</li> <li>● Regeln und Kompromisse aushandeln, z. B. bei Wettkämpfen, wie stark der Thera-peut sein darf, und seine Rolle als Gegner</li> <li>● Darüber im Spiel neue Erfahrungen ermöglichen im Sich-Messen im Mitei-ander sowie in neuen Rollen</li> <li>● Bei zu hohem Erregungsniveau: Mög-lichkeiten (spezielle Bewegungsspiele, Boxsack, Hauklotz etc.) anbieten zum Spannungsabbau</li> <li>● Angebote zum Erlernen von Impuls-kontrolle und Spannungsabbau z. B. durch Entspannungsverfahren</li> <li>● Selbstexplorativ begründete Handlungs-impulse, die etwas Neues in die Situation bringen, durch den Therapeuten einbringen</li> <li>● Nach-Beeltern, das heißt: Näheangebot ermöglichen in Rollenspielen, bei denen der Fürsorgeaspekt in den Vordergrund treten kann (kochen, essen, Kaufmanns-laden ...). Dafür indirekte Reizkontrolle (Situationsgestaltung) einsetzen, das heißt z. B. anregende Materialien in den Vordergrund rücken.</li> <li>● In Konfliktsituationen Grenzen verdeut-lichen (via Interaktionsresonanz) und trennen bzw. differenzieren zwischen Ab-sicht und Tat und zur Klärung des Sinns von Grenzen und Konsequenzen als logi-sche Folge im Unterschied zu Strafen</li> <li>● Gezieltes Durchspielen und Bearbei-ten von realen Konfliktsituationen – so dass Einstellungs- und Verhaltensän-derung erfolgen kann und auch einge-übt wird</li> <li>● Erarbeiten gesellschaftlich akzeptierter Möglichkeiten zum Zeigen und Leben der eigenen Vitalität der Klientinnen</li> </ul>



Therapieabschlussphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmethoden
<p>Die therapeutische Grundhaltung der ersten beiden Phasen gilt auch in der Therapieabschlussphase.</p> <p>In dieser Phase treten zwei Themen hinzu, die gezielt beachtet und bearbeitet werden müssen:</p> <p>a) Stärkerer Transfer der erreichten Veränderungen und Entwicklungen des Klienten und der damit verbundenen Verhaltensweisen in den Alltag – diese Thematik muss aktiv von Seiten des Therapeuten in den Fokus der Arbeit gerückt werden</p> <p>b) Vorbereitung und Realisierung des Abschiedes – hierzu gehört auch, dass die Therapeutin selber Abschied nimmt vom Kind/ Jugendlichen und dem gemeinsamen Prozess</p>	<p>a) Transfer der Therapieerfahrungen in den Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• konkretes Nachfragen zu Erfahrungen in Alltagssituationen – systematische Reflexion der Erprobung im Alltag (ggf. inklusive Hausaufgaben); überprüfen, wo verändertes Verhalten gelingt</li> </ul> <p>b) 1. Bilanzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrachtung dessen, was sich verändert/entwickelt hat</li> <li>• Thematisierung des Symptomverzichts</li> </ul> <p>2. Ablösung aus der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rechtzeitige Thematisierung</li> <li>• Umgang mit möglicherweise zu erwartenden „Rückfällen“</li> <li>• ggf. Änderung der Therapiefrequenz oder Vergrößerung der Abstände</li> <li>• reales, persönliches Abschiednehmen</li> </ul>	<p>Insbesondere die in der mittleren Therapiephase aufgeführten Interventionsmethoden werden auch in der Abschlussphase angewendet/realisiert. Eine besondere Bedeutung werden Rollenspiele haben und darüber hinaus gezielte, die Selbstreflexion des Klienten fördernde Gespräche. Weitere Elemente sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verankerung und Stabilisierung der positiven Erfahrungen und Erkenntnisse durch Symbole und Rituale, die materiell oder ideell mit aus der Therapie herausgenommen werden können</li> <li>• gemeinsames Planen (und Realisieren) eines Abschiedsrituals (z. B. das zu spielen, was am schönsten war, oder was noch nie gespielt wurde, Abschiedsfest ...)</li> <li>• Abschlussdiagnostik</li> </ul>

## 6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

### 6.1 Begegnungshaltung

Grundsätzlich ist es so, dass in vielen Fällen die Eltern der betroffenen Kinder/Jugendlichen sowohl in Bezug auf reale, äußere als auch in Bezug auf psychische, innere Faktoren schwerer zu erreichen sind als die Eltern anderer Patienten; oftmals sind auch (oder ausschließlich) weitere Professionelle mit der Betreuung und Erziehung der Kinder betraut. Zunächst geht es in der Arbeit mit den Eltern deshalb darum, überhaupt einen Kontakt herzustellen, aufzubauen und zu intensivieren. Die Eltern haben aufgrund der Schwierigkeiten ihrer Kinder – die deutlich auch außen sichtbar werden – die Erfahrung gemacht, dass ihr Kind schwierig ist und sie wahrscheinlich „schuld daran“ sind. Sie haben Erfahrung mit Hilfen und Unterstützungssystemen, möglicherweise Ängste und/oder Vorurteile. Vor diesem Hintergrund ist es eine zentrale Aufgabe, Vertrauen aufzubauen.

Das bedeutet für die *Therapieeingangsphase*, den Eltern sehr wertschätzend zu begegnen und deren Ressourcen zu achten und weiter zu aktivieren. Dies bedeutet auch, Eltern in ihrer biografischen Gewordenheit wahrzunehmen und keine Schuldzuschreibungen zu machen. Es geht im Gegenteil darum, die bisherigen vielleicht auch nur bedingt tauglichen

Bewältigungsversuche zu würdigen und sie von Schuldgefühlen zu entlasten.

Nach einem gelungenen Beziehungsaufbau wird es in *weiteren Therapiephasen* darum gehen, die Eltern ressourcenorientiert zu ermutigen, sich mit ihrem Erziehungsverhalten auseinanderzusetzen und dieses [gegebenenfalls] zu verändern. Zentrale Aufgabe ist es – orientiert an der Betrachtung konkreter (Konflikt-)Situationen –, die Eltern zu einem klaren, regelhaften, konsistenten und konsequenten Verhalten zu befähigen. Es geht zugleich darum, das Selbstwirksamkeitserleben der Eltern zu stärken. Ebenso wichtig ist es jedoch, auch die Eltern dafür zu gewinnen, ein tieferes Verständnis für ihr Kind zu entwickeln und die Probleme im Gesamtzusammenhang der familiären Entwicklung zu verstehen (transgenerative Perspektive). Darüber hinaus wird es wichtig sein, dass die Eltern das Kind/ den Jugendlichen auch im Alltag unterstützen und dessen Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit zu erleben, konkret fördern. In diesen weiteren Therapiephasen bedeutet dies, dass – ähnlich wie in der Therapie mit dem Kind – die Eltern stärker gefordert und auch angemessen konfrontiert werden.

Zum *Therapieende* geht es darum, die Eltern zu ermutigen und zu unterstützen, eigenständig Verantwortung für den weiteren Entwicklungsprozess der Familie und besonders des Kindes/Jugendlichen wieder zu übernehmen und Ängste hinsichtlich einer möglichen zukünftigen negativen Entwicklung abzubauen.

In der Arbeit mit weiteren professionellen Helferinnen stellen sich öfters zusätzliche Probleme. Diese Helferinnen sind noch einmal besonders verwoben mit der Problematik des Kindes oder seiner Familie. Sie haben zum Beispiel in der Heimerziehung Elternersatzfunktion, sind lange mit der Problematik befasst, und auch für sie kann es das Eingestehen des Scheiterns bedeuten, wenn sie mit dem Kind einen Therapeuten aufsuchen müssen; auch hier finden sich Schuldgefühle. Mit dieser Problematik ist äußerst sensibel umzugehen. Aus den potentiellen Kränkungerfahrungen kann Konkurrenz erwachsen, die thematisiert und abgebaut werden sollte. Sehr hilfreich ist hier eine eindeutige Rollenklärung.

## 6.2 Themenschwerpunkte

Themenschwerpunkte in der *Therapieeingangsphase* sind

- das weitere Sammeln von Informationen über das Kind und die familiäre Situation
- das Betrachten möglicher Schuldgefühle der Eltern
- die Betrachtung der Belastung der Familie durch die Problematik des Kindes
- die Resonanz und Antwortversuche der Eltern auf die Problematik des Kindes
- mögliche Bearbeitung der Konkurrenz zwischen Eltern und Therapeut
- erstes Verstehen der Funktion der Problematik des Kindes im Hinblick auf das Familiensystem

Zentraler Themenschwerpunkt in der *mittleren Therapiephase* ist der Aufbau eines förderlichen Erziehungsverhaltens der Eltern im Zusammenleben mit ihrem Kind bzw. Jugendlichen. Dies bedeutet einerseits, die Resonanz der Eltern auf die Problematik des Kindes und die Grundgefühle gegenüber dem Kind/Jugendlichen zu bearbeiten (wobei diese Grundgefühle immer auch etwas mit der Geschichte der Eltern zu tun haben und je nach Möglichkeit und Offenheit der Eltern auch diese Thematik angesprochen werden kann). Dies bedeutet zum anderen die Analyse und Bearbeitung konkreter Interaktionssituationen zwischen Eltern und Kindern mit dem Ziel, die Eltern zu einer klaren und konsistenteren Strukturgebung im Alltag zu befähigen. Eine besondere Bedeutung haben insbesondere in dieser Phase Kontakte zu anderen Bezugspersonen (Kindergarten, Schule, Hort etc.), um dabei auch die Beziehung zwischen Eltern und anderen Bezugspersonen zu stärken und diese anderen Bezugspersonen regelmäßig in die Arbeit mit dem Kind einzubeziehen (Mitwirkung, gemeinsame Zielsetzung ...). In der *Abschlussphase* sind Themenschwerpunkte der Transfer in den Alltag, Rückblick und Ausblick sowie Aufmerksamkeit für die Abschiedsthematik auch der Eltern. Es kann in diesem Zusammenhang

erwogen werden, ob über die (beendigte) Therapie des Kindes/Jugendlichen hinaus weitere Unterstützungsangebote für die Eltern gestaltet werden.

## 6.3 Handlungsstrategien – Interventionsbeispiele

In der *Therapieeingangsphase* sind unter anderen folgende Interventionen hilfreich:

- empathische Bestätigung der Belastung der Eltern
- Wertschätzende Begleitung des eigenen Erlebens der Eltern
- Ansprechen möglicher Konkurrenz
- Klärung der Rahmenbedingungen und Abschließen von Vereinbarungen über das Setting der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen (in bestimmten Fällen kann es sinnvoll sein, auch hier eine sehr klare Strukturierung hinsichtlich der Regelmäßigkeit der Termine, Ausfallregelungen usw. vorzunehmen).

In der *mittleren Therapiephase* geht es darum, sich gezielter den bisherigen Problembewältigungsversuchen zuzuwenden und gemeinsam mit den Eltern nach möglichen Alternativen zu suchen und diese konkret zu erarbeiten; dies kann z. B. auch in Rollenspielen erfolgen, sollte auf jeden Fall von einem systematischen Prozess der Überprüfung von Veränderungen bzw. Zielen begleitet sein.

- Eine wichtige Voraussetzung hierfür sind eine genaue Beschreibung der – auch gelingenden – Interaktionen und des Erlebens von Eltern und Kind – die Eltern müssen Raum bekommen, eigene Unsicherheit, aber auch eigene Bedürfnisse zu äußern.
- Zur Unterstützung des Kindes/des Jugendlichen und seiner Selbstwirksamkeitserfahrungen sollten konkrete Handlungsmöglichkeiten mit den Eltern erarbeitet und die Eltern zu einer Erprobung ermutigt werden.
- Weitere Ermutigung der Eltern, mit anderen Bezugspersonen des Kindes zusammenzuarbeiten – ggf. Anleiten und Durchführen von Helferinnenrunden unter Einbeziehen der Eltern.

In der *Therapieabschlussphase* geht es darum, Bilanz zu ziehen („Was hat sich verändert, wie geht es weiter?“) und konkrete mögliche weitere Unterstützungsformen mit den Eltern anzuregen und abzusprechen.

## 7. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes/Jugendlichen

Im Rahmen des multimodalen Vorgehens müssen auch andere Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden. Dies sind v. a. (fallspezifisch unterschiedlich):

- *Schule, Kindergarten, Hort*: I. d. R. zeigt sich das auffällige Verhalten in diesen Institutionen, besonders in Gruppenzusammenhängen. Die Pädagoginnen benötigen Unterstützung im Verstehen, bei der Gestaltung der Beziehung zum Kind und bei der Bewältigung von Konfliktsituationen, die durch das auffällige Verhalten (oft) entstehen. Eine Gefahr besteht darin, dass die Pädagoginnen schon sehr erschöpft im Kontakt mit dem Kind/Jugendlichen sind und eigentlich keine Basis mehr für eine gute Zusammenarbeit und Unterstützung des Kindes gegeben ist; dieses Thema sollte in jedem Fall angesprochen werden. Ebenso muss verdeutlicht werden, dass Psychotherapie (Veränderungs-)Zeit benötigt ...
- *Pädagoginnen in Einrichtungen der Heimerziehung*: Wenn die Klientinnen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung – oder Pflegefamilie – leben, so sind sie in ähnlicher Intensität einzubeziehen wie die Eltern. Eine Gefahr besteht darin, dass Konkurrenz entsteht, wer der/die bessere Helfer bzw. Helferin ist; dies muss gemeinsam reflektiert werden.
- *Kooperation mit Fachkräften der Jugendhilfe/des Jugendamtes*: z. T. werden die Kinder/Jugendlichen aufgrund ihrer Auffälligkeit in Maßnahmen der ‚Hilfen zur Erziehung‘ (Sozialpädagogische Familienhilfe; Soziale Gruppenarbeit ...) betreut. Hier muss unbedingt eine Kooperation angestrebt werden – auch um Konkurrenz zu vermeiden –, in die auch die Fachkräfte des Jugendamtes eingebunden sind. Ein guter Weg sind „Runde Tische“, an denen unbedingt die Eltern und – zumindest zeitweise – auch das Kind/der/die Jugendliche teilnehmen müssen.
- *Vernetzung mit weiteren Personen/Diensten* (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie/niedergelassene KJPsychiaterinnen) – hier gilt gleiches wie für Fachkräfte der Jugendhilfe
- *Andere Verwandte oder wichtige Kontaktpersonen* (Trainer im Sportverein ...) des Kindes/Jugendlichen: Manchmal gibt es Personen im Umfeld des Kindes/Jugendlichen, die eine (mögliche) stabilisierende Funktion haben (können). Dies sollte schon im diagnostischen Prozess herausgefunden werden (Ressourcencheck), und diese Personen können dann in den Unterstützungsprozess systematisch einbezogen werden.

## Literatur

- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN*. Online verfügbar: [http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb\\_107.pdf](http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb_107.pdf) [Zugriff: 3. 6. 2011].
- Behr, M. (2008). Interaktionsresonanz – Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie: Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C. A. & Conradt, J. (2004). *Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K., v. Zülow, C., Kunert, H. & Germer, L. (2009). *Mädchengewalt in Freiburg. Eine Bestandsaufnahme*. Freiburg: Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Ev. Hochschule Freiburg. Online: <http://zfkj.de/?q=node/10#M%3%A4dchengewalt%20Bestandsaufnahme%20Freiburg>
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Personenzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. *PERSON*, 10, 2, S. 151–163.
- Geldart, D. & Geldart, K. (2000). *Counselling Adolescents: The Proactive Approach for Young People*. Thousand Oaks: Sage.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2006). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010). Selbststörungen von Kindern und Jugendlichen erkennen, verstehen und behandeln. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder*. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Wien. (S. 83–106) Norderstedt: BoD.
- Kemper, F. (2002). Personenzentrierte Familienspieltherapie – am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis*. (2., überarb. Auflage, S. 93–158). Göttingen: Hogrefe.
- Kleiber, D. & Meixner, S. (2000). Aggression und (Gewalt-)Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen: Ausmaß, Entwicklungszusammenhänge und Prävention. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*. 31. Jg., Heft 3, S. 191–205.
- von Marées, N. & Petermann, F. (2010). *Bullying- und Viktimisierungsfragebogen BVF. Kinderversion und Lehrerversion*. Göttingen: Hogrefe.
- von Marées, N. (2009). *Der Bullying- und Viktimisierungsfragebogen: Konstruktion und Analyse von Instrumenten zur Erfassung von Bullying im Vor- und Grundschulalter*. <http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/00011350.pdf> [Zugriff: 2. 6. 2011].
- Moffitt, T. E. (1993). "Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Olweus, D. (2006). *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können* (4. Aufl.) Bern: Huber.
- Ostendorf, H., Köhnken, G. & Schütze, G. (2002). *Aggression und Gewalt*. Frankfurt/M., Berlin, Bern: Lang.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2010). *Aggression. Kindheit und Entwicklung*, 19, S. 205.

- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, H. M. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Pfeiffer, C. & Baier, D. (2010). Gewalt durch Jungen und Mädchen. In D. Dölling, B. Götting, B.-D. Meier & T. Verrel (Hrsg.), *Verbrechen – Strafe – Resozialisierung. Festschrift für Heinz Schöch zum 70. Geburtstag am 20. 8. 2010*. (S. 69–80) Berlin: de Gruyter.
- Scheithauer, H. & Petermann F. (2004). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. (S. 367–406) Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa

# Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Dorothea Hüsson  
Pädagogische Hochschule  
Schwäbisch Gmünd

Else Döring  
Psychotherapeutische  
Praxis, Frankfurt

Klaus Riedel  
Psychotherapeutische  
Praxis

In dem Artikel werden personzentrierte Entwicklungen im Rahmen eines störungsorientierten Vorgehens und Erkenntnisse der Traumatheorie zusammengetragen und in Theorie und Anwendung für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen dargestellt. Erlebte Psychotraumata führen häufig zu Traumafolgestörungen wie z. B. Posttraumatische Belastungsstörung oder Dissoziationen. Sie nehmen gerade bei Kindern und Jugendlichen einen speziellen Verlauf, der z. B. im Rahmen des posttraumatischen Spiels sichtbar wird. Therapeutisches Vorgehen erfordert daher ein differenziertes Wissen aus Entwicklungspsychologie und Traumatheorie. Die Diagnostik muss, neben der kindzentrierten Ausrichtung, stark am Störungsbild orientiert sein, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Das therapeutische Vorgehen in den einzelnen Therapiephasen sollte personzentriert am Störungsverständnis und an den Bedürfnissen des Kindes/Jugendlichen ausgerichtet sein. Die Elternberatung ist an die spezifischen Herausforderungen, die die kindliche und oft auch familiäre Traumatisierung mit sich bringt, gebunden. Besonders in Fällen komplexer Traumatisierungen ist die personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gut geeignet, um traumatische Erfahrungen auf behutsame Weise in das Selbstkonzept der Kinder/Jugendlichen zu integrieren.

*Schlüsselwörter:* Diagnostik, Dissoziation, Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Leitlinie, Posttraumatische Belastungsstörung, Posttraumatisches Spiel, Psychotrauma

**Outcomes of traumatic stress disorder — Therapeutic Guidelines for the Person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers.** In this article person-centered development in the scope of a disorder-orientated proceeding and perceptions of trauma theory are gathered and presented in their application for therapy with children and young people (in theory and experience). Experienced psycho traumata often results in traumatic outcome disorders for example dissociations and posttraumatic stress disorders. Just in the biographies of children and young people they proceed in a special way, which becomes obvious in the scope of the posttraumatic play. Therapeutic engagement presupposes a differential knowledge of process-psychology and theories of traumata. The diagnostics must be orientated (beneath the child-orientated focusing) in a very consequent way to the disorder picture in order to avoid retraumatizations. The therapeutic approach in the different therapy steps should be adjusted to the conception of disorder and to the needs of the child/adolescent. Person-centered psychotherapy with children and young people is very convenient especially in cases of complex traumata in order to integrate in a cautious way the traumatic experiences into the self-conception of the child/young person.

*Keywords:* dissociation, diagnostic, posttraumatic stress disorder, person-centered-play therapy, post-traumatic, post-traumatic play, therapeutic guidelines

**Else Döring**, geb. 1952, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, arbeitet in eigener psychotherapeutischer Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Frankfurt/Main; Schwerpunkt der Praxistätigkeit ist Traumapsychotherapie; Ausbilderin für Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (GwG); tätig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Vorsitzende der Hessischen Akademie für Personzentrierte Beratung, Psychotherapie und Supervision. Frühere Tätigkeiten: Kinder- und Jugendhilfe, in einer Kinderklinik, in der Kita-Beratung und in einer Reha-Klinik, Publikationen: Artikel über

Personzentrierte Traumapsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Personzentrierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und über die Bedeutung von Spiel in der Spieltherapie. Kontakt: [elsedoering@t-online.de](mailto:elsedoering@t-online.de)

**Dorothea Hüsson**, geb. 1959, Dipl. Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Traumatherapeutin (ZPTN), Ausbilderin am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung; von 2000–2010 therapeutische Tätigkeit in einer Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt, seither in einer Gemeinschaftspraxis und an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Arbeitsschwerpunkte: Spiel- und

Persönlichkeitsentwicklung, Kindeswohlgefährdung, Gesprächsführung.  
 Publikationen: mehrere Veröffentlichungen zum Thema Traumatisierte Kinder und Jugendliche. Kontakt: dorothea.huesson@ph-gmuend.de  
**Klaus Riedel**, Dr. phil., geb. 1963, Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialarbeiter, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, tätig in eigener psychotherapeutischer Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Familien in Bielefeld. Ausbilder für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG; akt); Dozent, Ausbilder und Supervisor an verschiedenen

Psychotherapie-Ausbildungsinstituten.  
 Publikationen: Buchpublikation zur Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern sowie Fachartikel über Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung, Formen des kindlichen Spiels und Kinder psychisch kranker Eltern. Kontakt: praxis@klaus-riedel.de  
**Korrespondenzadresse:** Dorothea Hüsson, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, 73525 Schwäbisch Gmünd, Oberbettringer Straße 200, E-Mail: dorothea.huesson@ph-gmuend.de

### 1. Erscheinungsbild der Störung

Die Phänomenologie der Traumafolgestörung im Kindes- und Jugendalter verändert sich mit dem Entwicklungsverlauf. Wir übernehmen deshalb mit kleinen Änderungen eine von Kröger (2011) übersetzte Klassifizierung des National Child Traumatic Stress Network und National Center of Post-traumatic Stress Disorder (2011), die vier Altersbereiche unterscheidet.

Kleinkindalter (0–3 Jahre)	Vorschulalter (4–6 Jahre)	Schulkinder	Jugendliche
<p><b>Säuglinge:</b>                      Auffälligkeit im Bindungsverhalten, z. B. durch ein desorganisiertes/ desorientiertes Bindungsmuster                      Häufig Schreikinder</p> <p><b>Kleinkinder:</b>                      Ein- und Durchschlafprobleme                      Massive Trennungängste, Weinen und Klagen                      Probleme mit dem Essen                      Unfähigkeit, bereits angeeignete Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vollziehen                      Ängste vor Dingen, die vorher nicht beängstigend wirkten                      Innerliche Unruhe, erhöhte Ablenkbarkeit (Spiel mit Gewaltinhalten und indem das Kind die traumatischen Erlebnisse ausagiert und sich mitzuteilen versucht)                      Zunahme von Wutanfällen, Schrei-Attacken und Gereiztheit                      Emotionale Taubheit                      Starkes Weinen als Ausdruck innerer Traurigkeit über das Geschehene bzw. die daraus resultierenden Veränderungen</p>	<p>Gefühle von Hilflosigkeit und/oder Passivität (evtl. durch übermäßige Ruhe oder Nervosität ausgedrückt)                      Verstärkte generelle Ängstlichkeit (z. B. allein im Zimmer zu bleiben oder ins Bett zu gehen)                      Unsicherheit bzgl. der Distanz zur Gefahr bzw. Beendigung derselben                      Schweigen                      Angst vor Rückkehr der Gefahr Ein- und Durchschlafstörungen sowie Alpträume                      Regressive Verhaltensweisen (z. B. Daumenlutschen, Babysprache, Enuresis, Enkopresis)                      Unverständnis bzgl. des Todes                      Sich mitverantwortlich fühlen am Tod eines Familienmitgliedes/Freundes (vgl. „magische Phase“) Posttraumatisches Spiel</p>	<p>Unsicherheit über das Geschehene; auch kognitive Verwirrung darüber                      Schuldgefühle und Gefühle, verantwortlich für das Geschehene zu sein, bzw. es nicht verhindert zu haben                      Ängste vor erneutem Auftreten des traumatischen Ereignisses und den Reaktionen darauf in Erinnerungen                      Wiederholtes Nacherzählen oder Nachspielen des traumatischen Ereignisses (sog. posttraumatisches Spiel)                      Ängste, von den eigenen Gefühlen überwältigt zu werden                      Ein- und Durchschlafstörungen sowie Alpträume                      Sorge um die Sicherheit anderer                      Verhaltensänderungen, z. B. Verstärkungen im aggressiven, impulsiven oder hyperaktiven Bereich                      Körperliche Beschwerden (Kopf-, Bauch- oder Muskelschmerzen) ohne medizinische Erklärungen                      Hypersensibilität für Reaktionen der Bezugspersonen</p>	<p>Distanziertheit                      Scham- und Schuldgefühle                      Befangenheit und Ängste, als unnormal zu gelten                      Risikoreiche Verhaltensweisen (Alkohol, Drogen, sexuelle Verhaltensweisen)                      Ängste vor erneutem Auftreten des traumatischen Ereignisses                      Plötzliche Veränderungen den Bezugspersonen oder Freunden gegenüber                      Radikale Einstellungsveränderungen                      Wünsche, schnell erwachsen zu werden                      Übertriebene Sorge um andere Familienmitglieder, die ebenfalls von dem traumatischen Ereignis betroffen sind</p>

## 2. Diagnose/Differentialdiagnostik

### 2.1. Spezifika des Störungsbildes

Unter einem psychischen Trauma versteht man ein Ereignis, das die psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordert und das durch eine andere Person, die die Unfähigkeit dieses Menschen bzw. des Organismus ausgleichen könnte, nicht kompensiert werden kann (Streeck-Fischer, 2006).

Situationen werden dann als traumatisch erlebt, wenn es zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten zu einem vitalen Diskrepanz-erleben kommt, begleitet von Gefühlen der Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit. Das Trauma bewirkt eine Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (Fischer & Riedesser, 2009).

Erlebnisse unterschiedlichster Art können – müssen aber nicht – zu Traumafolgen führen. Traumatische Erlebnisse können sein: der plötzliche Tod einer nahestehenden Person, eine eigene lebensbedrohliche Situation, eine ernsthafte Verletzung oder Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens von Nahestehenden oder auch Zeugenschaft eines der benannten Erlebnisse (Lueg-Schuster & Pal-Handl, 2004).

Nach dem DSM-IV beinhaltet die aktuelle Definition eines Traumas zwei Aspekte, die gleichermaßen vorliegen müssen:

1. Das betroffene Individuum erlebt selbst oder beobachtet als Zeuge ein Ereignis, welches mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht.
2. Die Reaktion des betroffenen Individuums beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten (Landolt & Hensel, 2008).

Weitere Differenzierungen traumatischer Erlebnisse betreffen die Ursache und die Art bzw. das Ausmaß des Traumas. Sind Menschen Ursache der Gewalteinwirkung (z. B. Überfall, sexueller Missbrauch, Krieg), sind die Auswirkungen i. d. R. wesentlich gravierender als bei nicht durch Menschen verursachten Gewalteinwirkungen, z. B. Erdbeben, Orkane (Eckart, 2005). Bei Art und Ausmaß wird zwischen einmaligen Traumata (Trauma Typ I) bei Ereignissen wie z. B. Unfall, Überfall, Feuer und chronischen Traumata (Trauma Typ II) bei wiederholt auftretenden Gewaltsituationen, z. B. sexueller Missbrauch, Krieg, Kidnapping unterschieden (Terr, 1995).

Krüger und Reddemann (2007) fordern, dass zur Diagnose und Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen neben entsprechenden traumaspezifischen Kenntnissen auch ein umfassendes Wissen über körperliche,

kognitive, emotionale und psychosoziale Entwicklungsbedingungen des Kindes vorhanden sein müssen.

Kinder und Jugendliche entwickeln ähnliche Reaktionen auf traumatische Ereignisse wie Erwachsene. Sie erleben die ganze Bandbreite posttraumatischer Belastungssymptome (Pynoos, Steinberg & Goejian, 1996).

Traumatische Erfahrungen führen bei Kindern zu einer verzerrten Integration von Erfahrungen in das Selbstkonzept, zu fehlender innerer Regulation, zu Störungen von Bewusstsein und Erinnerung, zu fehlenden positiven Interaktionsvorstellungen, Störungen der Realitätswahrnehmung, Störungen in der Vertrauensbildung und Störungen in der Körperwahrnehmung. Traumatische Erfahrungen greifen tief in den Entwicklungsprozess eines Kindes ein und beeinflussen, verlangsamen und verändern diesen langfristig.

Traumatische Erfahrungen werden meist von Dissoziationen begleitet. Während der Dissoziation wird das Erleben in einzelne Bestandteile fragmentiert, um so die Situation erträglich zu gestalten. Indem die Dissoziation die Integration des Erlebten ins Bewusstsein verhindert, übt sie eine Schutzfunktion aus. Die intensiven und unangenehmen Gefühle werden durch die Fragmentierung und Dissoziation nicht symbolisiert und somit auch nicht ins Selbstkonzept integriert.

Wie stark die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen und ihre Einstellung zur Umwelt beeinträchtigt ist, hängt davon ab, wie umfassend die traumatische Erfahrung ist, in welchem Alter sie beginnt, wie lange sie andauert und ob es schützende Bindungspersonen gibt (Streeck-Fischer, 2006).

Die Bindungstheorie hat sich ausführlich mit Bindungsstörungen auseinandergesetzt und auch die traumatisierenden Auswirkungen von unangemessenem Bindungsverhalten auf Kinder und Jugendliche untersucht (Brisch, 1999, Brisch & Hellbrügge, 2003). Stehen emotional zuverlässige Bindungspersonen nicht zur Verfügung, möglicherweise weil diese selbst traumatisiert sind, ist das traumatische Erlebnis für ein Kind noch schwerer zu bewältigen.

Traumatische Erlebnisse können sich dauerhaft auf das Bindungsverhalten des Kindes auswirken, besonders dann, wenn die Bindungspersonen durch ihr Verhalten zu der Entstehung von Traumatisierungen bei Kindern direkt beitragen (Döring, 2011). Diese Traumatisierungen nehmen oft einen chronischen Verlauf und können zu verschiedenen Symptomen im Kindes- und Jugendalter bis hin zu Störungen im Erwachsenenalter führen.

Ein Trauma hat neurobiologische Folgen. Es führt zu Veränderungen im sich entwickelnden Gehirn des Kindes. Es wird davon ausgegangen, dass diese Veränderungen eine Störung der Informationsverarbeitung zur Folge haben (Landolt & Hensel, 2008).

Traumafolgestörungen können diagnostisch folgendermaßen eingeteilt werden:

**Akute Belastungsreaktion** ICD-10: F43.0  
Hierbei handelt es sich um eine **akute Traumareaktion**, die das Trauma unmittelbar begleitet, darüber hinaus noch einige Zeit anhalten kann (Leitaffekte: Wut, Furcht, Erstarrung).

Bei der **posttraumatischen Spätreaktion** tritt eine bereits abgeklungene posttraumatische Reaktion spontan, ohne erkennbaren Anlass oder in evozierenden Situationen (z. B. Jahrestage) wieder in Erscheinung, um dann erneut abzuklingen.

**Anpassungsstörung** ICD-10: F43.2  
Eine Anpassungsstörung wird dann diagnostiziert, wenn die akuten Symptome in länger dauernde z. B. emotionale Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens übergehen.

**Posttraumatische Belastungsstörung** ICD-10: F43.1  
Von einer posttraumatischen Belastungsstörung wird gesprochen, wenn spezifische Symptome wie das Wiedererleben des Traumas, Vermeiden von Reizen, die auf das Trauma hinweisen, und anhaltende Symptome erhöhten Arousals auftreten. Diese Symptome müssen länger als einen Monat anhalten.

**Komplexe Traumafolgestörungen im Kindesalter** sind nicht in der ICD-10 aufgeführt. Sie sind in der Folge von chronischen interpersonellen Traumatisierungen anzutreffen, die die Entwicklung beeinträchtigen, und sind gekennzeichnet von starken Gefühlen von Furcht, Scham, Wut, Angst, Hoffnungslosigkeit und mangelndem Vertrauen. Kinder mit dieser Störung entwickeln als bleibende Nachwirkungen der Traumatisierung multiple Störungsbilder und Syndrome, z. B. Depressive- und Angstsyndrome, Dissoziationen, Konversionen, Verhaltensstörungen.

**Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung** ICD10: F62.0  
Kennzeichen der **andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung** sind u. a. Misstrauen, phobischer Rückzug, Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit und Bedrohung, Spaltung, Identifikation mit dem Angreifer. Viele Patienten mit so genannten Borderlinestörungen leiden unter den Folgen von Traumatisierungen.

Eine Traumafolgestörung kann zu jeder Zeit im Leben auftreten und in jedem Alter. Die Dauer dieser Art von Erkrankung ist sehr verschieden. In den ersten Wochen nach dem traumatischen Ereignis „treten bei fast allen Betroffenen Traumareaktionen auf, bei vielen entwickeln sie sich aber auch von selbst wieder zurück (Lueg-Schuster & Pal-Handl, 2004). Unterstützend

und stabilisierend für den Heilungsprozess wirken sich die vorhandenen Schutzfaktoren (Resilienz) eines Kindes oder Jugendlichen aus (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009).

Bei etwa der Hälfte der 20–30 % Menschen, die nach einem Trauma tatsächlich eine Traumafolgestörung entwickeln, heilt diese spontan und ohne jede Behandlung aus.

Die Störung kann aber auch noch lange nach dem belastenden Ereignis weiter bestehen. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit können zu Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter werden.

### 2.1.1 Epidemiologie am Beispiel PTBS

Epidemiologische Zahlen zur PTBS belegen, dass die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung zwischen 2 und 7 % liegt. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Neigung zur Chronifizierung.

Die Bremer Jugendstudie (Essau, Conradt & Petermann, 1999) berichtet, dass 22,5 % der befragten Jugendlichen irgendwann in ihrem bisherigen Leben ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Am häufigsten wurden körperliche Angriffe, Verletzungen und schwerwiegende Unfälle genannt.

Eine andere epidemiologische Studie (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000) berichtet, dass 26 % der jungen Männer und 17,7 % der jungen Frauen im Alter von 14 bis 24 Jahren mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben erfahren haben.

Eine signifikante Minderheit dieser Menschen entwickelt posttraumatische psychische Störungen.

Angaben zur Lebenszeitprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung schwanken in Abhängigkeit von der untersuchten Population zwischen 1,3 und 9,2 % (Landolt, 2004). In Abhängigkeit von der Art des Ereignisses entwickeln bis zu 100 % der traumatisierten Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftige und klinisch relevante psychische Störungen. Posttraumatische Belastungsstörungen gehören insgesamt gesehen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Durch Menschen verursachte Traumata (man made disaster) wiegen schwerer und haben eine höhere Inzidenz als Naturkatastrophen (Terr, 1995).

Die Ausprägung der Störung ist umso gravierender,

1. je mehr das Ereignis in den Entwicklungsprozess des Kindes eingreift,
2. je häufiger die belastenden Ereignisse auftreten,
3. je früher die belastenden Ereignisse auftreten und
4. je verletzender das Ereignis subjektiv vom Kind wahrgenommen wird.



2.1.2. Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Traumatische Phänomene wie z. B. Dissoziation, Halluzination können auch bei anderen Störungsbildern auftreten.

Als Subgruppen wird bei Dissoziation unterschieden zwischen dem

- a) Bewusstseins Typus (Dissoziative Amnesie F44.0, Dissoziative Fugue F44.1 u. a.)
- b) Körpersymptomatischen Typus (Dissoziative Bewegungsstörungen F44.4, Dissoziative Krampfanfälle F44.5 u. a.)

Flashbacks oder Halluzinationen, die im Rahmen einer Schizophrenie oder anderer psychischer, z. B. substanzinduzierter Störungen auftreten, sind von den Zuständen im Rahmen einer PTBS abzugrenzen, ebenso Depressionen und Angsterkrankungen, die nicht durch eine traumatische Erfahrung bedingt sind.

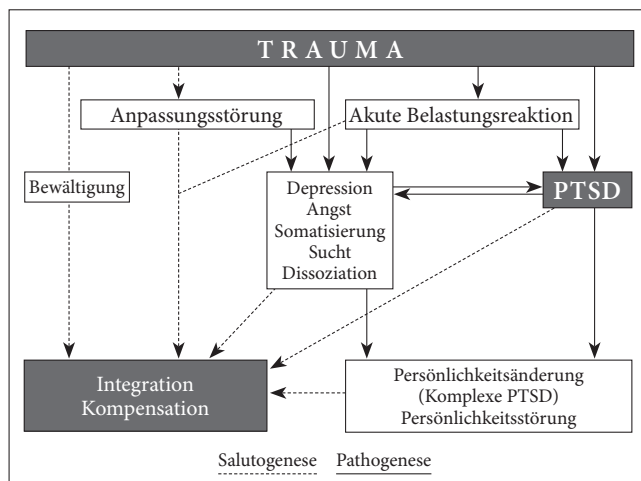


Abbildung 1. Abgrenzung zu relevanten psychischen Erkrankungen nach AMWF (2011); Flatten et al. (2011)

Eine Verknüpfung der Ängste mit der traumatischen Situation ist ein differenzialdiagnostisches Unterscheidungskriterium gegenüber entwicklungsbedingten Kinderängsten.

Es gibt eine beträchtliche **Komorbidität** mit anderen psychiatrischen Störungen, vorrangig mit Suchtmittelabhängigkeit und depressiven Störungen, häufig auch mit Angststörungen, Somatisierungsstörungen, somatoformen Schmerzstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Häufig sind Störungsbilder wie Depressionen, Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, Lern- und Leistungsstörungen, Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens auf eine nicht erkannte PTBS zurückzuführen.

2.2. Diagnostisches Vorgehen

Jede Diagnostik birgt die Gefahr, dass ein Kind oder Jugendlicher nur noch als defizitär, als Symptomträger wahrgenommen wird und nicht in seiner gesamten Persönlichkeit. In der

Personzentrierten Therapie stehen grundsätzlich das Kind und der Jugendliche als Person und nicht das Symptom im Vordergrund. Diagnostik ist nicht Selbstzweck und muss sich immer an der Einmaligkeit des jeweiligen Kindes und Jugendlichen orientieren.

Eine akzeptierende, Vertrauen schaffende Beziehung ist nach personzentriertem Verständnis schon in der Diagnostikphase unabdingbar. Gerade in dieser besteht die Herausforderung für den Therapeuten darin, das Kind oder den Jugendlichen zum Reden zu ermutigen, aber nicht zum Reden zu zwingen; Interesse zu zeigen, ihn aber nicht auszufragen.

Das Kind bzw. der Jugendliche wird als ganze Person in den Blick genommen und nicht nur störungsspezifisch betrachtet. Daher ist Ressourcenorientiertheit nicht nur mit dem Ziel der aktuellen und späteren Stabilisierung von großer Bedeutung, sondern öffnet auch den Blick auf die Stärken des Kindes.

Nur in einer als sicher und kontrollierbar erlebten Umgebung und Beziehung kann das Kind den Mut entwickeln, über Erlebtes zu reden oder sich auch entscheiden, nicht zu reden. Bei einem personzentrierten Vorgehen werden Flashbacks und Retraumatisierungen verhindert, da die Situation in keiner Weise an die traumatische Erfahrung erinnert, z. B. weil das Kind oder der Jugendliche seinen eigenen Explorationsprozess selbst steuert.

Es besteht eine hohe Gefahr der Über- bzw. Unterdiagnostizierung der Störung, so dass ein sorgfältiges und differenziertes Vorgehen nötig ist.

Zu empfehlen ist das freie, diagnostische Interview, das sich inhaltlich an den Kriterien der PTBS orientiert. (VORSICHT: Auslösen und Verstärken der Symptomatik durch unangemessene Exploration). Die Therapeutin soll bei der Exploration traumatheoretisches Wissen z. B. bezüglich Dissoziation im Hinterkopf haben, damit sie bestimmte Phänomene erkennen und verstehen kann. Es sollte eine genaue Anamnese-Erhebung mit Blick auf bisherige Traumaerlebnisse und die drei typischen Symptomkomplexe stattfinden: Übererregung, Wiedererinnern und Vermeidung. Es ist bei einer Exploration wichtig, auch das soziale Umfeld, evtl. auch mögliche Täter aufmerksam im Blick zu haben und Verstrickungen des Kindes zu erkennen. Eine Sicherheit gebende und verlässliche therapeutische Grundhaltung verdeutlicht dem Kind, dass die Therapeutin, der Therapeut psychisch stark genug ist, sich den Themen des Kindes zu stellen.

Grundsätzlich bieten sich in der allgemeinen Diagnostik die üblichen projektiven Verfahren an wie Zeichendiagnostik (z. B. Mensch-Zeichentest, Baum- und Hauszeichentest, Familie in Tieren, Verzauberte Familie), Scenotest, Satzergänzungstest sowie Projektive Bildererzähltests (CAT, Columbus Erzähltest).

Darüber hinaus ist eine ausführliche Beobachtung des freien Spiels äußerst hilfreich, da sich hier oft schon erste

Anhaltspunkte von Belastungen zeigen. Im Spiel zeigt das Kind schnell seine inneren unbewältigten Themen und nutzt symbolisch und/oder realitätsnah das Spiel, um die eigenen Schwierigkeiten darzustellen. Im freien Spiel, das diagnostisch beobachtet wird, sollte nichts beschleunigt werden, um Flashbacks und Kontrollverlust zu vermeiden. Das Thema Traumatisierung sollte aber auch nicht tabuisiert werden, um dem Kind die Möglichkeit zum freien Erzählen zu geben. Vorsicht vor Überinterpretationen von Spielszenen und Zeichnungen, Vorsicht ist auch beim Einsatz anatomischer Puppen angezeigt, da Suggestion nicht ausgeschlossen werden kann.

Neben allgemeinen Testverfahren stehen in der Diagnostik auch spezielle Verfahren zur Verfügung. Bei allen Diagnostikverfahren, die nach traumatischen Inhalten fragen, ist besondere Vorsicht geboten wegen der Gefahr der Suggestion auf der einen Seite und einer Retraumatisierung auf der anderen.

Eine sehr umfangreiche Sammlung von Screening- und Diagnostikinstrumenten findet sich bei Hensel (2007, S. 337 ff.) sowie auf der Homepage des Kindertraumainstituts (Kindertraumainstitut, 2012).

#### Diagnostik der Akuten und Posttraumatischen Belastungsstörung

Zur Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung wird besonders das IBS-KJ: Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern ab 7 Jahren und Jugendlichen empfohlen. Es handelt sich hierbei um ein strukturiertes klinisches Interview, das direkt mit dem Kind oder Jugendlichen durchgeführt wird.

#### Diagnostik der Traumasymptome

Eine spezifische Auswahl von 15 Fragen (der Summenwert von Frage 5, 10, 15, 32, 45, 47, 48, 78, 81, 82, 87, 90, 93, 94 u. 98) aus dem CBCL 1 1/2–5 Jahre (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) bildet bei einem Cut-off Wert von 9 mit hoher Wahrscheinlichkeit eine PTBS für diese Altersgruppe ab.

Ein bewährtes Traumascreening- und Therapieevaluations-Instrument für Kinder ab sieben Jahren stellt die von Greenwald (Greenwald & Rubin, 1999) entwickelte Skala CROPS (Child Report of Post-Traumatic Symptoms) dar. Bei der entsprechenden PROBS-Skala handelt es sich um einen Elternfragebogen (Kindertraumainstitut, 2012).

#### Diagnostik von Dissoziationen

Die Child Dissociative Checklist von Putnam et al. (1993) ist ein erprobtes Screening-Instrument für dissoziative Phänomene bei Kindern.

Die Adolescent Dissociative Experience Scale, A-DES II sowie A-DES 8 (Martinez-Taboas et al., 2004) dient dem

Screening von dissoziativen Phänomenen für Kinder und Jugendliche von 10–21 Jahren (Kindertraumainstitut, 2012).

### 3. Spezifisches Störungsverständnis, Genese

In der personenzentrierten Theorie wird ein Trauma als eine Störung des gesunden Verarbeitungsprozesses von Erfahrung angesehen. Die traumatische Situation wird vom Organismus als Bedrohung gewertet. Traumatische Erfahrungen werden daher nur im impliziten Gedächtnis abgelegt und nicht ins explizite Gedächtnis übernommen.

Traumatische Erfahrungen und Erinnerungen können durch ihren Bedrohungscharakter von Kindern oder Jugendlichen nicht bewusst, sondern nur unterschwellig wahrgenommen werden (van der Hart et al., 1995). Im personenzentrierten Sinne ausgedrückt, können die Trauma-Erlebnisse nicht symbolisiert werden. Ein Kind oder Jugendlicher kann diese nicht in Worte fassen oder erzählen, es kann sie nicht in die eigene Lebensgeschichte integrieren.

Kinder und Jugendliche können die traumatischen Erfahrungen nicht mit ihrem bis dahin entwickelten Selbst- und Weltbild vereinbaren, sie können sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren, weil sie eine Bedrohung für dieses darstellen (Eckert & Biermann-Ratjen, 2011b).

Erfahrungen, die nicht ins Bewusstsein gelangen, werden im personenzentrierten Konzept als Inkongruenz bezeichnet. Gleichzeitig treten Intrusionen auf, in denen sich die nicht integrierten Erfahrungen in das Bewusstsein drängen. Unruhezustände und Überaktivität, Angst, Vermeidung und körperliche Symptome sind dabei unvollständige Symbolisierungen der Bedrohung auf der körperlichen Ebene (Eckert & Biermann-Ratjen, 2011a).

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die durch die Traumatisierung entstehenden Inkongruenzen in ihrer Symptomatik auch vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig sind.

Die Entwicklung eines Selbstkonzeptes wird als bedeutsamer Teil der Selbstaktualisierung des Kindes angesehen. Während organismische Erfahrungen der Selbsterhaltung dienen, stellt das Selbstkonzept das aus den Selbsterfahrungen entstandene Bild von sich selbst und der Welt dar.

Traumatische Erfahrungen greifen in besonderer Art und Weise in den Entwicklungsprozess eines Kindes ein und erschüttern in besonderem Maße dessen sich entwickelndes Selbstkonzept. Auf der organismischen Ebene wird das Verhaltensmuster von Kampf oder Flucht aktiviert. Aufgrund der Tatsache, dass beides nicht möglich ist, führt dies zur Erstarrung, dem Erleben von tiefer Hilflosigkeit und Übererregung. Auf der Ebene des Selbstkonzeptes wird das Vertrauen des Kindes in die Umgebung und in die zentralen Bezugspersonen

erschüttert. Die Art, wie das Kind seine Außenwelt wahrnimmt, verändert sich genauso wie dessen Selbstbild. Das kindliche Weltverständnis wird erschüttert und das Kind verliert sein Vertrauen in die Menschen.

Eine Traumatisierung kann als eine Hemmung der Selbstaktualisierung zu massiven Entwicklungsverzögerungen führen, weil das Kind nicht mehr aufnahmefähig für neue Lernerfahrungen ist.

Durch das traumatische Ereignis kann die Wahrnehmung des Kindes verändert sein. Das Kind kann an seinen Wahrnehmungen zweifeln, nicht unterscheiden, was Realität und was Einbildung ist. Sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Fremdwahrnehmung können verzerrt sein. Auch diese Wahrnehmungsverzerrungen können im Dienste der Abwehr von unerträglichen, den Organismus und das Selbstkonzept bedrohenden Erfahrungen stehen, was von Rogers (1977b/1985, 1980b/1987, 1959a/1989) für zahlreiche andere Prozesse hinlänglich beschrieben wurde. Wenn diese Wahrnehmungsverzerrungen anhalten, führen sie zu verzerrten Verhaltensschemata und Erwartungshaltungen gegenüber der Umwelt.

Auf symptomatischer Ebene treten häufig Schuldgefühle oder Ängste als Reaktion auf Traumatisierungen auf. Dabei ist zu bedenken, dass kleine Kinder ein egozentrisches Denken haben und die Geschehnisse um sie herum als Auswirkungen ihrer eigenen Handlungen sehen. So schreiben sie sich die Verantwortung für das Trauma zu und meinen, sie hätten Schuld an den Ereignissen. Beim Auftreten traumaspezifischer Ängste können das Verlustängste sein, Ängste vor den Erinnerungen an das traumatische Ereignis oder diffuse Ängste.

Das Erleben von Selbstwirksamkeit ist bei traumatisierten Kindern oft tiefgreifend erschüttert, da das Kind während der traumatischen Ereignisse einen massiven Kontrollverlust erlebt und sich ohnmächtig und hilflos fühlt. Dies kann zu Passivität und Rückzugsverhalten führen. Studien haben gezeigt, dass missbrauchte Kinder weniger Worte haben, um ihre Gefühle zu beschreiben (Riedel, 2002). Sie können nicht identifizieren, wie sie sich fühlen, und zeigen Probleme mit der emotionalen Steuerung und der Erregungsregulation. Sie haben Schwierigkeiten, Vertrauen zu fassen und kooperative Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen.

Dissoziationen sind zu verstehen als abgewehrte Erfahrungen, die mit dem Selbstkonzept unvereinbar sind. Nur durch Dissoziation ist oft ein Weiterfunktionieren des Kindes möglich. Sie stellen einen Lösungsversuch in einer ausweglosen Situation dar. Indem bedrohliche Erfahrungen abgespalten werden, verändert sich die Selbst- und Außenwahrnehmung. Die damit einhergehende Trennung von überwältigenden Affekten von den dazugehörigen Vorstellungen bewirkt einen Zustand von andauernder Inkongruenz im Sinne einer Gefühlstaubheit, die subjektiv als Isolation erlebt werden kann.

## 4. Fallspezifische Behandlungsplanung

### 4.1. Vorüberlegung

Im Rahmen der Anmeldung wird je nach Einzelfall (Jürgens-Jahnert, 2002; Monden-Engelhardt, 2002; Riedel, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Behr, 2006) eine Entscheidung darüber getroffen, in welchem Setting der Erstkontakt und die Psychodiagnostik stattfinden. Bei Säuglingen und Kleinkindern mit Traumafolgestörungen ist es unerlässlich, den Erstkontakt und die Psychodiagnostik in Anwesenheit eines Sicherheit und Halt gebenden Elternteils durchzuführen. Es sollte im Vorfeld geklärt werden, ob der anwesende Elternteil direkt oder indirekt von dem traumatisierenden Ereignis betroffen ist oder sogar selbst aktiv an der Herbeiführung des Traumas beteiligt war. Ist die eigene Betroffenheit oder aktive Beteiligung zu stark, sollte eine andere Bezugsperson als Begleitperson für das Kind hinzugezogen werden. Bei Jugendlichen hingegen kann es im Sinne der entwicklungspsychologisch relevanten Autonomieentwicklung oftmals sinnvoller sein, die Sitzungen ohne Bezugspersonen durchzuführen.

Dem Aspekt der Sicherheit kommt bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine besondere Bedeutung zu. Maximale Sicherheit bzw. Schutz in Bezug auf die Trauma auslösende Situation und/oder Person sind unabdingbar. Bei durch Menschen ausgelösten traumatischen Erlebnissen sind Sicherheit und Schutz vor erneuter Konfrontation mit den für das Trauma verantwortlichen Personen zu gewährleisten.

Ein weiterer Aspekt, der im Vorfeld der Psychodiagnostik und der später stattfindenden Psychotherapie zu beachten ist, gilt eventuell anstehenden juristischen Verfahren. Stabilisierende und Sicherheit vermittelnde Aspekte in der Diagnostik oder Therapie sind durchaus notwendig und auch hilfreich für das Kind oder den Jugendlichen. Bei unmittelbar mit dem traumatischen Erleben in Zusammenhang stehenden therapeutischen Schritten sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese möglichst nach Absprache mit den juristisch Beteiligten geschehen, um den Strafprozess nicht zu behindern.

Bei traumatisierten Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen ist bei der Erhebung anamnestischer oder diagnostischer Daten besonders zu beachten, dass dies sehr sensibel und behutsam geschieht und triggernde Interventionen in Zusammenhang mit den traumatischen Erlebnissen zu unterlassen sind.

Zu guter Letzt ist darauf hinzuweisen, dass die soziale und kulturelle Situation des Kindes oder des Jugendlichen und seiner Bezugspersonen zu berücksichtigen ist und neben der Erfassung von Risikofaktoren auch kompensierende oder Schutzfaktoren erhoben werden sollten, die zu einer konstruktiven Bewältigung der traumatischen Erlebnisse beitragen können.

## 4.2 Therapieziele

Therapieziele im Rahmen einer Personzentrierten Psychotherapie bei Traumafolgestörungen hängen von verschiedenen Faktoren auf Seiten des Kindes (z. B. Alter, Entwicklungsstand, traumatische Vorerfahrungen, aktuelle Symptomatik, protektive- und Schutzfaktoren) ab. In Abhängigkeit von der traumaauslösenden Situation und den beschriebenen Faktoren entwickeln sich bei einigen Kindern Symptome, die als Ausdruck ihrer Inkongruenzen verstanden werden können. Allgemein können für diesen Prozess folgende Therapieziele formuliert werden:

### 4.2.1 Allgemeine, auf das Kind oder den Jugendlichen bezogene Therapieziele:

- Integration der traumatischen Erfahrungen in das Selbstkonzept
- Vertrauen in Beziehungen und darauf, diese (zurück-) zu gewinnen (insbesondere bei durch Menschen ausgelösten traumatischen Erlebnissen)
- Erfahrung von zuverlässiger, einschätzbarer, stabiler Beziehung ermöglichen
- Verbesserung der Affektregulierung
- Vertrauen in die eigenen Kräfte wiedergewinnen
- Selbstbewusstsein wiedererlangen
- Kontrolle und Sicherheit wiedergewinnen (handlungsfähig werden, die Opferrolle verlassen)

### 4.2.2 Allgemeine, auf die Eltern und Bezugspersonen bezogene Therapieziele:

- Verständnis für Trauma und Traumaverarbeitung ermöglichen
- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes oder Jugendlichen
- Stärkung der Erziehungskompetenz gegenüber dem traumatisierten Kind oder Jugendlichen
- Verständnis für die Ausdrucksformen der Traumatisierung des Kindes entwickeln
- Umgang mit dem Kind in alltäglichen Situationen reflektieren
- Auseinandersetzung und Reflexion eigener Traumaerfahrungen anregen
- Erkennen sekundärer Traumatisierung und ggf. Hilfe vermitteln

### 4.2.3 Allgemeine, auf weitere Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes oder Jugendlichen bezogene Therapieziele:

- Verständnis für die Ausdrucksformen der Traumatisierung des Kindes entwickeln

- Umgang mit dem Kind in alltäglichen Situationen reflektieren
- Kooperation der unterschiedlichen Bezugspersonen initiieren sowie ein Unterstützungssystem für das Kind schaffen

## 4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Die Arbeit mit den Bezugspersonen orientiert sich an der Position der Eltern im gesamten Traumaprozess. Sind die Eltern selbst Täter und geht von ihnen weiterhin eine Kindeswohlgefährdung aus, ist eine Zusammenarbeit nur schwer möglich. Hier haben die Loyalität mit dem Kind und dessen Sicherheit oberste Priorität.

Grundsätzlich wird die Forderung erhoben, dass keine Therapie stattfinden soll, solange der Schutz des Kindes nicht gewährleistet ist. Nicht immer ist die Täterschaft jedoch zu Therapiebeginn schon geklärt.

Problematisch kann sich die notwendige Zustimmung beider Elternteile zur Therapie gestalten, wenn Vater oder Mutter selbst Täter sind. Diese muss notfalls bei mangelnder Kooperation gerichtlich eingeholt werden. Problematisch ist ebenso eine Therapie bei einem parallel stattfindenden Strafverfahren durch die Gefahr der Veränderung der Wahrnehmung von Erlebnissen des Kindes im Rahmen der Therapie. Eine Absprache mit den entsprechenden Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft, Gutachter) kann das Problem reduzieren.

Sind die Eltern selbst traumatisiert, sollte eine eigene Therapie bei einem anderen Therapeuten empfohlen werden. Um eine solche Traumatisierung zu erfassen, sind zu Beginn der Arbeit mit den Eltern deren Traumabelastungen und Traumaaufahrungen zu erfassen.

Da Kinder und Jugendliche im Alltag häufig Symptome entwickeln, die das gesamte Familiensystem destabilisieren, ist eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern oder Betreuungspersonen parallel zur Therapie unbedingt nötig. Oft nimmt die Frage der Schuld bzw. Mitschuld bei den Eltern einen größeren Raum in der Elternberatung ein.

5. Handlungsleitlinien in den unterschiedlichen Therapiephasen

Therapieeingangsphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/Methoden
<p>Akzeptanz der Symptomatik des Kindes und Jugendlichen (Symptomatik als Bewältigungsstrategie ansehen)</p> <p>reflektierter und altersangemessener Umgang mit der Äußerung von Einfühlung</p> <p>Sensibilität für körperliche Nähe und/oder Berührungen</p> <p>Transparenz des eigenen Handelns dem Kind oder Jugendlichen mitteilen, dass der Therapeut über traumatisches Geschehen informiert ist</p> <p>offene Haltung; einladend für Mitteilungen und Ausdrucksformen des Kindes oder Jugendlichen; nicht fordernd konfrontativ</p> <p>das Kind bestimmt das Tempo seiner eigenen Auseinandersetzung mit dem Trauma</p>	<p>dem Kind oder Jugendlichen Sicherheit geben, bei Kleinkindern ggf. Elternteile mit einbeziehen</p> <p>für haltgebenden Rahmen und Struktur sorgen</p> <p>Nähe und Distanz ausloten</p> <p>Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen wahrnehmen und wertschätzend benennen</p> <p>Schwerpunkt auf der Handlungsebene, dosiertes Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte</p> <p>allgemeine altersentsprechende Information über Trauma und Traumafolgen</p> <p>Keine Befragung nach den Traumainhalten</p>	<p>mit der Therapieumgebung vertraut machen</p> <p>Orientierung über den Ablauf geben dem Kind/Jugendlichen Entscheidungsmöglichkeiten, -freiheit und Kontrollmöglichkeiten einräumen</p> <p>aussprechen und zusichern, dass nichts geschieht ohne Absprache mit dem Kind</p> <p>Hinweis auf Schweigepflicht</p> <p>Bereitstellung von traumaspezifischen und altersangemessenen Kinder- und Jugendbüchern, z. B. „Wie Pippa wieder lachen lernte“ (Lueg-Schuster &amp; Pal-Handl, 2004)</p>

Mittlere Therapiephase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/Methoden
<p>Grundhaltung von Wertschätzung Akzeptanz und Authentizität</p> <p>eine erhöhte Aufmerksamkeit für Verarbeitungsprozesse beim Kind oder Jugendlichen</p> <p>Wachsamkeit gegenüber eigenen Grenzverletzungen</p> <p>Transparenz gegenüber dem Kind oder Jugendlichen (Hüsson, 2009)</p> <p>Akzeptanz bzgl. der Spielinhalte des Kindes oder Jugendlichen, sofern die eigenen Grenzen nicht überschritten werden</p> <p>kein Druck oder Zwang zur Konfrontation mit dem Trauma</p> <p>Therapeut kann die ihm zugewiesene Spielrolle in Rollenspielen reflektieren</p>	<p>Grundsätzlich bestimmt das Kind oder der Jugendliche Tempo, Thema und Intensität des Spiels bzw. der Gespräche (Levine &amp; Frederick, 1998; Riedel, 2002)</p> <p>Der Therapeut „folgt“ dem Kind oder Jugendlichen und ermöglicht ihm seine Spielinszenierung (Weinberger, 2010)</p> <p>Die Spielinhalte werden verbal begleitet, angereichert durch Rückmeldungen auf verschiedenen Sinnesebenen, z. B. du hörst ..., du riechst ..., um eine De-Fragmentierung zu ermöglichen</p> <p>Nur in Phasen der Stagnation, bei einem eintönig wiederholenden Spiel ohne Weiterentwicklung werden (Gil, 2006) prozessaktivierende Impulse gegeben</p> <p>In der gespielten Opferrolle fühlt sich der Therapeut in die Innenwelt des Kindes ein und verbalisiert dies (Hüsson, 2010)</p> <p>In der Täterrolle stimmt der Therapeut sein Handeln mit dem Kind ab, um eine Überforderung zu vermeiden.</p> <p>In einem gesunden Heilungsprozess wird das Kind das Spiel so inszenieren, dass es sich auf der Spielebene aus der Opferrolle befreit und den Täter besiegen wird. Geschieht dies nicht, kann der Therapeut aktivierende Maßnahmen anbieten.</p>	<p>Spielmaterial, das zur Auseinandersetzung mit dem Thema anregt (z. B. Waffeln, Handschellen, Spritzen)</p> <p>Bilderbücher, DVDs, z. B. „Jule und Marie“ (Braun, 2007), „Ein Dino zeigt Gefühle“ (Manske &amp; Löffel, 1996)</p> <p>Zur Stabilisierung können die bekannten Traumaimaginationen ergänzend eingebracht werden (z. B. innerer Helfer, sicherer Ort). Diese sollten jedoch Kind- und prozessorientiert geschehen. Die meisten Kinder besitzen bereits innere Helferfiguren, geschützte Phantasiewelten, -orte, die im Gespräch nur noch erfragt und dann genutzt werden sollten. Auch Jugendliche besitzen häufig Helferfiguren, nach denen gefragt werden sollte.</p> <p>Das konkrete Nachfragen im Rollenspiel (z. B. wie eine Rolle ausgeführt werden soll) verhindert eine Übererregung, schafft Distanz zu den Gefühlen, unterscheidet ständig zwischen Realität und Spiel und ermöglicht dem Therapeuten, handlungsfähig zu bleiben.</p> <p>Älteren Kindern kann auch das Angebot zusätzlicher Bearbeitungsmethoden gemacht werden (z. B. therapeutische Geschichten, Traumabuch).</p> <p>Für den Umgang mit Dissoziationen empfiehlt sich die Herstellung einer sog. Notfallkiste, die gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen mit praktischen Hilfsmitteln gefüllt wird</p>

Therapie-Abschlussphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/Methoden
<p>offen sein für Signale des Kindes oder Jugendlichen, z. B. lieber mit Schulfreunden spielen wollen, schwimmen gehen ... als zur Therapie zu kommen (Riedel, 2002)</p> <p>Vertrauen in kindliche Ressourcen (und die der Bezugspersonen) vermitteln</p> <p>Trennungsabsichten empathisch erfassen und zulassen (einfühlsam loslassen)</p> <p>dem Thema „Abschied“ Raum geben (Riedel, 2002)</p> <p>individuelle Form des Abschiednehmens beim Kind oder Jugendlichen akzeptieren</p>	<p>Abschiedsphase bei entsprechenden Signalen des Kindes oder Jugendlichen aktiv begleiten (Riedel, 2002)</p> <p>das Ende der Therapie rechtzeitig ankündigen</p> <p>individuelle Form des Abschiednehmens, z. B. ignorieren, trauern, aggressiver Umgang empathisch, akzeptierend und kongruent begleiten</p> <p>Aufzeigen und Anerkennen der Veränderungen</p>	<p>Aufklärung über die Bedeutung des Therapieabschlusses für ein traumatisiertes Kind bzw. Jugendlichen</p> <p>Konkrete Hinweise für den Umgang mit evtl. erneut auftretenden Traumaerinnerungen, Restsymptomen oder sonstigen Problemen</p> <p>Rückfallmöglichkeiten und -formen ansprechen, diesbezügliche Prophylaxe</p> <p>Reduzieren der Sitzungsfrequenz</p> <p>Katamnese-Termin vereinbaren</p> <p>Hinweis auf Möglichkeit zur erneuten Kontaktaufnahme geben</p>

## 6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Die Einbeziehung der Eltern und anderer Vertrauenspersonen ist eine bedeutsame Komponente in der Therapie (Ehlers, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Schmidtchen, 1991; Behr, 2006). Gerade bei Traumafolgestörungen ist der Einbezug der Eltern bedeutsam und wichtig und trägt zur Stabilisierung des Kindes oder Jugendlichen bei. Die oben beschriebenen Kontraindikationen sind zu beachten.

	Begegnungshaltung	Themenschwerpunkte	Handlungsstrategien; Interventionsmedien und -methoden
<b>Therapie-eingangsphase</b>	<p>Die Eltern nach eigener Traumatisierung (aktuell oder in der Vergangenheit) fragen</p> <p>erklärend und informierend</p>	<p>Schuld, Versagen, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht, Sinnfrage</p> <p>Umgang mit dem Kind und Erziehungsfragen klären</p>	<p>Einführend-akzeptierender Gesprächsstil</p> <p>Familienbrett, um die Beziehungen in der Familie darzustellen</p> <p>Information über traumatische Prozesse und deren Verlauf geben</p>
<b>Mittlere Phase</b>	<p>wertschätzend, informationsvermittelnd, verstehend und auch konfrontierend</p>	<p>Sekundäre Traumatisierung</p> <p>Eigene Betroffenheit</p> <p>Veränderung der Kinder durch traumatische Erfahrung</p> <p>Rückzugsverhalten des Kindes</p> <p>Trennungsängste des Kindes</p> <p>auffällige Verhaltensweisen des Kindes</p>	<p>Bewältigungsstrategien vermitteln, um mit dem eigenen emotionalen Stress fertig zu werden</p> <p>Vermittlung von Umgangsmöglichkeiten mit Traumasymptomen des Kindes</p> <p>Eltern unterstützen in der Aufgabe, ihre Kinder mitfühlend-emotional zu begleiten</p> <p>Eltern motivieren, die spezifischen Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und zu befriedigen</p> <p>Bei Eltern Verständnis schaffen für das kindliche Bedürfnis nach Sicherheit</p> <p>Erziehungsverhalten an die Situation des Kindes anpassen, z. B. auch Grenzen setzen</p> <p>Information geben über Wiederholungszwang</p>

	Begegnungshaltung	Themenschwerpunkte	Handlungsstrategien; Interventionsmedien und -methoden
Abschlussphase	Rückmeldung über Verlauf und Veränderungen Stärkung der Elternkompetenz	Weiterentwicklung des Kindes Mögliche schwierige Situationen Einschätzung der Belastung durch das traumatische Ereignis	Weiterentwicklung des Kindes Mögliche schwierige Situationen Einschätzung der Belastung durch das traumatische Ereignis Sensibilisierung der Wahrnehmung der Eltern für die Fortschritte ihres Kindes Sensibilisierung für die Ressourcen des Kindes Verständnis für die Veränderungen im gesamten Familiensystem Neuorientierung

### 7. Handlungsleitlinien für die Arbeit mit dem Lebensumfeld des Kindes

Eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes wie Lehrkräfte, Erzieherinnen, Ausbilder, Betreuerinnen ist in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr empfehlenswert. Da Kinder und Jugendliche auch außerhalb der Therapie ihre Symptome entwickeln und zum Ausdruck bringen, benötigen auch die Fachkräfte Unterstützung und Beratung im Umgang mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Sie benötigen Informationen, um die Kinder besser verstehen und im Alltag angemessen reagieren zu können. Besondere Themen in der Zusammenarbeit sind: Ohnmacht, Kontrolle, Grenzen, Nähe/Distanz (Riedel, 2002).

Eine gute Vernetzung und Kooperation stabilisiert das Helfernetz und unterstützt somit den Prozess der Heilung bei den Betroffenen. Diese Kooperation sollte jedoch immer transparent gemacht und mit den Kindern und Jugendlichen abgesprochen werden, um einen Vertrauensverlust zu vermeiden. Traumapädagogisches Wissen ist zur Unterstützung der Fachkräfte notwendig (Weiß, 2009).

#### Literatur

AMWF (2011). *Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html> (Stand: 29. 01. 2012).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Aufl. mit deutscher Normierung, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers und K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *PERSON*, 10, 2, S.108-117.

Braun, B. (2007). *Jule und Marie*. Köln: Mebes & Noack.

Brisch, K. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. & Hellbrügge, T. (2003). *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Döring, E. (2011). Traumatherapie mit Kindern. Was hilft Spielen im Umgang mit traumatisierten Kindern. In C. Wakolbinger et al. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien* (S. 238-257). Norderstedt: Books on Demand.

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2011a). Die Traumatheorie in der Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 127-133). Stuttgart: Klett-Cotta

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2011b). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 590-602). Stuttgart: Klett-Cotta.

Eckardt, J. (2005). *Kinder und Trauma: Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert u. C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 2 (S. 73-92). Göttingen: Hogrefe.

Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37-45.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Woller, W. (2011). S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

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

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2009). *Resilienz*. Stuttgart: UTB.
- Gil, E. (2006). *Helping Abused and Traumatized Children*. New York: Guilford Press
- Greenwald, R. & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61.
- Hensel, T. (Hrsg.) (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 243–264). Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D. (2010). Personzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien* (S. 238–257). Norderstedt: Books on Demand.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). 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: Anwendung und Praxis* (S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Kindertraumainstitut (2012). Verfügbar unter: <http://www.kindertraumainstitut.de/de/Materialien> [Stand: 29.1.2012]
- Kröger, C. (2011). *Hinweise zur Unterstützung von Kleinkindern, Vorschulkindern, Schulkindern, Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen*. Verfügbar unter: <http://www.pknds.de/37.o.html> [Stand: 29.1.2012].
- Krüger, A. & Reddemann, L. (2007). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landolt, M. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A. & Hensel, T. (Hrsg.) (2008). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Levine, P. & Frederick, A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit traumatische Erfahrungen zu transformieren*. Essen: Synthesis.
- Lueg-Schuster, B. & Pal-Handl, K. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder*. Wien: Springer-Verlag.
- Martinez-Taboas, A. et al. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish adolescent dissociative experience scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (4), 33–54.
- Manske, C. & Löffel, H. (1996). *Ein Dino zeigt Gefühle*. Köln: Mebes & Noack.
- Monden-Engelhardt, C. (2002). 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: Anwendung und Praxis* (S. 9–72). Göttingen: Hogrefe.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Putnam, F. W., Helmers, K. & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociative scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731–741.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence. Recent developments and current controversies. In B. van der Kolk, A. C. McFalane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 331–358) New York: Guilford Press.
- Riedel, K. (2002). Personzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper u. C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 185–209). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1977b/1985). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. (1980b/1987). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. (1959a/1989). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Terr, E. (1995). *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht*. München: Kindler.
- van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerdung und Integration. In *Hypnose und Kognition*, 12 (2), 34–67.
- Weinberger, S. (2010). Wieviel Traumatherapie steckt in der personzentrierten Spieltherapie. In Wakolbinger, C. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien* (S. 205–218). Norderstedt: Books on Demand.
- Weiß, W. (2009). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim: Juventa.



# Die Wirksamkeit personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung

Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maike Rönnau-Böse  
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Freiburg, Deutschland

Der Artikel referiert die Ergebnisse einer naturalistischen Studie zur Wirksamkeit personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung, die vom Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg (ZfKJ) wissenschaftlich geleitet wurde. Hintergrund ist die starke inhaltliche Weiterentwicklung der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten 20 Jahren, die allerdings keine Entsprechung in einer breiten Erforschung des Therapiegeschehens und der Wirksamkeit des Vorgehens findet. Die vorgestellte Studie möchte diese Forschungslücke ein wenig schließen und dem Verfahren der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie auch im fachpolitischen Diskurs wieder stärker Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Die naturalistische Studie mit Kombinationsdesign aus Prozess- und Outcomeforschung wird zunächst in die fachpolitischen Diskussionslinien eingebettet, um dann anschließend das empirische Vorgehen zu den Debatte um die Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie in Bezug zu setzen. Die Gesamteffektstärke von  $ES = 1.22$  weist auf sehr große (positive) Effekte personenzentrierter Psychotherapie bei Kindern mit Angststörungen hin.

*Schlüsselwörter:* Angststörung, Wirksamkeitsforschung, naturalistische Studie

**Effectiveness of person-centered psychotherapy for children with anxiety disorders.** This article describes the results of a naturalistic study investigating the effectiveness of person-centered psychotherapy with children suffering from an anxiety disorder. The study was scientifically coordinated by the Center for Childhood and Adolescence Research at the University of Applied Science in Freiburg/Germany. However there have been considerable developments with regard to the content of person-centered child and adolescent psychotherapy within the last 20 years, which have not yet been linked to research of the therapy itself and its effectiveness. The presented study aims to narrow this academic gap and to draw more attention again to person-centered psychotherapy for children in the discussion in the academic field.

Firstly, the study will be embedded into the academic discussion about psychotherapy. Since the study is of explicit naturalistic character with a combination design of process- and outcome evaluation, the empirical method will be highlighted in relation to the debates of the effectiveness of research in psychotherapy. The effects size of  $ES = 1.22$  refers to highly positive effects of person-centered psychotherapy for children with anxiety disorders.

*Keywords:* anxiety disorder, effectiveness research, naturalistic study

**Klaus Fröhlich-Gildhoff**, Prof. Dr., geb. 1956, Diplom-Psychologe, ist hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG). 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers (AKGG). Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EH Freiburg. Leiter des MA Studiengangs „Bildung und Erziehung im Kindesalter“.

**Maike Rönnau-Böse**, Dipl.-Soz.-Päd., arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Pädagogik der Frühen Kindheit, insbesondere in der Resilienzförderung und der Zusammenarbeit mit Eltern. Sie ist personenzentrierte Spieltherapeutin (akt) und hat einen Abschluss in Personenzentrierter Beratung mit Kinder und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (gwg).

---

Ein besonderer Dank geht an BA Frühpädagogin Leonie Lau, ZfKJ Freiburg, für die redaktionelle Endbearbeitung dieses Artikels.

## 1. Theoretische Einbettung

### 1.1 Fachpolitische Implikationen

Trotz der Fülle von konzeptionellen wie auch praktischen Entwicklungen (z. B. Behr et al. 2009, Goetze 2009, Schmidtchen 2001, Wakolbinger et al. 2001) wurden im deutschsprachigen Raum so gut wie keine empirischen Studien zur PTKJ durchgeführt; es besteht – auch aus fachpolitischen Gründen – die Notwendigkeit, die Entwicklung der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch empirische Prozess- und Outcomeforschung zu begleiten.

Die Vorgaben des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP, 2010) geben einen Bezugspunkt zur Beurteilung der Wirksamkeit von Therapieverfahren. Der WBP beurteilt die Wirksamkeit von Therapieverfahren nach einem – nicht unumstrittenen – Kriterienkatalog, der sich prinzipiell an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (EbM) ausrichtet; Parameter sind hier z. B. eine objektive und reliable Diagnosestellung mittels standardisierter Verfahren, die a priori Definition von Behandlungsgruppen und Messzeitpunkten, angemessene statistische Analysen, die Sicherung der Qualifikation der BehandlerInnen und der Nachweis, dass die Effekte auf die Intervention zurückzuführen sind.

Auf allgemeiner Ebene haben Beelmann und Schneider (2003) eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Forschung zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie vorgenommen; hierbei schnitt die (nicht-direktive) Spieltherapie mit einer Effektstärke (ES) von 0.55 gut ab (kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen: ES = 0.53; verhaltensmodifikatorisch/lerntheoretisch fundierte Behandlungen: ES = 0.76; alle anderen Verfahren weisen deutlich geringere ES auf) (ebd., S. 136f); es zeigen sich „zwischen den Behandlungsalternativen keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede“ (ebd., S. 137).

Höllkamp und Behr (2009, 2011) haben ein sorgfältig recherchiertes Review von insgesamt 83 Studien zur Wirksamkeit der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erstellt. Dabei konnte „über alle Störungsbereiche hinweg die Wirksamkeit personzentriert-experienteller Psychotherapie“ belegt werden. Dieses Review zeigte allerdings auch, dass insgesamt nur sehr wenige Studien im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden und dort zu spezifischen Störungsbildern nur ältere oder gar keine Untersuchungen vorliegen.

### 1.2 Die Untersuchung der PTKJ bei Kindern mit Angststörungen

Angststörungen sind einer von 18 Anwendungsbereichen im „Methodenpapier“ des WBP (2010) [Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 – F42; F93 und F94.0) (S. 11)] und

weisen eine relativ hohe Prävalenz auf (Fröhlich-Gildhoff, 2007, gibt aus einer Zusammenstellung verschiedener Studien eine Prävalenzrate von 7–10 % an; die KIGGS/Bella-Studie zeigte, dass bei insgesamt 21,2 % aller Kinder „Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vorliegen“; davon zeigen 10 % besonders starke Ängste (Ravens-Sieberer et al., o. J.) – damit läge die Prävalenz, bezogen auf alle Kinder, niedriger. Zu beachten ist jedoch eine hohe Komorbidität, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen; auch die Symptome der Angststörungen treten bei anderen Störungsbildern (v. a. Depressionen, aber auch den Störungen des Sozialverhaltens) häufig auf (Ravens-Sieberer et al., o. J.; Ihle & Esser, 2002; Döpfner & Lehmkuhl, 2002).

In vielen Publikationen zur störungsspezifischen Kinderpsychotherapie, wie z. B. den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (2007) wird bei dem Vorliegen einer Angststörung eine verhaltenstherapeutische Intervention als „Mittel der Wahl“ angesehen, weil diese evidenzbasiert sei; Schneider und In-Albon (2010, S. 525) kommen gar zu dem Schluss, dass „Sekundäranalysen zeigen, dass nur kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als ausreichend evidenzbasiert betrachtet werden können“.

Dieser Befund hängt sicherlich zum einen damit zusammen, dass die Erforschung der Angststörungen – und der Behandlung dieser Störungen – zu einer Domäne behavioral ausgerichteteter ForscherInnen geworden ist: Alle empirischen Studien, die in der letzten Zeit zu diesem Thema veröffentlicht wurden, kamen aus diesem theoretischen Kontext (bspw. Schneider & In-Albon, 2010; Büch & Döpfner, 2011; Möller & Petermann, 2011).

Zum anderen stand der Bereich der Angststörungen lange Zeit nicht im Fokus der störungsspezifischen Weiterentwicklung der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. Erst jüngst gibt es hierzu zwei Publikationen (Döring, 2011a; Döring et al., 2012, in diesem Heft), wenn gleich Ängste als Begleit- oder Kardinalsymptome anderer Störungsbilder beachtet wurden (z. B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen, vgl. Hüsön, 2011; Döring, 2011b). Damit verbunden wurde auch die Wirksamkeit der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Kindern mit Angststörungen noch nicht ausreichend systematisch untersucht (auch Höllkamp & Behr, 2011, fanden hierzu nur zwei, über 35 Jahre alte Studien). Wenn, wie dargestellt, in der Meta-Analyse von Beelmann und Schneider (2003) der Person-/Klientenzentrierten Kindertherapie zwar eine der Verhaltensmodifikation vergleichbare Wirksamkeit zugesprochen wird, dies jedoch nur bei „gemischten Störungsgruppen“ (ebd., S. 137), so erschien es sinnvoll und nötig, die Wirksamkeit der Personzentrierten Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapie spezifisch bei Angststörungen zu untersuchen.

Von besonderem Interesse ist dabei – in Anlehnung an die Kernfragestellungen der Effektivitätsforschung (vgl. z. B. Döpfner & Lehmkuhl, 2002) – ob die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einer Veränderung (Verbesserung, Stabilisierung, Verschlechterung) der zuvor standardisiert festgestellten Symptomatik führt, ob sich Auswirkungen auf andere Funktionsbereiche (Selbstwert, kognitive Entwicklung, Beziehungsgestaltung) zeigen und welche Variablen dabei im therapeutischen Prozess von Bedeutung sind.

So ergeben sich für die dargestellte Studie zur Erfassung der Wirksamkeit personzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung folgende **Hypothesen bzw. Fragestellungen**:

- (1) Ergeben sich durch die Personzentrierte Kindertherapie bei Kindern mit Angststörungen signifikante Veränderungen auf Symptomebene in den Dimensionen des ängstlichen Verhaltens (Vermeidung und soziale Unsicherheit) und Erlebens?
- (2) Ergeben sich durch die o. g. Therapie Veränderungen in anderen – möglichen komorbiden – Störungsdimensionen? Exemplarisch sollte wegen der hohen Komobidität (z. B. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007) die Entwicklung depressiver Symptomatiken untersucht werden.
- (3) Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Angst-Störungen und geringem Selbstwert bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen (zusammenfassend z. B. Fröhlich-Gildhoff, 2007) stellt sich die Frage, ob und welche Auswirkungen die o. g. Therapie auf die Selbstwerts- und der Selbstwirksamkeitserwartungen hat.
- (4) Ergeben sich durch die o. g. Therapie Veränderungen in Verhaltensdimensionen, die von anderen, v. a. den Eltern wahrgenommen werden?
- (5) Hat die o. g. Therapie Einfluss auf die kognitive Entwicklung der Kinder?
- (6) Welche Variablen im Prozess der Personzentrierten Kindertherapie lassen sich wann identifizieren und haben für die (möglichen) Veränderungen welche Bedeutung?

## 2. Überlegungen zum empirischen Vorgehen

### 2.1 Forschungsmethodische Implikationen – Diskurse der Psychotherapieforschung

Wirksamkeitsstudien in der Psychotherapieforschung haben sich in der Vergangenheit zumeist an dem sog. „Goldstandard“ der evidenzbasierten Medizin, dem Paradigma der

„randomized controlled trial“ (RCT) Studiendesigns orientiert. Nach diesem „Mainstreammodell“ (Orlinsky, 2008, S. 346) werden Wirkungen einer Intervention als effektiv beurteilt, wenn das therapeutische Vorgehen manualisiert beschrieben ist, nach kontrollierten Behandlungssettings (Laborbedingungen) vorgegangen wird und die PatientInnen randomisiert der Treatment- und der Kontrollbedingung zugeordnet werden. Einem solchen Vorgehen wird der höchste Evidenzgrad zugesprochen.

Mittlerweile wird dieses Modell relativ stark kritisiert. So wies schon 1995 der damalige APA-Vorsitzende M. E. Seligman darauf hin, dass die klassischen experimentellen „efficacy studies“ (randomized control-group studies) nicht ausreichen, um psychotherapeutische Prozesse in der Realität abzubilden; sie sollten ergänzt werden durch „effectiveness studies“, die beschreiben, wie sich PatientInnen unter aktuellen, „wirklichen“ Bedingungen im Feld entwickeln (Seligman, 1995). Der renommierte Psychotherapieforscher Orlinsky kommt in seinem Rückblick auf die Geschichte der Psychotherapieforschung zu dem vernichtenden Urteil: „Meiner Meinung nach steht fest, dass das vorherrschende Paradigma, dem die ‚Mainstream‘-Therapieforschung folgt, die menschlichen Realitäten der Psychotherapie nicht adäquat abbildet und aus diesem Grund nicht *wirklich* wissenschaftlich ist“ (Orlinsky, 2008, S. 347, Hervorh. im Original). Ein wesentlicher Vorwurf besteht darin, dass die kontrollierten Laborbedingungen die Wirklichkeit klinischen Handelns nicht abbilden, sondern sogar „dekontextualisieren“.

Neben dieser grundlegenden Kritik an der engen Orientierung psychotherapeutischer Forschung am naturwissenschaftlichen Paradigma – das im Übrigen von einer Vielzahl von WissenschaftlerInnen geteilt wird (z. B. Zurhorst, 2003; Strauß, 2008; Kächele & Strauß, 2008) – gibt es drei weitere konkrete Kritikpunkte: das unausgewogene Verhältnis zwischen interner und externer Validität (z. B. Strauß et al., 2010; S. 163), das Problem der Manualisierung (z. B. Auckenthaler, 2000, S. 215f) sowie die Unterschiede zwischen der (überwiegenden) Forschung unter Laborbedingungen und den realen Praxisbedingungen. Es wird insbesondere betont, dass die Komplexität praktisch-therapeutischen Handelns erfasst werden muss und dabei Forschungsergebnisse berücksichtigt werden müssen, „wonach der Erfolg einer Psychotherapie weit mehr von der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Aufnahmebereitschaft des Klienten und anderen ‚unspezifischen Wirkfaktoren‘ abhängt als vom Einsatz einzelner Techniken“ (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986 zitiert nach Auckenthaler, 2000, S. 215). Auch Chatoor und Krupnick (2001) plädieren aufgrund einer Sichtung der Ergebnisse von Therapie-Wirksamkeitsstudien dafür, den unspezifischen „Behandlungs“-Faktoren mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Ähnlich

argumentieren Kächele und Strauß (2008, S. 408): „Angesichts der Tatsache, dass technische Aspekte einen vergleichsweise geringen Anteil an Ergebnisvarianz erklären, wird dafür plädiert, künftig vermehrt zur Qualität von Psychotherapeuten zu forschen und ‚empirisch validierten Psychotherapeuten‘ eher Leitlinien als Richtlinien vorzugeben“.

In allen Veröffentlichungen zum Thema Wirksamkeitsforschung (Heekerens, 2002; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Remschmidt & Mattejatt, 2001, 2003; Lambert & Barley, 2002; Norcross, 2002; Weisz & Jensen, 2001; Hibbs, 2001; Orlinsky, 2008) wird auf fehlende Studien, die unter realen Praxisbedingungen durchgeführt wurden, hingewiesen.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen efficacy und effectiveness: „Vereinfacht ausgedrückt kann man sagen, dass efficacy von der Wirksamkeit eines Verfahrens handelt, wie es unter Laborbedingungen durchgeführt wurde, während effectiveness die Wirksamkeit unter Feldbedingungen meint. Es gibt allen Grund zur Vermutung, dass unser Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie vornehmlich Wissen über deren efficacy ist“ (Heekerens, 2002, S. 204). Remschmidt und Mattejatt (2001) weisen in diesem Zusammenhang auf die bereits oben zitierte Forderung des APA-Vorsitzenden Seligman (1995) hin. Entsprechende Forderungen werden dann aufgestellt: „Neben den Effektivitätsstudien sind ... auch in zunehmendem Maße Studien zur klinischen Effizienz (effectiveness) nötig, die überprüfen, ob oder unter welchen Bedingungen der Transfer der als effektiv erwiesenen Methoden in die klinische Routine gelingen kann“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 191). Der Wunsch nach und die Notwendigkeit einer verstärkten effectiveness-Forschung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis heute unklar ist, in welchem Umfang im Laborsetting erwiesenermaßen wirksame Methoden auch in der Praxis zum Nutzen der Patienten angewendet werden können.

## 2.2 Konsequenzen für eine praxisangemessene Forschung

Orlinsky (2008) schlägt als theoretische Forschungsgrundlage des Psychotherapieprozesses ein komplexes Modell vor, das therapeutisches Handeln in „individuelle, interpersonelle und kollektive psychobiologische Kontexte“ einbindet (ebd., S. 353) – und das therapeutische Geschehen eben *nicht* variablenisierend dekontextualisiert. Psychotherapieforschung steht also immer wieder vor der Herausforderung, die Komplexität der Wirklichkeit des therapeutischen Geschehens in einem Untersuchungsdesign abzubilden und eben diese Komplexität und Vielfalt von Wirkmechanismen nicht auf einzelne, scheinbar leicht zu isolierende Variablen zu reduzieren (vgl. Hein & Hentze, 2007).

Daraus ergeben sich Konsequenzen für eine gegenstandsgemessene Evaluation Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Real (Praxis)-Bedingungen, die sich zugleich den grundsätzlichen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Anforderungen stellt (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagel & v. Zülow, 2003) – und die versucht wurden, in der referierten Studie umzusetzen:

(1) Forschung unter Praxis- oder klinischen Bedingungen bedeutet, dass einzelne Parameter des „Goldstandards“ nicht in Reinform umgesetzt werden können:

- Es wird problematisch sein, eine strenge Zufallsverteilung in Behandlungs- und Kontrollgruppe vorzunehmen; in den praktischen Behandlungsstrukturen ergeben sich nicht zwei weitestgehend analoge Gruppen. Aus ethischen Gründen ist nicht vertretbar, mit Behandlungen so lange zu warten, bis die potentiellen PatientInnen in das Untersuchungssetting passen. Daher ist es sinnvoll, mit (nicht systematisch parallelierten) PatientInnen auf der Warteliste als Kontrollgruppe zu arbeiten; es läge somit eine ‚natürliche‘, kapazitätsbedingte Randomisierung vor. Hier spielt der Zeitpunkt der Anmeldung den ‚Zufallsgenerator‘ für eine Zuweisung zur Behandlungs- oder Kontrollgruppe.
- In der klinischen Realität treten Störungsbilder in der Regel nicht in „Reinform“ auf, sondern es gibt sehr oft eine Komorbidität. So stellen Döpfner und Lehmkuhl (2002) fest, dass „der Therapeut bei der Behandlung von psychisch auffälligen Kindern häufig mit Störungen konfrontiert ist, bei denen Probleme kombiniert auftreten und viele Lebensbereiche betroffen sind“ (S. 191); ebenso: Ihle und Esser (2002).
- Das Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich nicht für jede therapeutische Interaktion genauestens durch Therapiemanuale zu beschreiben; dies entspricht nicht dem grundsätzlichen therapeutischen Ansatz (vgl. z. B. Weinberger, 2001; Schmidtchen 2001; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009) und der Dynamik des dyadischen Therapieprozesses (in dem ja gerade die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als wesentliche Wirkvariable identifiziert ist, s. o.). So müssen andere Kriterien für die „Behandlungsimpementation“ (Belmann & Schneider, 2003) entwickelt werden. Denkbar ist hier eine Kontrolle über die Ausbildung der Therapeutenpersonen, die Art der Supervision und durch (breitere) Leitlinien für ein störungsspezifisches und zugleich therapieverfahrenkonformes Vorgehen.

(2) Die Evaluation kann sich nicht nur auf Erfolgsmaße wie Symptomreduktion beschränken. Döpfner und Lehmkuhl (2002) stellen fest, dass neben der Verminderung psychischer Auffälligkeiten „zunehmend jedoch auch andere Erfolgskrite-

rien in den Blickpunkt [rücken] – das Selbstkonzept, die kognitive Funktionsfähigkeit, das schulische und das psychosoziale Funktionsniveau oder die Lebensqualität des Patienten [...]. Es liegt nicht nur nahe zu vermuten, dass die Wirksamkeit von Interventionen mit den Erfolgskriterien variiert, es gibt in einigen Studien und Meta-Analysen empirische Hinweise darauf“ (S. 186). Entsprechend wird eine „multimodale und multimethodale Therapiekontrolle“ durch Instrumente wie Fragebögen, Interviews, direkte Beobachtung [...] gefordert (ebd.).

(3) Die Outcome-Evaluation muss durch eine Prozess-Evaluation des therapeutischen Geschehens ergänzt werden. In der Regel sind entsprechende Studien nach dem Prinzip der „summativen Evaluation“ aufgebaut – dies hat zur Konsequenz, dass zwar festgestellt werden kann, dass etwas gewirkt hat, aber nicht präzise genug: was (vgl. zu dieser methodischen Problematik z. B. Bortz & Döring, 2003). Aus diesem Grunde hat sich die Therapieforschung (wieder) stärker damit befasst, die sog. unspezifischen Wirkfaktoren, vor allem die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, zu analysieren und deren Einfluss auf das Therapieergebnis zu bestimmen. Chatoor und Krupnick (2001) kommen in einer Auswertung entsprechender Studien zu dem Ergebnis, „that the therapeutic alliance ratings had a stronger correlation with treatment outcome than the ratings of purity of the treatment technique“ (S. 1/20) – dies stützt die bekannten Ergebnisse über den großen Einfluss der therapeutischen Beziehung (vgl. Orlinsky et al., 1994; Grawe, 1994); zugleich findet sich hier eine Bestätigung für das spezifische Personenzentrierte Therapiekonzept, das der Beziehung den zentralen Stellenwert einräumt.

### 3. Methode

Die Untersuchung der Wirksamkeit der Personenzentrierten Psychotherapie bei Kindern mit Angststörungen sollte grundsätzlich im Vergleichsgruppendesign unter klinischen Praxisbedingungen erfolgen; dabei sollte Outcome- mit einer Prozessevaluation kombiniert werden; es sollten quantitative und qualitative Methoden eingesetzt werden.

Geplant war eine Prä-Post-Messung mit standardisierten Testverfahren und eine begleitende Prozessdokumentation mit Video sowie standardisierten Protokollbögen. Es wurde versucht, Prozesse und Ergebnisse aus mehreren Perspektiven (Kinder, Eltern, Therapeuten) zu analysieren.

Diese Vorhaben ließen sich bei einer begrenzten Stichprobe (n = 17 PatientInnen) realisieren; eine Vergleichsgruppe konnte jedoch nicht zusammengestellt werden. Dies hatte seine Ursache vor allem darin, dass es den teilnehmenden Psychotherapeutenpersonen nicht gelang, im Untersuchungszeitraum eine

ausreichend große Anzahl von PatientInnen für eine „Wartelistenkontrollgruppe“ zu rekrutieren; bei den wenigen infrage kommenden Kindern war eine Vergleichbarkeit der Ausgangswerte und -bedingungen mit der Behandlungsgruppe nicht gegeben.

Die Studie wurde im Zeitraum von Juni 2005 bis Dezember 2008 durchgeführt; es nahmen 15 *Psychotherapeutenpersonen* teil. Die Kinderpsychotherapien nach dem personenzentrierten Konzept wurden alle in den Praxen der niedergelassenen Therapeuten durchgeführt.

Die teilnehmenden Therapeuten wurden über Aufrufe in Verbandsorganen der personenzentrierten psychotherapeutischen Fachgesellschaften (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Fachverband Personenzentrierter Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen) zur Mitarbeit gewonnen. Dieses war ein mühseliger Prozess – der sich über einen langen Zeitraum hinzog –, weil es zum einen für die Praktiker eine Hürde (und zusätzliche Arbeit) darstellte, sich auf eine einheitliche, von außen vorgegebene Diagnostik und Dokumentation einzulassen. Zum anderen standen keine finanziellen Ressourcen zur Verfügung, um die Mehrarbeit der Therapeutenpersonen für die Studie (erweiterte Diagnostik, Videografie, Austausch mit dem Forschungsinstitut) zu finanzieren.

Die Therapien mit den 17 Kindern dauerten im Durchschnitt 14,5 Monate (Minimum 6 Monate und Maximum 39 Monate).

#### 3.1 Diagnostik und eingesetzte Instrumente

Die *Diagnostik* sollte „sicher“ erfolgen und sich an den „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007) bzw. an anderen anerkannten Diagnosekonzepten (z. B. Döpfner et al., 2000) orientieren. Die Auswahl der empirisch bewährten, standardisierten Diagnoseinstrumente orientierte sich an den o. g. Fragestellungen/Hypothesen:

- (1) Entsprechend der ersten Fragestellung/Hypothese fokussiert die Studie auf die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen (im Kindes- und Jugendalter) – entsprechend dem Anwendungsbereich 2 des WBP (2010). Die Absicherung und Kontrolle dieser Hauptdiagnose „Angststörungen“ – auf Symptomebene – erfolgte über die Instrumente Kinder-Angst-Test (KAT II, Form A) (Thumer & Thewes, 2000) und dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung (DISYPS-KJ – DCL-ANG/FBB ANG) (Döpfner & Lehmkuhl, 2000).

- (2) Um das Ausmaß einer möglichen Komorbidität (und möglicher Veränderungen im Verlauf der Therapie) von Angststörungen und Depressionen zu erfassen, wurde diese zweite Diagnose (F 92.0 = Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung) mit dem Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) (Stiensmeier-Pelster et al., 1989) überprüft.
- (3) Mögliche Veränderungen des Selbstwertgefühls der Kinder wurden über die Aussageliste zum Selbstwertgefühl bei Kindern und Jugendlichen (ALS) (Schauder, 1995); die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartungen durch den Selbstwirksamkeitserwartungstest (SWE) (Jerusalem & Schwarzer, 1999) erfasst. Begleitend wurde eine Ressourcen-Skala für Kinder und Jugendliche (Auszug aus dem Evaluationssystem HESSE 2003, bearbeitet von Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff) eingesetzt.
- (4) Das allgemeine Verhalten der Kinder (und mögliche Auffälligkeiten im internalisierenden bzw. externalisierenden Bereich) wurde über die Fremdeinschätzung (Eltern) durch die CBCL (Child Behavior Check List, dt. Version, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 1998) erfasst.
- (5) Ergänzend wurde ein IQ-Screening mittels CFT 20 (Weiß, 1998) durchgeführt, um mögliche Veränderungen der kognitiven Entwicklung im Verlauf der Therapie zu dokumentieren.
- (6) Um Variablen im Prozess der Personenzentrierten Kindertherapie und ihre Bedeutung für (mögliche) Veränderungen zu identifizieren, erfolgte eine kontinuierliche Evaluation der Therapieprozesse mittels folgender Instrumente:
  - a. Drei Videoausschnitte (Beginn, Mitte, Ende)
  - b. Kurzeinschätzung nach jeder Sitzung (Kind und TherapeutIn)
  - c. Standardisierte Dokumentation der Therapiestunden durch TherapeutIn (Protokollbögen)
  - d. Standardisierte Dokumentation der Gespräche mit den Bezugspersonen durch TherapeutIn (Protokollbögen)
  - e. Fragebogen zur therapeutischen Beziehung für Kinder- und Jugendliche nach jeder 5.-7.Sitzung durch Kinder und TherapeutIn
  - f. Zielerreichungsskala

Auf die vielfältigen Ergebnisse der Prozessevaluation kann in diesem Artikel aus Platzgründen nicht eingegangen werden; diese werden in einer weiteren Publikation (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse i.V.) referiert.

### 3.2 Integrität des therapeutischen Handelns

Die Vereinbarkeit des jeweiligen Handelns der einzelnen PsychotherapeutInnen mit dem Personenzentrierten Konzept wurde zum einen dadurch sichergestellt, dass die an der Studie

teilnehmenden TherapeutInnen eine Ausbildung in „Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V. abgeschlossen hatten. Zum anderen wurden „Leitlinien für die Personenzentrierte Therapie von Kindern mit Angststörungen“ (Vorform des in diesem Band von Döring et al., dargestellten Konzepts) als verpflichtend vorgegeben. Darüber hinaus sollten zum Zwecke der Prozess-Evaluation (s. o.) einzelne Therapiestunden videografiert werden; hier erfolgte nach inhaltsanalytischer Auswertung und Strukturierung (nach den Grundprinzipien von Mayring, 1999, 2000) ein entsprechendes Rating (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, i.V.).

Für die Therapiedauer (Gesamt-Zeitrahmen, Anzahl der Sitzungen) und -frequenz sowie die Frequenz der Bezugspersonenkontakte wurden keine Vorgaben gemacht.

### 3.3 Erfassung der Arbeit mit dem Umfeld (Eltern, LehrerInnen, ErzieherInnen ...)

Die Arbeit mit dem Umfeld wurde durch standardisierte Dokumentation der Gespräche/Arbeit mit den Bezugspersonen durch die TherapeutInnen (Protokollbögen) sowie durch Fragebögen für die Bezugspersonen erfasst.

### 3.4 Stichprobe

Insgesamt haben an der Studie 17 Kinder im Alter zwischen sieben und 14 Jahren teilgenommen (sie wurden von 15 Therapeutenpersonen behandelt; zwei von ihnen brachten je zwei Kinder ein). Die Mehrzahl der Kinder, die an der Studie teilgenommen haben, ist weiblich (65 % weiblich, 35 % männlich).

Tabelle 1. Rückläufe der Testbögen

Testverfahren	Anzahl Rücklauf	
	t0	t1
Kinder Angst Test (KAT)	17 (100 %)	12 (71 %)
Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremdbeurteilung (DISYPS-KJ)	14 (82 %)	10 (59 %)
Depressionsinventar für Kinder/Jugendliche (DIKJ)	14 (82 %)	10 (59 %)
Aussagenliste zum Selbstwertgefühl (ALS)	14 (82 %)	10 (59 %)
Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)	10 (59 %)	8 (47 %)
Ressourcenskala	13 (76 %)	9 (53 %)
Child Behaviour Check List (CBCL)	15 (88 %)	9 (53 %)
Intelligenzscreening (CFT 20)	10 (59 %)	2 (12 %)

Der Altersdurchschnitt der Therapiekinder betrug zu Beginn der Therapien 11;6 Jahre.

Allerdings liegen nicht für alle teilnehmenden Kinder alle Fragebögen vor. Pro Testverfahren liegen unterschiedlich viele Fragebögen vor, sodass nicht für alle Kinder zu zwei Zeitpunkten Vergleiche vorgenommen werden können (vgl. Tabelle 1).

#### 4. Ergebnisse

Zur Ermittlung der Ergebnisse wurden die jeweiligen Werte der verschiedenen Testverfahren zu den zwei Erhebungszeitpunkten t0 und t1 mittels eines t-Tests für abhängige Stichproben miteinander verglichen; beim Vorliegen fehlender Voraussetzungen (Normalverteilung, geprüft mit Shapiro-Wilk-Test) wurden nonparametrische Tests (Wilcoxon-Test) durchgeführt. Somit wurde der Frage nachgegangen, ob sich (signifikante) Veränderungen in diesem Zeitraum ergeben haben (Signifikanzniveau  $p < .05$ ). Es wurden mehrere Verfahren angewandt – allerdings erscheint eine Bonferroni-Alpha-Korrektur nicht nötig, da diese Tests unabhängig sind und nur zwei Messzeitpunkte vorlagen. Im Falle des Instruments DISYPS-KJ (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung, Döpfner & Lehmkuhl, 2000) wurde die Bonferroni-Korrektur berechnet, da sowohl Subskalen- als auch Gesamtest-Ergebnisse berichtet werden.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog der fünf Hypothesen/Fragestellungen:

##### 4.1 Symptomveränderung

Das mögliche Ausmaß der Veränderung der Symptomatik wurde mit den standardisierten Testverfahren KAT und DISYPS überprüft:

(1) *KAT II*, Form A (Kinder-Angst-Test, Thumer & Thewes, 2000)

In diesem Testverfahren werden die Rohwerte geschlechtsspezifisch in einen Centilwert (C-Wert) umgerechnet. Die C-Wert-Skala hat einen Mittelwert von fünf Punkten. Der Bereich von einer Standardabweichung unterhalb bis einer Standardabweichung oberhalb des Mittelwerts wird als „Normalbereich“ bezeichnet. Ein Testergebnis von vier bis sechs Punkten entspricht

somit dem Normbereich. Als überdurchschnittlich ängstlich werden Kinder eingestuft, die sieben und mehr C-Punkte aufweisen. Kinder mit drei und weniger Punkten sind nicht ängstlich.

Der KAT wurde von allen Kindern (N=17) zu t0 ausgefüllt, davon 11 weiblich und sechs männlich. Die Mehrzahl war zum ersten Erhebungszeit t0 11 und 12 Jahre alt (50%). Das jüngste Kind war sieben, das älteste 14 Jahre alt. Zu t1 liegen 12 Fragebögen vor.

Zu t0 (N=17) waren 12% der Kinder nicht ängstlich, 53% lagen im oberen Normbereich und 35% waren überdurchschnittlich ängstlich. Zu t1 verringerte sich der Anteil der überdurchschnittlich ängstlichen Kinder auf 8,3%. Insgesamt ergibt sich eine signifikante Verbesserung ( $p = 0,027$ ; Wilcoxon-Test): Der Mittelwert der C-Werte der Gesamtgruppe verringert sich von 6,42 (SD 2,71) auf 4,67 (SD 1,78).

Vergleicht man nur die kleine Gruppe der Kinder, die zu t0 überdurchschnittlich ängstlich waren mit ihren Ergebnissen zu t1, ergibt sich von N=5 (drei Jungen, zwei Mädchen) eine signifikante Verbesserung ( $p = 0,013$ ). Hier verringert sich der Mittelwert von 9,00 (SD 1,00) auf 6,00 (SD 0,70).

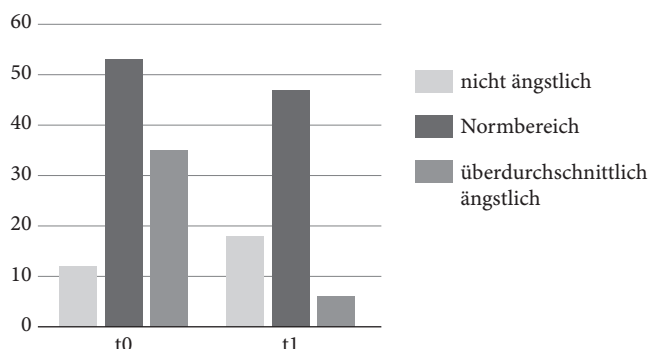


Abbildung 1. Vergleich der Ergebnisse des Kinder-Angst-Test zu Beginn und Ende der Therapie

(2) *DISYPS-KJ* (DCL-ANG/FBB ANG) (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung, Döpfner & Lehmkuhl, 2000)

Der Fragebogen erfasst verschiedene Angstformen (Trennungsangst, generalisierte Angst, soziale Angst und spezifische Phobie). Außerdem erlaubt er die Berechnung eines Gesamtscores für Angststörungen. Jede Subskala wird noch einmal unterteilt in einen Schweregrad, d.h. wie schwer die Angst eingestuft wird und eine Problemstärke, d.h. wie problematisch die Angst bewertet wird. Werte zwischen 0 und 0,5 zeigen keine

Tabelle 2. Ergebnisse des KAT

	t0 (vor Therapie)		t1 (Therapieende)		p-Wert für nicht paramet. Test	Effektstärke Cohen's d
	MW	SD	MW	SD		
KAT – C-Wert	6,42	2,71	4,67	1,78	0,027	0,90

Tabelle 3. Ergebnisse der Subskalen des DISYPS-KJ<sup>1</sup>

Subskalen	t0		t1		P-Werte für nicht paramet. Test	Effektstärke Cohen's d
	MW	SD	MW	SD		
Trennungsangst Schweregrad	0,9	0,56	0,2	0,42	0,035	0,92
Trennungsangst Problemstärke	0,9	0,57	0,1	0,32	0,021	1,21
Generalisierte Angst Schweregrad	1,2	0,63	0,5	0,71	0,070	0,83
Generalisierte Angst Problemstärke	1,2	0,63	0,4	0,52	0,023	1,23
Soziale Angst Schweregrad	1,0	0,67	0,5	0,53	0,129	1,39
Soziale Angst Problemstärke	1,0	0,82	0,2	0,42	0,038	1,04
Spezifische Phobie Schweregrad	0,9	0,88	0,1	0,32	0,023	1,74
Spezifische Phobie Problemstärke	0,6	0,70	0,1	0,31	0,059	1,40
Gesamtwert Angststörung Schweregrad	1,25	0,46	0,13	0,35	0,007	2,72
Gesamtwert Angststörung Problemstärke	1,13	0,35	0,13	0,35	0,010	2,82

1 Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremdbeurteilung

Angst an, Werte zwischen 0,5 und 1,5 „ein wenig“; Ergebnisse zwischen 1,5 und 2,5 deuten auf eine „ziemlich/weitgehende“ Ausprägung hin und Werte zwischen 2,5 und 3,0 werden als „sehr/besonders“ stark interpretiert. Der Fragebogen wurde zu t0 von 14 Klienten ausgefüllt, zu t1 von 10, sodass 10 Vergleiche zwischen den Zeitpunkten möglich sind.

Ein Vergleich der Zeitpunkte t0 und t1 zeigt deutliche signifikante Verbesserungen: der Gesamtwert zeigt sowohl beim Schweregrad ( $p = 0,07$ ; Wilcoxon-Test), als auch bei der Problemstärke ( $p = 0,01$ ; Wilcoxon-Test) Signifikanzen auf. Der Mittelwert sinkt beim Gesamt-Schweregrad von 1,25 auf 0,13 und bei der Problemstärke von 1,13 auf 0,13. Ähnliche Werte sind in den Subskalen zu finden (vgl. Tab. 2).

#### 4.2 Komorbidität

**Entwicklung der Werte im Depressionsinventar (DIKJ)** (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, Stiensmeier-Pelster et al., 1989)

Bei diesem Test wurden die Rohwerte in T-Werte umgerechnet. Ab einem Gesamtrahwert von 18 bzw. einem T-Wert von 61 können die Werte nach Angaben der Testautoren als auffällig bezeichnet werden. Der DIKJ wird von den Kindern selbst ausgefüllt.

Der DIKJ wurde zu t0 von 14 Kindern ausgefüllt, davon 57 % weiblich und 43 % männlich. Die Mehrzahl war zum ersten Erhebungszeit t0 10 und 12 Jahre alt (69 %). Das jüngste Kind war sieben, das älteste 14 Jahre alt. Zu t1 liegen 10 Fragebögen vor, die mit t0 verglichen werden können.

Der Mittelwert macht deutlich, dass die Kinder weder zu t0 noch zu t1 als auffällig klassifiziert werden können (MW t0: T = 53,64; MW t1: T = 47,40). Zu t0 sind drei von 14 Kindern

auffällig, zu t1 kein Kind mehr. Es ergeben sich keine signifikanten Veränderungen zwischen den Zeitpunkten.

#### 4.3 Entwicklung des Selbstwertes und Selbstwirksamkeitserlebens

Zur Erfassung des Selbstwertes und des Selbstwirksamkeitserlebens der Kinder im Verlauf der Psychotherapie – und entsprechender Veränderungen wurden zu zwei Zeitpunkten (vor Therapiebeginn: t0, zum Therapieende: t1) drei standardisierte Testverfahren appliziert:

(1) **ALS** (Aussageliste zum Selbstwertgefühl bei Kindern und Jugendlichen, Schauder, 1995)

Bei diesem Selbstauskunfts-Fragebogen, wird der Selbstwert der Kinder ermittelt. Dabei werden drei Bereiche unterschieden: Schule, Freizeit und Familie. Aus diesen Bereichen wird außerdem ein Gesamtwert errechnet. Es werden immer die Rohwerte zugrunde gelegt. Die Werte werden unterschiedlich nach Geschlecht und Alter interpretiert.

Der Fragebogen wurde zu t0 von 14 Kindern (60 % weiblich, 40 % männlich), zu t1 von 10 Kindern ausgefüllt. Zu t0 weisen neun von 14 Kindern (65 %) ein „durchschnittliches Selbstwertgefühl“ auf, drei ein „deutlich negatives“ (21 %) und zwei Kinder ein „deutliches positives Selbstwertgefühl“ (14 %). Der Rohwert insgesamt zu t0 weist einen Mittelwert 36,88 (SD: 17,63). Zu t1 hat kein Kind mehr ein „negatives Selbstwertgefühl“, vier von zehn Kindern haben ein „deutlich positives“ und sechs Kinder ein „durchschnittliches Selbstwertgefühl“ (MW gesamt: 53,55; SD: 21,55). Die Veränderungen sind nicht signifikant.



(2) *SWE* (Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung – Jerusalem & Schwarzer, 1999)

Mit diesem Fragebogen wird die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung erfasst. Der Rohwert wird in einen T-Wert umgerechnet. Ein T-Wert von 49 gilt als durchschnittlicher Mittelwert mit einer Standardabweichung von vier, d.h. Werte zwischen 45 und 53 liegen im Normbereich. Werte darunter weisen auf eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hin, Werte darüber auf eine hohe.

Der Fragebogen wurde zu *t*<sub>0</sub> von 10 Kindern (60 % weiblich, 40 % männlich), zu *t*<sub>1</sub> von 8 Kindern ausgefüllt. Zu *t*<sub>0</sub> liegen die Werte im unterdurchschnittlichen Bereich (MW: 40,38, SD: 8,38), zu *t*<sub>1</sub> steigen sie in den Normbereich (MW: 50,88, SD: 10,67). Die Verbesserungen sind nicht signifikant.

(3) *Ressourcen-Skala für Kinder und Jugendliche* (Auszug aus dem Evaluationssystem HESSE 2003, bearbeitet von Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff)

Die Ressourcenskala erfasst, inwieweit bei einem Kind oder Jugendlichen Fähigkeiten vorhanden sind; die Ergebnisse werden in T-Werten dargestellt. T-Werte unter 40 bedeuten, dass (deutlich) „unterdurchschnittlich ausgeprägte Ressourcen“ vorhanden sind. T-Werte zwischen 40 und 60 bedeuten, dass „durchschnittlich viele Ressourcen“ vorliegen und T-Werte über 60 verweisen auf (deutlich) „überdurchschnittlich ausgeprägte Ressourcen“.

Die Ressourcenskala wurde zu *t*<sub>0</sub> von 13 Klienten ausgefüllt (54 % weiblich, 46 % männlich), zu *t*<sub>1</sub> von 9 Kindern. Zu *t*<sub>0</sub> weist der Mittelwert auf „durchschnittlich viele Ressourcen“ hin (MW: 54,55; SD 7,84), zu *t*<sub>1</sub> sind die Werte auf knapp „überdurchschnittlich ausgeprägte Ressourcen“ gestiegen (MW: 60,67; SD 9,05). Dadurch ergibt sich auch eine signifikante Verbesserung zwischen den beiden Zeitpunkten (*p* = 0,034). Zwischen den Geschlechtern sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Die Ergebnisse zu der Fragestellung einer möglichen Selbstwert-Entwicklung sind in folgender Tabelle zusammengefasst

Tabelle 4: Ergebnisse der Testverfahren zur Selbstwertentwicklung zu Beginn und Ende der Therapien

Test	t0		t1		Signifikanz
	MW	SD	MW	SD	
ALS <sup>1</sup>	36,88	17,63	53,55	21,55	n. s.
SWE <sup>2</sup>	40,38	8,38	50,88	10,67	n. s.
Ressourcenskala	54,55	7,84	60,67	9,05	<i>p</i> = 0,034 (T-Test, Normalverteilung gegeben)

1 Aussagenliste zum Selbstwertgefühl  
2 Selbstwirksamkeitserwartungen

4.4 *Allgemeines Verhalten der Kinder (und mögliche Auffälligkeiten im internalen bzw. externalen Bereich)*

Zur Erfassung des allgemeinen Verhaltens der Kinder wurde als Fremdeinschätzungsverfahren die *CBCL* (Child Behavior Check List, dt. Version, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 1998) eingesetzt.

Bei der *CBCL* werden zum einen Kompetenzen (Kompetenzskalen) erhoben, zum anderen Symptome in so genannten Syndromskalen. Hierbei wird unterschieden zwischen internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich/depressiv) und externalisierenden Skalen (soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten).

Die Rohwerte werden in t-Werte umgerechnet und es wird unterschieden zwischen Kindern im Alter von 4–11 Jahren und 12–18 Jahren. Bei den Kompetenzskalen sind t-Werte über 40 unauffällig, Werte unter 37 werden als auffällig bezeichnet. Zwischen 37 und 40 liegt ein Grenzbereich. T-Werte der Syndromskalen unter 60 gelten als Normwerte, Werte über 63 als auffällig. Dazwischen wird ein Grenzbereich angenommen.

Der *CBCL* wurde von 15 Eltern der Kinder zu *t*<sub>0</sub> ausgefüllt, davon 60 % weiblich und 40 % männlich. Die Mehrzahl war zum ersten Erhebungszeit *t*<sub>0</sub> 11 und 12 Jahre alt (50 %). Das jüngste Kind war sieben, das älteste 14 Jahre alt. Zu *t*<sub>1</sub> lagen 9 Fragebögen vor.

*Kompetenzskalen:* Die Kompetenzskalen waren zu beiden Zeitpunkten unauffällig (MW = 52). Zu *t*<sub>0</sub> gab es nur ein Kind, das auffällige Werte erreichte. Dementsprechend war auch die Veränderung zwischen *t*<sub>0</sub> und *t*<sub>1</sub> nicht signifikant und es gab keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

*Syndromskalen:* Bei den Syndromskalen waren zu *t*<sub>0</sub> insgesamt 60 % der Kinder (N = 15) im unauffälligen Bereich, 13 % im Grenzbereich und 27 % auffällig (MW: 69,00; SD 5,64). Externalisierend ergeben sich im Mittelwert keine Auffälligkeiten (MW: 59,00; SD 5,75). Bei den internalisierenden Skalen gab es mehr Auffälligkeiten: 93 % sind demnach als auffällig

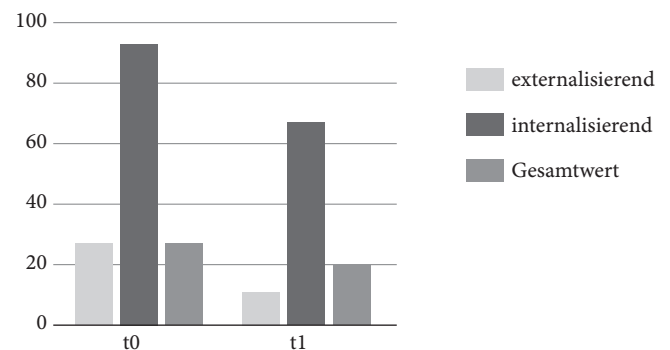


Abbildung 2. Vergleich der Syndromskalen der Child Behavior Checklist (CBCL) zu Therapiebeginn und -ende

Tabelle 5. Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL) zu Beginn und Ende der Therapien

Skala	t0		t1		p (Wilcoxon- Test)	Effektstärke Cohen's d
	MW	SD	MW	SD		
Syndromskalen gesamt	69,00	5,64	60,22	7,56	0,011	1,34
Internalisieren- des Verhalten	71,47	4,71	64,56	7,18	0,028	1,15
Externalisieren- des Verhalten	59,00	7,57	55,44	8,64	n. s.	0,34

einzustufen und 7% im Grenzbereich. Unauffällig war keines der 15 Kinder (MW: 71,47; SD 4,72).

Im Vergleich zu t1 (N=9) ergeben sich insgesamt signifikante Verbesserungen (p = 0,011). Der Mittelwert verbesserte sich auf 60,22. Auch bei den internalisierenden Skalen zeigte sich eine signifikante Verbesserung (p = 0,028). Zu t1 (Therapieende) waren nur noch 67% auffällig und 33% unauffällig (MW: 64,56; SD: 7,18). Bei den externalisierenden Skalen haben sich keine großen Veränderungen ergeben, diese waren zu beiden Zeitpunkten unauffällig. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine Unterschiede.

#### 4. Kognitive Entwicklung: CFT 20 (Weiß, 1998)

Der CFT 20 ist ein Intelligenz-Screening, der zum einen den IQ entsprechend des Alters erfasst, zum anderen auch einen IQ, der mit Schulstandardwerten verglichen wird. Die Rohwerte werden in IQ-Werten dargestellt, wobei der Mittelwert bei 100 liegt mit einer Standardabweichung von 15.

Der Test wurde zu t0 mit 10 Kindern durchgeführt (58% weiblich, 41% männlich), zu t1 liegen allerdings nur zwei Tests vor, sodass ein Vergleich zwischen t0 und t1 nicht durchgeführt werden kann. Die IQ-Werte zu t0 liegen alle im Normbereich (MW: 99,3; SD: 11,49), ein Kind liegt über dem Durchschnitt.

#### 4.6 Ermittlung der mittleren Gesamt-Effektstärken<sup>1</sup>

Für eine statistische Auswertung der möglichen Effekte des Treatments wurden zunächst die Effektstärken der Einzeltests berechnet. Anhand der Effektstärke Cohen's d (1988) wird eine Größe des jeweiligen Effekts beschrieben. Dabei indiziert nach Cohen 0.2 einen kleinen Effekt, 0.5 einen mittleren und 0.8 einen großen Effekt. Zur Berechnung von Cohen's d erfolgt ein Mittelwertvergleich mit Relativierung an der Standardabweichung. Wird in einer Interventionsstudie davon ausgegangen wird, dass

<sup>1</sup> Ein besonderer Dank geht an Dagmar Hölldampf (PH Schwäbisch Gmünd) für die Unterstützung bei der Berechnung der Effektstärken.

die auftretenden Effekte nicht in allen Studien gleich, sondern unterschiedlich sind, da die Effekte von verschiedenen Parametern abhängen (Probanden, Störungen etc.), wird zur Berechnung das random-effects-model gewählt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die möglichen Effekte normal verteilen. In diesem Fall werden die Effekte, resultierend aus den verschiedenen Instrumenten, behandelt, als ob es sich um verschiedene Studien handeln würde. Jedoch wird für die Varianz lediglich die within-studies variance betrachtet und nicht die between-studies

variance, da es sich um die gleichen Probanden aus einer Population handelt. Das weight (w), die gewichtete Effektstärke, entsteht aus der invertierten Varianz der Effektstärken.

Für diese Studie ergab sich eine gemittelte Effektstärke = 1,224 und ein Standardfehler = 0,242. Daraus ergibt sich ein Z-Wert von 5,056, was bei beidseitiger Signifikanztestung am Wert von 1,96 eine hohe Signifikanz zeigt.

### 5. Diskussion

Mit der vorgestellten Studie gelang es, die Wirksamkeit Person-zentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie innerhalb des deutschen Psychotherapiesystems bei einem spezifischen Störungsbild – Angststörungen – in einem naturalistischen Design nachzuweisen; die Effektstärke von ES = 1,22 weist auf sehr große (positive) Effekte der Therapie hin. Signifikante Verbesserungen zeigten sich insbesondere in den standardisierten Instrumenten, die die Veränderungen der Symptomatik erfassen (Selbsteinschätzung über den Kinder Angst Test sowie die störungsbezogenen Subskalen des DIPSYS-KJ). Diese Entwicklung wird durch die Fremdeinschätzung der Eltern (signifikant positive Veränderungen in der Skala internalisierendes Verhalten im CBCL und dessen Gesamtskala) bestätigt.

Positive, jedoch nicht signifikante Veränderungen sind ebenfalls im begleitend applizierten Depressionsinventar DIKJ erkennbar. Die aus anderen Studien (z. B. Ihle & Esser, 2002) bekannte Komorbidität zwischen Angst- und Depressionssymptomen zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung. In den gleichfalls – wegen dem Zusammenhang zum Konstrukt Angst – begleitend eingesetzten Ressourcen- und Selbstwertskalen ergaben sich ebenfalls positive Effekte, wenn gleich diese nicht immer signifikant waren. Insgesamt zeigte sich also – wenn auch bei einer kleinen Stichprobe –, dass die Kinder von der Personzentrierten Psychotherapie nicht nur auf der Symptomebene, sondern darüber hinaus genereller auf der Ebene des Selbstwertes und der (Weiter-) Entwicklung persönlicher Ressourcen profitiert haben. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren nicht festzustellen.

Insgesamt sind die Ergebnisse der standardisierten Verfahren der vorliegenden Studie somit gut kompatibel zur bisherigen Forschung der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern mit Angststörungen (z. B. Schneider & In-Albon, 2010; Schneider, 2006; Essau, 2003). Im Unterschied zu diesen verhaltenstherapeutisch orientierten Darstellungen kann jetzt auch die Wirkung personenzentrierter Kindertherapie aufgezeigt werden. Neben der Symptomverbesserung wurden auch Anzeichen für Entwicklung der kindlichen Ressourcen und eine Steigerung des Selbstwertes deutlich.

Im Verlauf der Untersuchung wurden einige Probleme der Psychotherapieforschung unter realen Praxisbedingungen (bei einem sehr begrenzten Budget) deutlich: Das systematische Vorgehen entsprechend dem Studiendesign trifft bei vielen Praktikern nicht ‚automatisch‘ auf positive Resonanz: Die gewohnten Abläufe der Diagnostik, Dokumentation, aber auch dem therapeutischen Vorgehen müssen an eine von außen (vom Forschungsinstitut) vorgegebene Logik bzw. Systematik adaptiert werden. Auch wenn kein eng manualisiertes, sondern ein eher praxisgerecht an Leitlinien orientiertes therapeutisches Handeln erwartet – und über die Therapieprotokolle ‚kontrolliert‘ – wurde, stießen solche Vorgaben nicht selten zunächst auf Widerstand. Erschwerend war sicherlich die Tatsache, dass das Engagement der teilnehmenden Therapeutenpersonen nicht adäquat finanziell ausgeglichen werden konnte. Entsprechend hoch musste das Engagement der begleitenden Forscherinnen und Forscher sein, um den Kontakt zu den Therapeuten zu halten, sie zu motivieren, den Rücklauf der eingesetzten Instrumente zu sichern usw.

Empirisch zeigten sich zwei Grundschwierigkeiten, die letztlich nicht gelöst werden konnten:

a) Der Rücklauf der applizierten Fragebögen gestaltete sich unterschiedlich, in allen Fällen gab es Quoten fehlender Fragebögen zu t<sub>1</sub>, teilweise bis zu 50 %. Auf Nachfragen wurde deutlich, dass dies mit den Belastungen der jeweiligen teilnehmenden Therapeuten zusammenhing, die aus verschiedensten Gründen Fragebögen nicht beharrlich genug von Eltern einforderten, die Durchführung eines Tests zu t<sub>1</sub> „vergaßen“ etc.

b) Es konnte – trotz großem Aufwand – keine Wartekontrollgruppe mit einer ausreichend großen Zahl zusammengestellt werden. Dies lag überwiegend daran, dass die Therapeuten ‚vor Ort‘ nicht ausreichend zu motivieren waren, die entsprechenden diagnostischen Verfahren konsequent z. B. bei Anmeldung eines Kindes einzusetzen und dieses dann länger warten zu lassen. Trotz des Fehlens der Kontrollgruppe können die erzielten positiven Veränderungen in einen systematischen Zusammenhang mit der therapeutischen Intervention gebracht werden; hierfür sprechen die Effekte in allen durchgeführten standardisierten – klinischen – Verfahren, aber auch

die Analysen der Prozessdokumente (Videos, Therapieprotokolle). Nach den Anerkennungskriterien des WBP können auch Studien wie die vorliegende *ohne* Vergleichsgruppendesign für die Beurteilung der Wirksamkeit eines Verfahrens herangezogen werden sofern sie eine adäquate allgemeine methodische Qualität erfüllt, sich ausreichend interne und externe Validität feststellen lässt, und der Therapieeffekt sowohl durch eine die Ergebnisse signifikante Prä-Post-Veränderung als auch die klinische Bedeutsamkeit der erreichten Veränderung nachgewiesen sei (WBT, 2010, S. 20f.)

Es wäre wünschenswert, Studien wie diese mit besserer finanzieller Ausstattung durchführen zu können; einige der o.a. Probleme könnten dadurch gemildert werden. Hier ist zu hoffen, dass bei der Vergabe von Forschungsmitteln stärker naturalistische Studien mit besonderer Beachtung der externen Validität Berücksichtigung finden – und eine Mittelvergabe sich nicht primär an der Erfüllung der RCT-Kriterien orientiert. Trotz der Mühen war die Zusammenarbeit zwischen Forschungsinstitut und teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen) sehr spannend und für beide Seiten ‚befruchtend‘ – allein deswegen sollte dieser Dialog vertieft gefördert und fortgesetzt werden.

Eine letzte Bemerkung soll der Weiterentwicklung der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (PTKJ) selbst gelten: In der Studie wurden erstmals Leitlinien zur Behandlung zugrunde gelegt. Ein solches Vorgehen ist für die PTKJ neu, wurde aber von den beteiligten Therapeuten als hilfreich – besonders für die Selbstreflexion – angesehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, i.V.). Dies ermutigt zur Erarbeitung von Leitlinien auch für unterschiedliche weitere Störungsbilder.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Kinder- Jugendlichen- und Familiendiagnostik. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18, deutsche Version)* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In: J. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 213–223). Tübingen: DGVT-Verlag.
- 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.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.

- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009b). Beziehung als Methode – Theorien und personenzentrierte- interaktionale Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionale Behandlungskonzepte* (S. 13–28). Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Büch, H. & Döpfner, M. (2011). Behandlung sozialer Ängste im Kindesalter mit einem individualisierten kognitiv-behavioralen Therapieprogramm (THAZ – Soziale Ängste) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*, 2011, 21(1), 41–47.
- Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/19–I/25.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). (2007). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 184–193.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Bd. 2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*, 2. Auflage. (DISYPS-KJ; hier: DCL-ANG/FBB ANG Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung). Bern: Huber.
- Döring, E. (2011a). Personzentrierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. In: S. B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, M. Schwarz & F. Wetzorke (Hrsg.), *Ich sehe was, was Du nicht siehst... Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 89–103). Stuttgart: Kohlhammer.
- Döring, E. (2011b). Traumatherapie mit Kindern. In: C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 219–238). Norderstedt: BoD.
- Döring, E., Füßner, M., Steinhauser, H. & Zülw, v. C. (2012, in diesem Heft). Personzentriertes Entstehungsmodell für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und Handlungsleitlinien für die Psychotherapie. Person,
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2003). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In: Dittrich, R. & Michels P. (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, C. & v. Zülw, C. (2003). Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 34(4), 197–206.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (i.V.). *Prozessanalysen personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern mit Angststörungen*. Freiburg: ZfKJ.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie – Konzept, Praxis und Wirksamkeit. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionale Behandlungskonzepte* (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26(3), 357–370.
- Heekerens, H.-P. (2002). Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. Auflage) (S. 195–208). Göttingen: Hogrefe.
- Hein, J. & Hentze, K.-O. (2007) (Hrsg.). *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur*. Bonn: Dt. Psychologen Verlag.
- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/3–I/11.
- Hockel, C. M. (2011). *Personzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2009). Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionale Behandlungskonzepte* (S. 319–339). Göttingen: Hogrefe.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2011). Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 365–394). Norderstedt: BoD.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). *Ressourcen-Skala für Kinder und Jugendliche* (Auszug aus dem Evaluationssystem HESSE 2003). Homberg/E: Landeswohlfahrtsverband.
- Hüsson, D. (2011). Personzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In: C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula. (Hrsg.) (2011). *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 343–358). Norderstedt: BoD.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159–169.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Skala zur Erfassung von Lehrer und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren*. SWE Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Berlin: Freie Universität. Verfügbar unter [www.userpage.fu-berlin.de/health/~gemsal.html](http://www.userpage.fu-berlin.de/health/~gemsal.html). Zugriff am 2. 12. 2011.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 2008, 53(6), 408–413
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (p. 17–32). Oxford: University Press.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* (Online-Journal). 1(2).
- Möller, C. & Petermann, U. (2011). Kurz- und langfristige Effekte des Trainings mit sozial unsicheren Kindern. *Verhaltenstherapie*, 2011, 21(1), 15–22.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: A. E. Bergin & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 311–381). New York: Wiley.

- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin; & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Die Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58(9/10), 345–354.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & M. (o. J.) *Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie)*. Zugriff am 26. 8. 2011. Verfügbar unter [http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/neu\\_ppt\\_Bella\\_Ravens-Sieberer.pdf](http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/neu_ppt_Bella_Ravens-Sieberer.pdf)
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2001). The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: Theoretical Concept and empirical results. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/26–I/45.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2003). **Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen.** *Deutsches Ärzteblatt*, (100) 16, 896–902.
- Schauder, T. (1995). *Aussagenliste zum Selbstwertgefühl bei Kindern und Jugendlichen (ALS)*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S. & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut*, 2010, 55(6), 525–540.
- Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut*, 50, 99–106.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (1989) *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Methodenkritische Anmerkungen zur Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24. 4. 2008 im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. *Psychotherapeutenjournal*, 2010, 9 (2), 160–168.
- Strauß, B. (2008). Die Zukunft der Psychotherapieforschung – David Orlinskys Visionen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58(9/10), S. 341–342.
- Thumer, F. & Thewes, U. (2000). *Kinder Angst Test II (KAT II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C., Katsivellaris, M., Reisel, B., Naderer, G. & Papula, I. (Hrsg.) (2011). *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder*. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Norderstedt: BoD.
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Verfügbar unter <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/12–I/18.
- Weiß, R. H. (1998). *Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgentest (ZF)*. Handanweisung (4., überarbeitete Auflage). Göttingen: Westermann Test.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2, (2), 97–104.

# Personzentriertes Handeln in der Lerntherapie

Hannelore Späth

Lernmobil, Therapeutische Lernförderung,  
Leutkirch Deutschland

In der Lerntherapie werden vor allem Menschen mit Lese- Rechtschreibstörung und Rechenstörung behandelt. Lernstörungen werden nicht nur als schulisches Problem verstanden, sondern auch als Verursacher von psychischem Stress. Die Transaktionale Stresstheorie bietet ein Modell an, mit dem die Lernstörungen in der Personzentrierten Lerntherapie betrachtet – und aus welchem Therapiemaßnahmen abgeleitet werden können. Ein humanistisches Menschenbild, ressourcenorientiertes Denken, personzentrierte Behandlungsgrundsätze und psychische Stabilisierung sind die wichtigsten Bausteine einer personzentrierten Lerntherapie. Ziel einer personzentrierten Lerntherapie ist es, die Selbstakzeptanz und Selbstannahme zu fördern, Motivation wieder herzustellen, zusätzliche Bewältigungsstrategien zu aktivieren und die schulische Problematik abzumildern. Personzentriertes Handeln in der Lerntherapie stellt eine Erweiterung des klassischen Konzepts um das Ziel der Organisation von Erfahrung und Konsistenz des Selbstkonzeptes dar.

*Schlüsselwörter:* Lerntherapie, personzentriert, Lernstörungen, Lese-Rechtschreibstörung, Dyskalkulie, transaktionale Stresstheorie, Coping

**Person-centered work in Learning Therapy.** People with dyslexia and those who have difficulties acquiring mathematical skills require learning therapy. Learning disabilities are complex problems. The academic issues they bring to light are compounded by the fact that they generate a great deal of mental stress. The Transactional Stress Theory provides a model within which learning disabilities can be reviewed and reflected upon. Furthermore, the model provides a basis for professional intervention. The most important components of a person-centered concept for learning therapy are its humanistic concept of mankind, resources-orientated philosophy, person-centered principles and its goal of psychic stability. The aims including person-centered work into learning therapy are to increase self-acceptance, restore motivation, develop improved coping strategies and attenuate academic problems. Person-centered learning therapy is a multimodal course of action. Characteristically, it is an extension of conventional educational therapy which aims to organize curative experiences and encourage a consistently elevated self concept.

*Keywords:* learning therapy, client centered, person centered, learning disabilities, dyslexia, arithmetical disabilities, transactional stress theory, coping

## 1. Definition Lernstörung und Lerntherapie

### 1.1. Was sind Lernstörungen?

Lernstörungen sind umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten (Dilling & Freyberger, 2006, 270ff). Gravierende Auffälligkeiten im Bereich der Schriftsprache werden als Lese- Rechtschreibstörung bezeichnet. Die

Dyskalkulie, eine Rechenstörung, ist die mathematische Entsprechung. Beide können auch kombiniert auftreten. Es handelt sich dabei nicht um leichte Schwächen, sondern um gravierende Probleme des grundständigen Lesens, Schreibens, oder Rechnens. Bedingung für eine Diagnose einer Lernstörung ist gegenwärtig eine wesentlich schlechtere Leistung im Bereich des Lesens, Schreibens, oder Rechnens als es vom Alter und von der Intelligenz her zu erwarten wäre. Die Diagnosekriterien finden sich im DSM-IV-TR (Houben, Saß, Wittchen & Zaudig, 2003, 52ff) und ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2006, 270ff).

Wie kann man sich eine Lernstörung konkret vorstellen? Dies soll anhand eines Fallbeispiels der neunjährigen S. aus der dritten Grundschulklasse, verdeutlicht werden. S. besitzt eine durchschnittliche Intelligenz und hat gute Noten. In nichtsprachlichen Fächern muss sie aber deutlich mehr üben, als

---

**Hannelore Späth** ist freiberufliche Diplom-Pädagogin (mit Studienschwerpunkt Beratung). Sie absolvierte die erste Staatsprüfung für das Lehramt in Grund- und Hauptschule mit einer Erweiterungsprüfung in Bildungsberatung. Den Arbeitsmittelpunkt bilden Menschen, die eine Lernstörung, oder eine geistige Behinderung haben. Momentan promoviert sie an der Pädagogischen Hochschule Weingarten im Fach Psychologie.  
**Kontaktadresse:** Hannelore Späth, 88299 Leutkirch, Missener Straße 73, Tel. 075 67/18 20 96, E-Mail: lernmobil@hannelore-spaeth.de

andere Kinder. Auf eine Rechtschreibschwäche wird sie nicht getestet, da diesbezüglich wenig Leidensdruck vorhanden ist und die familiären und persönlichen Ressourcen gut ausreichen, um in Deutsch eine Drei, und in anderen Fächern bessere Noten zu haben. Mathematik bringt sie jedoch an ihre Belastbarkeitsgrenzen und die Mutter sagt, dass sie sich keinen Rat wisse, wie sie ihrer Tochter den Lernstoff erklären soll. Was sie auch mache, es käme bei der Tochter nicht an. Außerdem drücke sich das Mädchen vor dem Lernen von Mathematik und sei bei Mathematikhausaufgaben sehr unruhig, stünde ständig auf und bräuchte doppelt so lange als andere Kinder. Plus- und Minusaufgaben rechnet sie mit den Fingern. Einmaleins- und Geteiltaufgaben kann sie sich trotz Üben nur teilweise merken. Durch einige sehr ausgeklügelte, aber zeitintensive Herleitungs- und Kompensationsstrategien fällt sie in den ersten zwei Klassen noch nicht so extrem auf. In der dritten Klasse, wird die Leistungskluft deutlich größer. Während S. ein psychisch robustes, starkes Kind ist, leiden manche Betroffene so stark, dass sie psychotherapeutische Hilfe benötigen. So ist es auch für Psychotherapeuten sinnvoll, für Lernstörungen sensibilisiert zu sein.

### 1.2. Die Bedeutung der Lernstörungen im klinischen Alltag

Schule, und später die Arbeit beanspruchen einen bedeutsamen Anteil des Tages. Wird man dort mit permanentem Misserfolg konfrontiert, kann dies sehr belasten und auch soziale Folgen, wie Gehänselt-Werden, Ängste um die schulisch-berufliche Zukunft, Lernunlust und Streit mit Eltern als Resultat haben. So kann aus einem schulischen Problem ein generalisiertes psychosoziales Problem werden. In der normalen psychotherapeutischen Praxis führt der Aspekt Schule und Schulleistung noch ein gewisses Schattendasein. Vor allem bei Kindern mit ADHS bestehen hohe Komorbiditätsraten zu Lernstörungen (Maughan & Hagell, 1996).

### 1.3. Was ist Lerntherapie?

Lerntherapie unterstützt Menschen jeden Alters, überwiegend aber Schulkinder, bei der Überwindung fachlicher Schwierigkeiten, berücksichtigt aber auch psychosoziale Folgen und hilft bei deren Bewältigung. Die Arbeit mit dem Klienten, mit den Eltern und den Lehrern ist ein weiterer Bestandteil. Ziel soll es auch sein, dass Schüler mit einem für ihren Alltag erforderlichen Mindestmaß an Lesen-, Schreiben-, und Rechnen die Schule abschließen können und nach Möglichkeit ihre Schullaufbahn in einer Regelschule verbringen im Sinne einer Inklusion.

Schulstoffbezogene, motivationale, seelische und systemische Aspekte sind Teil der Diagnostik, Intervention und

Zielsetzung. Die Ausrichtung der Lerntherapie ist ganzheitlich und wesentlich komplexer im Gegensatz zur normalen Nachhilfe.

Am Beispiel des bereits genannten Mädchens S. liegen die Therapieschwerpunkte auf den schulischen Inhalten und den dafür erforderlichen Grundlagen, wie dem Zahlaufbau, dem Mengenverständnis und dem Erlernen mathematischer Basisrechnungen. Die Motivation und das Selbstbewusstsein sollen durch Beziehung und Spieltherapie gesteigert werden.

### 1.4. Die Abgrenzung der Lerntherapie von Nachhilfe

Auch S. hatte vor ihrer Lerntherapie bereits Nachhilfe bei einer Schülerin bekommen. Dort war sie jedoch überfordert und ihre Unruhe beim Lernen überforderte die Unterrichtende. Ein Unterscheidungsmerkmal von Nachhilfe und Lerntherapie ist die stärkere Anpassung an den Leistungsstand.

Der Begriff Lerntherapie wird in der Literatur selten verwendet. In der Regel wird von Intervention oder Förderung gesprochen. Die Verwendung des Therapiebegriffs ist häufig auf eine Diagnose fokussiert, so z. B. Dyskalkulietherapie oder Legasthenietherapie.

Grissemann (2000) beschäftigte sich als erster mit der Therapie von Rechenstörungen. Therapiebausteine in der Dyskalkulietherapie sind nach seiner aktualisierten Definition:

- Stofforientierte Stützmaßnahmen, ausgerichtet an primären und sekundären Ursachen
- Kombination aus pädagogisch-therapeutischer, psychotherapeutischer, medikamentöser und milieutherapeutischer Maßnahmen
- Diagnostik als Basis der Intervention

In vielen Punkten entspricht die Beschreibung noch im Kern dem aktuellen Begriffsverständnis, abgesehen von medikamentösen Maßnahmen.

In diesem Aufsatz beziehe ich mich so auf die Therapiedefinition von Gasteiger-Klicpera, Klicpera und Schabmann (2003, S. 274).

- Individuelles Eingehen auf die Schwierigkeiten
- Analyse der Ausgangslage
- Planung, die Stärken und Schwächen berücksichtigt
- Registrierung der Fortschritte als Basis weiterer Planungen
- Berücksichtigung des Selbstkonzepts der Schüler, Sichtweise der Eltern und Motivationslage des Kindes
- Die Grenzen zwischen Lerntherapie und Nachhilfe können fließend sein, trotzdem wird hier ein Versuch der Abgrenzung gewagt:

	Lerntherapie	Nachhilfe
<b>Zielgruppe</b>	Überwiegend Kinder mit Lernstörungen, in der Regel mit einem fachbezogenen Leistungsrückstand um mehrere Schuljahre, häufig, aber nicht immer seelische oder psychosomatische Schwierigkeiten	Schüler, die einzelne Lerninhalte nicht verstanden haben.
<b>Anzahl</b>	1 Schüler	1–5 Schüler
<b>Inhalte</b>	Grundlagenarbeit, und Arbeit am Schulstoff, der auch Jahre zurück liegen kann zusätzlich psychische Stabilisierung	Lernstoff wiederholen, erneut erklären
<b>Umfeld</b>	Gespräch mit Lehrern, Eltern und nahem sozialen Umfeld, ggf. mit Ärzten und Therapeuten	Soziales Umfeld ist nicht einbezogen.
<b>Qualifikation</b>	Studium/Ausbildung in Psychologie, (Sozial-) Pädagogik, Didaktik, oder Heilpädagogik, dazu Lerntherapieweiterbildung. Aber: Lerntherapeut ist kein gesetzlich definierter und geschützter Beruf!	Häufig, aber nicht ausschließlich Schüler und Studenten, vereinzelt auch Lehrer
<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative (Fehlersystematik) und quantitative Diagnostik</li> <li>• Abklärung auf: Motivation, Entwicklungsstand, Grundlagenfertigkeiten, Befindlichkeit</li> <li>• Befragung der Eltern, des Kindes nach Noten, Schullaufbahn, Lernerfahrungen, Fähigkeiten.</li> <li>• Kinderarzt, Augenarzt und Pädiatologe klären die Hör- und Sehwahrnehmung und die Gesundheit ab.</li> </ul>	Schüler nennen den Lernstoff, Nachhilfelehrer erfasst Schwierigkeiten in der konkreten Lernsituation.

### 1.5. Welchen Klienten hilft die Lerntherapie?

Lerntherapie konzentriert sich auf Kinder mit der Diagnose Legasthenie und Dyskalkulie, diese stellen den gemeinsamen Kern der Lerntherapie Klienten dar. Es gibt Lerntherapeuten, die ausschließlich Kinder mit solchen Diagnosen behandeln und alle anderen abweisen. Der Ansatz der Autorin ist wie auch bei einem Teil ihrer Kollegen großzügiger. Alle Kinder mit ausgeprägten Lernschwierigkeiten, egal welcher Genese, haben das Recht auf qualifizierte Hilfe. Entscheidend sind der Leidensdruck der Betroffenen und die Ausprägung der Schwierigkeiten.

## 2. Lernstörungen auf der Basis der transaktionalen Stresstheorie

### 2.1. Misserfolg als Stressor

Eine kognitionspsychologische Lupe, mit der die Lernstörung betrachtet werden kann ist die transaktionale Stresstheorie. Sie bietet ein Erklärungsmodell, das auch auf die Problembewältigung von Kindern mit Lernstörungen übertragen werden kann.

Lazarus und Folkman (1984, S. 19) verstehen unter Stressor eine Situation, in der eine Person die persönlichen Ressourcen zur Bewältigung eines Problems als unzureichend ansieht und sich überfordert fühlt. Dies stellt ein Risikofaktor für die Gesundheit dar. Wenn Umwelthanforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten im Missverhältnis sind, entsteht Stress.

Lernstörungen können dabei als doppelt wirkende Stressoren gesehen werden, da sie Auswirkungen sowohl auf das Kind (Andrews & Feuerer, 2009) als auch auf die Eltern (Dyson, 1996) haben. Die erlebte Diskrepanz zwischen Anforderung und tatsächlicher Leistung beeinträchtigt das fachliche Selbstvertrauen. Um dies zu beheben, kann man versuchen, durch aktives Üben die Schulleistungen zu verbessern. Bleiben Erfolge aus, kann dies Resignation, Stimmungs- und Motivationsabfall und Verlust der fachlichen und sozialen Selbstwirksamkeitserwartung verursachen (Lackaye, Margalit, Ziv & Ziman, 2006). Compton und Kollegen (2008) belegten, dass die geringere Motivation nicht monokausal und unidirektional gesehen werden darf. Motivation, Erfolg und Leistungsbemühungen beeinflussen sich gegenseitig.

Die Fehler und das Vermeiden von Fehlern stehen mit zunehmender Misserfolgserfahrung im Mittelpunkt des Denkens. „Was ich nicht mache, kann ich schon nicht falsch machen.“ So neigen misserfolgserfahrene Schüler zur Vermeidung von Lernsituationen (Geisthardt & Munsch, 1996; Firth, Frydenberg & Greaves, 2010). Geringe Zielüberzeugung, geringe Leistung und geringe Selbstwirksamkeitserwartung führen zu Problemvermeideverhalten, wie Heimerdinger und Hinsz belegten (2008). Zudem tendieren Lernende dazu, ihre Schwierigkeiten mit sich selber auszumachen, statt soziale Unterstützung einzubeziehen (Geisthardt & Munsch, 1996; Firth, Frydenberg & Greaves, 2010). Der Preis, den die Schüler für das Vermeiden von Versagenserlebnissen bezahlen, ist, dass sie weniger Lerngelegenheiten haben und somit Wissenslücken größer werden.



Dies reduziert Lernmotivation und eine Abwärtsspirale kommt in Gange. An diesem Punkt zeigt sich, dass eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Lerntherapie zwar notwendig, aber zu einseitig ist. Mit dem Aufbau von Motivation und Zuversicht, einer differenzierten, wertfreien Selbstwahrnehmung und Selbstannahme und einer tragenden, wertschätzenden Beziehung bietet der personenzentrierte Ansatz eine gute Ergänzung zu den bisherigen Ansätzen. Der Lernende erfährt Wertschätzung und Vertrauen in die eigene Problemlösekompetenz durch den Therapeuten, mit dem Ziel, diese zu internalisieren. Zudem erfährt der Schüler eine konstruktive, beurteilungsfreie Lernsituation als korrigierende Erfahrung zum Beurteilt-Werden in der Schule. Hier vermischt sich das personenzentrierte Handeln mit der systemischen Therapie.

Erhöhung des Fachwissens und der Handlungskompetenz, wie es in der Lerntherapie klassisch ist, werden ergänzt durch personenzentrierte Stärkung der Persönlichkeit. Der systemische Ansatz vermittelt korrigierende, angst- und bewertungsfreie Lernräume und versucht das Umfeld mit einzubeziehen. Je stärker die heilende Beziehung ist, desto mehr sind Lernende bereit, sich Lernsituationen zu stellen, die sie als selbstwertbedrohend oder ängstigend erleben.

Auch das schon eingangs genannte Mädchen empfindet Mathematik als ängstigend und sie sagt gelegentlich, dass sie Mathe einfach nicht kann. Sie sei zu dumm. An diesem Punkt ist es wichtig, ihr Selbstbewusstsein vor allem durch Gespräche und Selbstwirksamkeitserfahrungen in der Spieltherapie zu stärken. Das Erleben permanenter Selbstwertbedrohung durch Scheitern, ist ein Stressfaktor. Deshalb ist es notwendig, sich mit Stress als Lerntherapeut auseinander zu setzen.

## 2.2. Die Transaktionale Stresstheorie

Lazarus (1966) entwickelte die transaktionale Stresstheorie, die ein Modell darstellt, wie ein Reiz zu einem Stressor wird. Hervorzuheben ist: Nicht der Reiz alleine ist schon ein Stressor, sondern erst wenn die Person die Situation als für sich bedeutsam und überfordernd einstuft. Menschen reagieren häufig unterschiedlich auf den gleichen Stressor (Lazarus, 1964). Die Transaktionale Stresstheorie gibt dazu eine Erklärung. Lazarus suchte die Ursache in gedanklichen Prozessen. Gemäß der Theorie gibt es mehrere kognitive Verarbeitungsschritte, die auf eine Situation folgen: 1. Gedanke: „Ist die Situation für mich relevant?“, bei Bejahung folgt Einschätzung 2: „Welche Problemlösefertigkeiten habe ich?“ Werden Problemlösefertigkeiten gesehen, folgt die Problembewältigungshandlung = Coping und eine anschließende Neubewertung der Situation und Reflektion.

**Schritt 1: Primäre Bewertung: Relevanz:** In einer primären Bewertung, beurteilt die Person, ob die Situation für sie relevant

ist, oder nicht. Ein Beispiel dazu: Hat ein Schüler die Note 6 geschrieben, kann dies unterschiedlich relevant für ihn sein. Folgen der schlechten Note Bestrafungen oder Prügel, so wird ein Kind die Note 6 mit hoher Wahrscheinlichkeit als bedrohlicher erleben, als wenn Eltern sagen: „Hauptsache, du bemühst dich. Dann sind wir auch bei der Note 6 nicht böse auf dich.“ Ein zweites Beispiel: Schüler x möchte eine Ausbildung beginnen und bekommt die Lehrstelle nur, wenn die Note 2,0 erreicht wird. Schüler y kann die gleiche Ausbildung im elterlichen Betrieb machen und er weiß, er bekommt die Lehrstelle auch mit einem schlechten Notenschnitt.

Eine Veränderung der Bedeutsamkeit eines Faches, bzw. einer Note kann ein Bewältigungsversuch sein, vor allem wenn der Betroffene keine Möglichkeiten der aktiven Veränderung der Lage sieht. Wird die Bedeutung eines Faches heruntergeschraubt, reduziert sich das subjektive Belastungsempfinden. Dies ist quasi eine Anpassung nach unten, was mit einer Motivationsreduktion einhergehen kann, wie es in Fallinterviews Betroffener festgestellt werden kann (Gasteiger-Klicpera & Späth, 2009).

### **Schritt 2: Sekundäre Bewertung: Bewältigungsmöglichkeiten:**

Im Falle einer Entscheidung, dass die Situation persönlich relevant ist, wird im zweiten Schritt des Stressmodells eingeschätzt, welche Bewältigungsmöglichkeiten vorhanden sind. Dies können Ressourcen des Individuums, aber auch im sozialen Umfeld des Individuums sein (s. a. Reicherts, 1993, S. 152). Lazarus und Folkmann (1984) beschrieben verschiedene Problemlöse- und Bewältigungsstrategien, die in dieser Phase eingesetzt werden können.

1. Aktives, problemzentriertes, Coping
2. Internal-emotionszentriertes, Coping
3. Eskapistisch-vermeidendes, Coping

Aktives Coping bei schulischem Misserfolg kann z. B. sein, dass ein Schüler mehr Lernfleiß einsetzt, sich Bücher zusätzlich kauft, oder um eine erneute Erklärung bittet, wenn er etwas nicht verstanden hat. Emotionszentriertes Coping versucht, unangenehme Gefühle im Zusammenhang mit der Belastungssituation abzuschwächen, z. B. sich beruhigend zuzusprechen, sich aufmuntern, zum Ausgleich etwas tun, was die Aussicht auf mehr Erfolg bringt, mit jemandem über Belastendes reden, ein Kuscheltier streicheln oder ähnliches. Eskapistisches Coping-handeln stellt die Vermeidung belastender Situationen dar: Der Schüler drückt sich vor dem Lernen, schwänzt die Schule, umgeht klärende Gespräche usw.

Situationen, die als beeinflussbar wahrgenommen werden, werden in der Regel bevorzugt aktiv angegangen, z. B. durch das Lernen auf ein Diktat. Ist der Erfolg unwahrscheinlich, oder der Misserfolg bereits eingetreten, wie z. B. beim Erhalt einer schlechten Note, so versucht die Person die Emotionen unter Kontrolle zu halten, indem die Gefühle aktiv bewältigt werden,

oder indem man unangenehmen weiteren Emotionen und Situationen durch Vermeiden aus dem Weg geht (Gasteiger-Klicpera & Späth, 2009).

Neben der Ressourceneinschätzung spielen bei der Wahl der Bewältigungsstrategien auch das Alter, das Problem und das Geschlecht eine Rolle (Seiffge-Krenke, 1995).

Nicht nur die aktive Problembewältigung sollte als funktional betrachtet werden. Die Flexibilität, verschiedene Strategien zur Verfügung zu haben, ist entscheidend (Seiffge-Krenke, 1995), denn es gibt im Leben Situationen, die man nicht mehr aktiv beeinflussen kann, weil man vor vollendete Tatsachen gestellt wird.

**Schritt 3: Reappraisal:** Nach der Reaktion auf die Belastungssituation, findet ein Rückblick mit einer Neubewertung statt (Lazarus & Folkmann; 1984, 52 f). Dies können Fragen sein, wie: Gibt es weitere Handlungsmöglichkeiten oder Ressourcen? Gibt es neue, oder von mir nicht beachtete Information über die Situation? Ist das Problem nun behoben, oder werden weitere Lösungsversuche notwendig sein? Waren die Bewältigungsversuche erfolgreich und situationsadäquat? Habe ich die Bedeutsamkeit der Situation passend eingeschätzt?

Die Neubewertung hat Auswirkungen auf die Handlungsentscheidungen bei kommenden ähnlichen Situationen. Selbstwirksamkeitserwartung, Erfolgs- oder Misserfolgsenerwartungen sind das Resultat mehrerer Bilanzierungen über Erfolg und Misserfolg der Bemühungen.

Am Beispiel von S. sieht die subjektive Bedeutungseinschätzung wie folgt aus: S. hat den festen Vorsatz, den Notendurchschnitt für eine Realschulempfehlung zu schaffen. Ihre wichtigsten Freundinnen kommen in die Realschule und S. will unbedingt bei ihnen bleiben. Dies erhöht die subjektive Bedeutsamkeit der Schulleistung, da Versagen mit Trennung assoziiert wäre. Vorhandene Bewältigungsmöglichkeiten hat das Mädchen bereits ausprobiert und keine Leistungsverbesserung im Reappraisal wahrnehmen können. Als Resultat meidet sie, im Sinne von eskapistischem Handeln, zunehmend Mathematikhausaufgaben und erledigt sie nur unter Druck durch die Mutter. S. ist es auch sehr unangenehm, dass sich die Mutter so bemüht und S. es trotzdem nicht kapiert. So macht sie häufig dicht, wenn die Mutter etwas erklärt und es gibt Konflikte.

### 2.3. Die gesundheitlichen Auswirkungen von chronischem Stress bei Lernstörungen

Was geschieht, wenn die Bewältigungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und die Belastungen weiter bestehen? Auch S. reagiert auf das Scheitern, bleibt aber psychisch einigermaßen stabil. Dies ist nicht bei allen Betroffenen der Fall. Zahlreiche

Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Lese-Rechtschreibstörungen und psychischer Erkrankung, vor allem der Depression (Allen, Fisher & Kose, 1996; Greca & Stone, 1990; Howard & Shick Tryon, 2002; Martinez & Semrud-Clikeman, 2004; Wright-Strawderman, 2002), ebenso auch zwischen Lese-Rechtschreibstörungen und sozialverhaltensbezogenen Schwierigkeiten, wie z. B. das vermehrte Raufen mit anderen Kindern und eine geringere Anzahl an Sozialkontakten in der Schule (Klicpera, Gasteiger-Klicpera, 1993). Auch zum beeinträchtigten Selbstbewusstsein besteht ein Zusammenhang (Stiehr, Smith & Nagle, 1995; Rogers & Saklofske, 1985; Grolnick & Ryan, 1990; Gans, Kenny & Ghany, 2003). In einer Längsschnittstudie konnte gezeigt werden, dass Kinder mit Leseproblemen bereits bei Schuleintritt überdurchschnittlich oft bereits ein etwas aggressives oder hyperaktives Verhalten mitbringen, das in der Schule dann stark zunimmt (Anderson et al., 1986). Die Entwicklung von Verhaltensproblemen scheint demnach ein wechselseitiger Prozess zu sein.

Trotz der Belastung erkranken nicht alle Menschen an schwerwiegenden psychischen Störungen. S. ist dafür ein gutes Beispiel. Offenbar bringen manche Menschen mehr Resilienz, besondere Copingfähigkeiten und eine gute soziale Unterstützung mit. Ist dies nicht der Fall, können diese Ressourcen durch Anwendung des personenzentrierten Ansatzes gestärkt werden. Wie dieser in der personenzentrierten Lerntherapie aussieht, wird im folgenden Kapitel konkretisiert.

## 3. Lerntherapie und personenzentrierte Lerntherapie

### 3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Lerntherapie und der personenzentrierten Lerntherapie

Im Amerikanischen wurde der Begriff *Learner Centered Instruction* eingeführt (Cornelius-White, Harbaugh, 2010). *Lernerzentriertes Lehren* ist ein Ansatz, bei dem das Lernen und Lehren lernförderliche Beziehungen als Bestandteil des Lehrens benutzt, um der Einzigartigkeit jedes Lernenden gerecht zu werden und um damit sicher zu stellen, dass Lernende mehr Leistungsmotivation und mehr Erfolg haben (McCombs, 2010).

Nach Rogers (1969, S. 158) ist aus der personenzentrierten Perspektive signifikantes Lernen dann vorhanden, wenn der Lernende einen Zusammenhang zwischen Lerninhalt einerseits und persönlichem Bezug, bzw. persönliche Relevanz andererseits herstellen kann. Hilft der Lerninhalt persönliche Ziele zu erreichen, findet effektives Lernen statt.

Worin sich schülerzentriertes Lehren und Lernen von normalem Lehren und Lernen unterscheidet definieren Cornelius-White und Harbaugh, (2010) wie folgt:

Tabelle 1. Vergleich zwischen lernerzentriertem Lehren und traditionellem Lehren entnommen aus: (Cornelius-White & Harbaugh, 2010, XXIV)

Lernerzentriertes Lehren	Traditionelles Lehren
Person zentriert	Curriculum zentriert
selbst gesteuert	Lehrer gesteuert
demokratisch	hierarchisch
Kind zentriert	Lehrer zentriert
Prozess (Wie)	Inhalt (Was)
Konstruierendes Verstehen	Füllen mit Lernstoff
erforschungsorientiert	wissensorientiert
denken	erinnern
Beziehung	Instruktion
Methodik: Experimentieren	Literatur
Kooperation	Konkurrieren, oder Individualismus
aktiv	passiv
lernen	unterrichten
Kriterien bezogen	Norm bezogen
zeigen	erzählen
Unterstützend, fördernd	erklären
Freiheitserziehung	Mit Wissen auffüllen – Inputorientierung, Richtung bestimmt der Lehrer

Diese Gegenüberstellung hat jedoch etwas den Gehalt eines Vergleichs zwischen reformpädagogischen Lehransätzen allgemein und klassischem Lernen und es erweckt den Eindruck, dass Reformpädagogik automatisch Personenzentriertes Lernen

ist. Literatuarbeit kann jedoch genauso zum personenzentrierten Lehren dazu gehören, auch in der Lerntherapie, wie das Experimentieren. Zudem haben meiner Erfahrung nach Schüler nicht nur Interesse an einem Lernprozess, sondern sind auch an Inhalten orientiert, wenn sie ihrem Interessensbereich und ihren Neigungen entsprechen, oder wenn sie den Wunsch haben, eine bessere Note in der Schule zu erreichen. Auch das Instruieren, Erzählen und Erklären sind keine Tabus in der personenzentrierten Lerntherapie, solange sich das Lehren nicht ausschließlich darauf konzentriert. Wichtig ist vielmehr, dass die individuellen Lernziele der Schüler viel Gewicht haben und dass die Lehrmethoden nicht rigide angewandt werden, sondern an die ganz konkreten momentanen Bedürfnisse des Schülers angepasst werden. Nicht die Methode ist im Mittelpunkt, sondern der Lernende. Ähnlich verhält es sich mit der Unterscheidung Kooperation und Individualismus. Auch hier gilt, dass nicht eine Sozialform im Mittelpunkt steht, sondern die Bedürfnisse des Lernenden. Es gibt Lernende, die in der Lerntherapie mehr Spaß haben, wenn sie zu zweit miteinander arbeiten können, ebenso wie es Lernende gibt, die Einzelförderung bevorzugen, z. B. weil es ruhiger ist, weil sie die alleinige Aufmerksamkeit bekommen, weil noch stärker auf das individuelle Lerntempo eingegangen werden kann und weil das Vergleichen mit den Leistungen anderer da in den Hintergrund gerät. Cornelius-White (2007) betrachtete in einer Metaanalyse die Effektivität des personenzentrierten Lehrens und fand eine Korrelation von  $r = 0,31$  bei einer breiten Schwankung der annähernd 1000 untersuchten Studien (Cornelius-White, 2007).

Aus der Betrachtung der Definition über personenzentriertes Lernen, folgt hier eine Darstellung mit eigener Gegenüberstellung zwischen personenzentrierter und klassischer Lerntherapie.

Lerntherapie und personenzentrierte Lerntherapie haben Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Der Übersichtlichkeit halber sind sie hier tabellarisch dargestellt.

Tabelle 2. Gegenüberstellung Lerntherapie vs. Personenzentrierte Lerntherapie

	Lerntherapie	Personenzentrierte Lerntherapie
<b>Wissenschaftliche Grundlage</b>	Hier findet sich kein bedeutsamer Unterschied. Beide Verfahren nutzen wissenschaftlichen Erkenntnisse.	
<b>(Ziel-) Planung</b>	Die Zielfestlegung ist komplex, da Lernender und die Eltern einbezogen werden.	
	Langfristige Vorausplanung, häufig ein Durcharbeiten eines vorgefertigten evaluierten Programms.	Sofern möglich wird gemeinsam in jeder Stunde das Thema abgesprachen und es entwickelt sich teilweise auch aus der Situation heraus. Neben den stofflichen Hauptzielen, die gemeinsam entwickelt werden, sind parallel auch Persönlichkeitsziele vorhanden.
<b>Psychotherapieelemente</b>	Schwerpunkt liegt beim schulischen Lernen. Bei manchen wird die psychische Komponente auch ganz außen vor gelassen.	Schulisches Lernen und psychische Stabilisierung gewichten gleichrangig. Der Bedarf und das Ziel werden in jeder Stunde neu definiert. Etwas Schulisches sollte Teil der Stunde sein, um dem Auftrag der Eltern auch gerecht zu werden.

	<b>Lerntherapie</b>	<b>Personzentrierte Lerntherapie</b>
<b>Bedeutung von Fehlern</b>	Ziel ist es, Fehler zu verringern und zu vermeiden.	Fehler sind Teil des Lernprozesses, Lernchancen und die Schülerreaktion geben einen Hinweis darauf, wie gut die lernende Person ein konstruktives und wertungsfreies Fehlerverständnis internalisiert hat.
<b>Theoriebasis</b>	Fachdidaktik Verhaltenstherapie	Humanistisches Menschenbild Personzentrierter Ansatz
<b>Ziel und Zweck der Maßnahmen</b>	Bessere schulische Leistungen, Wissensaufbau Beherrschen von Lese-, Rechtschreib- und Rechenkompetenzen, die für den Alltag relevant sind	Wie links, plus Stärkung der Selbstannahme und Selbstkohärenz, angstfreies Lernen, Erhöhung der Lernmotivation und Ausweitung der Coping-Strategien, vor allem im aktiven und emotionszentrierten Bewältigen.
<b>Wirkprozesse/-mechanismen</b>	Wissens- und Kompetenzzuwachs Übung zur Festigung Passendes Anforderungsniveau	Wie links, zusätzlich: Klient-Therapeut-Beziehung: Der Therapeut unterstützt eine differenziertere, wertungsfreie Selbsteinschätzung, motiviert durch Beziehung und Erfolgserlebnisse, hilft, Copinghandlungen zu reflektieren und das Repertoire an Bewältigungshandlungen zu erweitern und würdigt Fehler als natürlicher Bestandteil eines Lernprozesses. Der Therapeut hilft aber auch, vom fehlerorientierten Denken zu einem Was – kann – ich – schon? – Denken zu wechseln.
<b>Stundenstruktur</b>	<i>ähnlich</i> 1. Kurzgespräch, 2. Lerntraining, 3. Abschlusspiel	
	<i>zusätzlich:</i> • evtl. Belohnungspunkte eintauschen am Schluss	<i>zusätzlich:</i> • Gesprächs- und/oder Spieltherapie.
<b>Therapeutenrolle</b>	Gemeinsames Rollenverständnis: Anleitender, Helfender, Motivierender	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehrender</li> <li>• Kontrollierender</li> <li>• Urteilender (Verhalten, Ergebnisse)</li> <li>• Belohnender</li> <li>• Lenkender</li> </ul>	<i>Unterschiedliches Rollenverständnis:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehrender und selbst Lernender</li> <li>• Bedingungslos wertschätzend Überprüfender, wobei möglichst viel Selbstkontrolle durch den Lernenden möglich sein sollte.</li> <li>• Nicht Urteilender, Wertschätzender, konstruktiv Rückmeldender oder Begleiter, um Ergebnisse reflektieren zu können.</li> <li>• Belohnung inkludiert Bewertung und sollte deswegen vorsichtig eingesetzt werden. Stattdessen zielgerichtete Unterstützung für den Klienten, Fortschritte und Bemühungen selber wahrzunehmen und anzuerkennen.</li> <li>• Non-direktiv in der Gesprächsbegleitung, aber beim Lernen ist Lenkung gelegentlich erforderlich und erlaubt, da permanente Unter- oder Überforderung vermieden werden muss.</li> <li>• Psychischer Stabilisierer, Ressourcenstärker</li> </ul>
<b>Inhalte und Methoden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training von Schul- und Grundlagenwissen</li> <li>• Strategie- und Lernmethoden-training</li> <li>• Belohnung, z. B. Belohnungspunkte, Spiele.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie bei der Lerntherapie, nur ohne Belohnungspunkte. Zusätzlich:</li> <li>• Stärkung der Kohärenz und Selbstakzeptanz, des Selbstbewusstseins, der Motivation durch Schaffung einer Halt gebenden Beziehung im wertungsfreien Raum und dem vermitteln von Erfolgserlebnissen. Unterstützung in einer differenzierten Selbstwahrnehmung</li> </ul> <p>Gemeinsames Reflektieren des Lernprozesses und Thematisieren der emotionalen und motivationalen Bedeutung für den Lernenden. Konstruktive Ausdrucks- und Bewältigungsformen, z. B. mit Hilfe von Gesprächen, Rollenspielen und Spieltherapie finden.</p>
<b>Bedeutung der Elternarbeit</b>	Gelegentliche Elterngespräche zwecks Informationsaustausch	Regelmäßige Elterngespräche mit dem Ziel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsaustausch</li> <li>• Stärkung der Eltern</li> <li>• Unterstützen, das Kind in seinen Schwierigkeiten anzunehmen und zu begleiten.</li> </ul>

Tausch und Tausch (1990) sehen die personenzentrierte Gesprächsführung als begünstigend für persönliches Wachstum, Selbstentfaltung und Selbstfindung an. Wachstum findet in einem wertfreien Raum statt. Dieser reduziert das Gefühl des Bedroht-Seins und macht offen für neue Erfahrungen (Rogers, 2009). In der Personzentrierten Therapie begegnen sich zwei Menschen, die sich in einem lebenslangen Lern- und Weiterentwicklungsprozess befinden. Der Unterschied zwischen Lernendem und Lernbegleiter ist, dass der Lernbegleiter bezüglich des schulischen Wissens und der psychischen Stabilität normalerweise einige Schritte weiter vorangeschritten ist. Dieses Selbstverständnis als Selber-Lernender und Voneinander-Lernender ist Grundlage für Wertschätzung, Authentizität und gegenseitige Offenheit für neue Erfahrungen und Themen. Auch Lerntherapeuten müssen sich ihrer (Noch-)Begrenztheiten bewusst sein, sie annehmen – und damit ehrlich und konstruktiv umgehen können, um kongruent zu sein. Je höher der vom Schüler erlebte Druck durch Prüfungen, Lehrer, oder Eltern, desto mehr Perfektions- und Leistungsdruck kann der Lerntherapeut spüren. Dabei besteht die Gefahr, dass ein innerer Druck an den Lernenden weitergegeben wird, der dann mit Versagensangst oder Ausweichverhalten reagiert. Je mehr man sich durch Druck von außen selber in Leistungsdruck bringen lässt, desto mehr werden eigene Inkongruenzen in solchen Situationen erlebbar. Der Therapeut spürt, welche Misserfolge er selber noch nicht gut verarbeiten kann, oder wie er sogar in eine Resignation übergeht. Trotzdem sind solche Misserfolgsmomente auch hilfreich, denn die Schüler beobachten in der Regel genau, wie der Therapeut auf gemeinsames Versagen reagiert und wie authentisch er dann in Bezug auf ein konstruktives Fehlerverständnis ist. Wenn Schulversagen zu Streit, Traurigkeit, Vorwürfen und ähnliches in der Familie führt, kann der Lerntherapeut zudem ein korrigierendes Modell sein, der den Schüler daran erinnert, nicht am Istzustand zu resignieren, sondern den Blick auf konstruktive Schlussfolgerungen für zukünftiges Lernhandeln zu lenken.

Auch in einer Lerntherapie ist die Beziehung das tragende Element. Potenziale werden aktiviert, die zu fachlichem und menschlichem Wachstum und Weiterentwicklung des Betroffenen und der Angehörigen führen können. Die Beziehung dient dazu, dass Menschen mit Lernstörungen sich ihren Ängsten und ihrem Widerwillen gegenüber dem ungeliebten Lerninhalt leichter stellen können und dass Gedanken, die bei Misserfolg und Versagensängsten das Selbstwertgefühl beeinträchtigen, gemeinsam bearbeitet und überdacht werden können. Dazu bemüht sich der Therapeut den Lernenden zu verstehen und wertzuschätzen. Kann der Klient dies wahrnehmen, kann Therapie helfen (Rogers, 2009). Diese Bedingungen gelten auch für die Personenzentrierte Lerntherapie und Lernberatung. Der Prozess ähnelt einem Limited Reparenting, wie es vor allem

bei der Schematherapie angewandt wird. Limited Reparenting bedeutet das Wahrnehmen unerfüllter kindlicher Bedürfnisse des Klienten und der Versuch, in der Therapie den Klienten nachzubeeltern im Sinne des Nachholen-Lassens unerfüllter emotionaler Bedürfnisse und Erfahrungen. Dies können sowohl Nähe- als auch Autonomiebestrebungen sein (Bernstein, Young & Rafaeli, 2011). Der Begriff Containing kann als Sonderform des Reparenting angesehen werden, welches zum Ziel hat, intensive Emotionen anzunehmen und mit auszuhalten, um so den Klienten zu entlasten und eine Pufferfunktion zu übernehmen (ebd., 2011).

Ziel ist es, dass der Klient kongruenter wird und sich die Diskrepanzen zwischen Wunsch-Ich und Real-Ich verringern. Menschen mit Lernstörungen erleben manchmal Inkongruenz im Zusammenhang mit der Wahrnehmung nicht das leisten zu können, was sie wollen und von sich erwarten. Manche reagieren mit Abwehrverhalten. Rogers definiert Abwehrverhalten als die Antwort auf Bedrohungsempfindung mit dem Ziel die gegenwärtige Struktur beizubehalten. Gewährleistung wird durch Situationsvermeidung, oder Erlebnisverzerrung abgewehrt (Rogers, 2009). Im Lernkontext sind das z. B. das Vermeiden von Lernsituationen und Schularbeiten, oder auch Korrekturen und Noten gar nicht erst anzuschauen. Verzerrung würde z. B. bedeuten, dass jemand versucht, eine gute Note mehr zu betrachten, als 10 schlechte Noten. Über- oder Unterschätzung der Leistungen kann die Folge sein.

Greifen Abwehrstrategien nicht mehr genügend, empfindet die betroffene Person diese Inkongruenz als Bedrohung (Rogers, 2009). Dieses Eingeständnis schwächt das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung. „Ich bin halt dumm.“, bekomme ich des öfteren zu hören. Hier ist die personenzentrierte Lerntherapie gefordert und kann ihre Stärke einbringen, um Motivationsverlust und Resignation zu verhindern.

Wertschätzung von außen ist eine Brücke, um Selbstwert(Schätzung) aufzubauen (Rogers, 2009). Zur Selbstwert-schätzung gehört auch, sich nicht stets mit anderen zu vergleichen. Dass das personenzentrierte Beziehungsangebot im Allgemeinen zu einer höheren Selbstachtung, einem günstigeren Selbstkonzept, mehr Selbstbewusstsein und erhöhter Selbstakzeptanz führt, wurde mehrfach nachgewiesen (Bruhn, 1978, Rudolph, 1975; Bruhn, Schwab & Tausch, 1978, Tausch et al., 1975; Rogers & Dymond 1954; Doll et al., 1974).

Auch Ängstlichkeit kann durch das personenzentrierte Beziehungsangebot reduziert werden (Bommert et al., 1975, Heinerth & Graessner, 1972). Da Misserfolge Versagensängste mit sich bringen können, zeigt sich hier auch die Notwendigkeit, Gesprächstherapie und Lerntherapie zu verbinden. Zudem können personenzentrierte Gespräche Schul- und Studienleistungen erhöhen, wenn diesbezüglich zu Beginn Schwierigkeiten bestanden (Deckenson & Truax, 1966).

Im Falle von S. wäre die Reduktion der Lerntherapie auf mathematisches Grundlagenwissen und Schulwissen einseitig. Eine tragende Beziehung, Möglichkeit, Spannungen und Unruhe abzubauen, Angst zu reduzieren und Motivation durch eine tragende Beziehung herzustellen, sind ergänzende Möglichkeiten und Stärken einer personenzentrierten Lerntherapie.

### 3.2. Lernstörungen aus der personenzentrierten Perspektive

Lernen findet in einem Beziehungskontext statt. Diesem wird bei Büchern und Studien zur Intervention bei Lernstörungen eher wenig Gewicht beigemessen. Die personenzentrierte Lerntherapie zeigt genau im Bereich Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsbildung ihre Stärke und ihre Besonderheit.

Kinder mit Lernstörungen sehen sich mit zunehmender Beschulung durch Bewertung, Benotung, Urteile, Vorurteile und Aussagen anderer mit eigenen Schwächen und Misserfolgen konfrontiert. Es kommt früher oder später nach Schuleintritt zu einer kränkenden Spannung zwischen dem Selbstbild und der Wahrnehmung, wenn erlebt wird dass Lernenwollen alleine nicht ausreicht. Die zunehmende Auseinandersetzung mit eigenem Scheitern macht verletzlich und wird als Bedrohung für das Selbst erlebt. Es ist ein schmerzhafter und ängstigender Prozess, sich gewahr zu werden, dass man nicht das leistet, was das Umfeld und man selbst von sich erwartet.

Es gibt verschiedene Abwehrverhaltensweisen, um sich vor diesen Schmerz zu schützen. Dazu zählen Strategien, wie z. B. Schul- und Beurteilungssituationen so oft es geht aus dem Weg zu gehen, die Bedeutsamkeit von Noten leugnen, den Wahrnehmungsfokus nur auf wunschkonforme Äußerungen und Noten zu lenken und dadurch verzerrt und einseitig wahrzunehmen, oder aber die Ursachen äußeren Bedingungen, z. B. dem Lehrer zuschreiben und ähnliches. Solche Strategien können das Idealselbst bis zu einem gewissen Grad stützen und schaffen vorerst Entlastung. Abwehr ist jedoch kräftezehrend und lässt sich immer schwerer aufrecht erhalten.

Lernstörungen behindern eine gesunde Entwicklung. Während Kinder ohne Lernstörungen in der Regel für verschiedene Interessen und fürs Spielen mit anderen Kindern Zeit haben, sitzen Kinder mit Lernproblemen oft Stunden an ihren Hausaufgaben und üben, um Defizite auszugleichen. Statt zu Spielen, sich zu Bewegen, zu lachen und Sozialerfahrungen zu machen, müssen sie Sitzen, Nachdenken und Üben. Stellt sich dazu noch kein Lernerfolg ein, erleben sie, durch ihre Lernstörung vieles zu versäumen und zudem nichts bewirken zu können. Selbstwirksamkeitserfahrungen bleiben aus. Mit zunehmendem Alter werden auch berufliche und finanzielle Zukunftschancen immer bedeutsamer. Schlechte Noten grenzen die Möglichkeiten stark ein und der Wunschberuf

wird zu einem unerreichbaren Traum und muss froh sein, irgendeine Lehrstelle zu bekommen. Je stärker das Idealselbst vom Realselbst abweicht, desto inkonsistenter wird das Selbst erlebt.

### 3.3. Ziele der personenzentrierten Lerntherapie

Ziele aus personenzentrierter Sicht sind:

- Das Selbstbild wird differenzierter und ein Modifikationsprozess hat stattgefunden. Die eigenen Stärken und Schwächen können angenommen werden. Die Stärken werden wieder bewusst wahrgenommen.
- Die Motivation, das eigene Leben und Lernen aktiv zu gestalten, wächst.
- Selbstakzeptanz und Negativerfahrungen sollen durch eine wertschätzende Beziehung und einen beurteilungsfreien Lernkontext verändert werden.
- Der Lernende entwickelt ein konstruktives, prozessorientiertes Lernverständnis: Entwicklung findet auch durch Umwege und Fehler statt und sind ein wichtiger Teil des Lernens und der Weiterentwicklung.
- Stärken werden zur Kompensation schlechter Leistungen ausgebaut und benutzt. Grundlage ist dafür, dass eigene Stärken (wieder) wahr genommen werden.
- Lernen wird ein Stück mehr als ein selbstbestimmter und eigenverantwortlicher Prozess erlebt, denn der Mensch hat das Bedürfnis, sich zu verwirklichen und aktiv sein Leben zu gestalten
- Wertschätzung, Selbstannahme und Selbstachtung sind verinnerlicht.
- Das nahe soziale Umfeld unterstützt Selbstakzeptanz und Kongruenz.

Nach Rogers (1969) hat personenzentriertes Lernen folgende Aufgaben:

- Es ermutigt, positive und negative Gefühle gegenüber Schülern, Lehrer und Lernmaterialien zu äußern.
- Es erhöht die Lernbereitschaft
- Der Lernende nimmt teil an einem Gruppenlernprozess
- Es ermutigt auch eine Meinung zu äußern, die nicht gruppenkonform ist
- Es verringert Ängste davor, evaluiert oder bestraft zu werden
- Es stärkt die Eigenverantwortung beim Lernen.
- Es reduziert problematisches Schülerverhalten und Unterrichtsstörungen
- Es ermutigt, sich mit den eigenen Lebenszielen auseinander zu setzen. (Rogers, 1969, S. 313 f)

## 4. Bausteine der personenzentrierten Lerntherapie

### 4.1. Das therapeutische Bündnis

Ein therapeutisches Bündnis setzt sich auf Seiten des Therapeuten aus mehreren Elementen zusammen. Zum einen ist es das ständige Austarieren des Beziehungs- und des Selbstbewusstseinskontos und zum anderen der professionelle Umgang mit schwierigen therapeutischen Situationen.

#### 4.1.1 Das Beziehungs- und Selbstbewusstseinskonto

In Psychotherapiestudien zeigte sich, dass ein gemeinsames Bündnis zwischen Patient und Therapeut höher mit dem Therapieergebnis korreliert, als eine therapeutische Beziehungsgestaltung, die ausschließlich vom Therapeuten ausgeht (Barber et al., 2000; Castonguay et al., 1996; Crits-Christoph & Connolly Gibbons, 2003; Horvath & Symonds, 1991; Krupnick et al., 1996; Luborsky et al., 1983; Morgan et al., 1982; Marziali, 1984; Safran & Wallner, 1991; Salvio et al., 1992). Therapieerfolg setzt eine Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut (= therapeutische Allianz) voraus. Unter therapeutischer Allianz werden die Beiträge beider Interaktionspartner im Rahmen einer Therapie verstanden (Sachse, 2006). Der Therapeut kann jedoch durch Empathie Erfolge begünstigen (Miller et al., 1980). Die vom Therapeuten eingebrachte Empathie und positive Beachtung muss jedoch auch vom Klienten wahr- und angenommen werden können (Rogers, 2009). Die personenzentrierte Haltung ist auch in der Lerntherapie nicht nur eine Technik, sondern auch eine Einstellung auf dem Boden eines humanistischen Menschenbildes.

Je stärker beschämende, peinliche Inhalte und unangenehme Emotionen vorhanden sind, desto wichtiger ist die Beziehung (Sachse, 2006). Das personenzentrierte Beziehungsangebot hat in der Lerntherapie zwei Funktionen.

Die Hauptfunktion ist die Förderung der Motivation, sich mit aversivem Lernstoff aktiv auseinander zu setzen. Je geringer die Motivation, desto wichtiger wird die Beziehung.

- Die zweite Funktion ist das Angebot, die sekundäre Problematik von Lernstörungen, wie Selbstzweifel, negatives Selbstbild, Inkongruenzen, soziale Probleme, Ängste und ähnliches zu bearbeiten. Da noch nicht bei allen Kindern mit Lernstörungen solche Problematiken bereits sehr ausgeprägt sind und manche Lernende sich auch nur auf die Behebung der Lernstörung als Ziel konzentrieren wollen. Da jedoch auch in diesem Falle Lernen nie im beziehungsfreien Raum stattfinden können oft auch bereits einzelne Sätze, die so ganz „nebenher“ fallen, bereits Veränderungen im Denken in Gang setzen.
- Sachse (2006) führt den Begriff Beziehungskredit ein. Es gibt neutrale und angenehme Interventionen,

Interventionen, die einen Beziehungskredit schaffen, weil sie Vertrauen herstellen und Interventionen, die Beziehungskredit abbuchen, wie z. B. Konfrontationen. Für die therapeutische Arbeit, ist es wichtig, das Beziehungs- und Vertrauenskonto nicht ins Minus geraten zu lassen und vor strapaziösen Therapiemaßnahmen erst einmal in die Beziehung und in das Vertrauen zu investieren. Dies lässt sich auch auf die Lerntherapie übertragen. Menschen, bei denen die Auseinandersetzung mit dem Lernstoff sehr unangenehme Empfindungen und selbstwertschädigende Gedanken auslöst, benötigen vorher einen Beziehungs- und Selbstwertkredit. Die Investition in die Beziehung und das Vertrauen reduziert Ängste, Scham und Zweifel.

Bei der Lerntherapie empfiehlt es sich nicht nur das Beziehungskonto, sondern auch ein Selbstwertkonto zu berücksichtigen. Je mehr der Lernstoff Misserfolge bringt, desto mehr müssen Erfolgserlebnisse, bzw. Stärken des Lernenden zur Kompensation wieder in den Vordergrund gebracht werden. Je mehr in der Lernsituation dem Schüler Konfrontation mit ungeliebten Lerninhalten und Misserfolgen zugebetet wird, desto mehr Punkte verliert der Lerntherapeut auf dem Beziehungskonto. Wird dies nicht regelmäßig aufgefüllt, droht ein Therapieabbruch, oder das erneute Durchleben alltäglicher schulischer Situationen mit weiterem Motivationsverlust. Das Selbstbewusstseinskonto kann durch Förderung eines differenzierten Selbstbilds und durch selbstwertdienliche Rückmeldungen, Gespräche über Stärken und durch gemeinsames Spielen gefüllt werden. Lernende benötigen Raum, ihre Stärken einzubringen: Sei es der junge Koj-Fisch-Experte, der mir seinen Fischteich zeigt, sei es der Kampfsportprofi, der mir einige Kampftechniken demonstriert und beibringt, oder die Expertin für exotische Tiere, die daheim eine große Tierzucht hat, oder der Fußballer, der mir erst einmal erzählen will, wie das letzte Spiel gelaufen ist, oder der Tischfußballspieler, der mich jedes Mal beim Spiel strahlend besiegt.

Auch schulische Inhalte können für ein Plus im Selbstwertkonto sorgen. Man kann zwischen schweren Aufgaben, immer wieder leichte einbauen. Erreichbare Ziele sind zudem sehr dienlich. Auch das Vergleichen der Leistung früher und heute, kann helfen. Ich lasse Lernende bewusst Fehlerwörter ein oder zwei Schuljahre später wieder schreiben und wenn sie diese beherrschen, dann wird das zum Thema gemacht: „Schau, dieses Wort kannst du nun richtig schreiben. Vor einem Jahr fiel dir das noch schwer.“ Als Beweis hebe ich für die Zweifler auch immer wieder solche Schreibstücke auf, sodass sie den Erfolg auch schwarz auf weiß sehen, wenn sie es mir nicht glauben, dass eine Steigerung stattgefunden hat.

S., das bereits mehrere Male erwähnte Mädchen, zeigt regelmäßig durch ihre motorische Unruhe, wie das Beziehungs- und Selbstwertkonto in der Therapie aussieht. Durch regelmäßig eingebaute Aufgaben, die sie gut lösen kann, lässt sich ihre Motivation aufrechterhalten. Auch die regelmäßige Arbeit an der therapeutischen Beziehung zeigt gute Erfolge. Sie erlebt sich in einem wertfreien Raum und sieht zunehmend Fehler als notwendigen Bestandteil von Lernen an. Mit der Krokodil-Handpuppe spielt sie immer wieder Schule und unterrichtet sie. Dadurch erlebt sie sich als kompetent. Größten Spaß hat sie, wenn Kroko sich vor Matheaufgaben verdrückt und sagt, dass sie es nicht könne. S. tröstet dann Kroko und spricht ihr Mut zu. Dadurch übt sie, wie sie sich selber Mut zusprechen kann. Einmal in jeder Sitzung spielen wir zudem Kroko-Fangen, um ihre Anspannung und motorische Unruhe zu lindern. Die Unruhe ist gelegentlich für mich als Therapeutin eine Herausforderung, doch alles andere als ungewöhnlich in einer Lerntherapie. Manche Kinder stellen einen jedoch vor weit aus größere Herausforderungen.

#### 4.1.2 Umgang mit schwierigen therapeutischen Situationen

Eine besondere Herausforderung für den Personenzentrierten Ansatz ist der Umgang mit demotivierten Schülern, die eine Kooperation vermeiden, auch nicht bereit oder in der Lage sind, zu erzählen, was sie gerade bewegt. Sprachlosigkeit kann durch Malen, Spielen und inszenieren behoben werden. Verweigerungsverhalten kann durch „Motivationsfänger“ oder durch explizites Ansprechen begegnet werden. Manches Mal bringen Kinder mich als Therapeutin durch solches Verhalten dazu, eine ähnliche Hilflosigkeit zu empfinden, wie sie es in Lernsituationen empfanden. Dies kann ein konstruktives Gespräch in Gang setzen, oder aber zur Stagnation führen. Hilfreich ist dann Supervision, um Akzeptanz und Empathie wieder zu finden. Für mich selbst sind schwere oder fachfremde Fortbildungen durchaus auch nützlich, sich immer wieder in die Lernenden-Rolle zu versetzen und zu spüren, welches mühsame und frustrierende Geschäft das Lernen bei schweren Inhalten sein kann.

#### 4.2. Personenzentrierte Beratung des nahen sozialen Umfelds

Lehrer und Eltern bringen Kompetenzen mit die einzubeziehen und wert zu schätzen sind. Ziel der Gespräche ist es, gemeinsame Ressourcen wahrzunehmen, zu thematisieren, sie zu bündeln und auch ein Verständnis füreinander und für den betroffenen Menschen zu entwickeln. Was Eltern und Schüler falsch machen, bekommen sie täglich zu hören, aber selten was sie gut machen.

In der Familientherapie kann auch auf die Empathiefähigkeit eingewirkt werden (Behr & Hölldampf, 2010). Dabei geht es in

der Lerntherapie um gegenseitige Empathie der Familienmitglieder untereinander, denn nicht selten leiden alle Familienmitglieder unter den Lern- und Hausaufgabenschwierigkeiten, auch Geschwister, die oft zurückstecken müssen, weil das betroffene Kind so viel Elternunterstützung benötigt.

Früher oder später kommt bei so manchen Gesprächen die Äußerung, dass der Lernende sich zu wenig bemühe, ja faul sei. Das bei manchen Schülern zu beobachtende Nachlassen des Lerneifers kann auf Resignation zurückzuführen sein. Mittels personenzentrierter Gesprächsführung kann Verständnis bei Lehrern und Eltern geweckt werden, wenn sie motiviert werden, an selbst erlebte wiederholte Überforderungs- und Misserfolgserlebnisse zu denken und Motivationsverlust.

Bei S. ist vor allem die Einbeziehung der Mutter wichtig, da sie dem Mädchen bei den Hausaufgaben hilft, während der Vater weniger intensiv mit den Schwierigkeiten konfrontiert ist. Die Mutter erzählt mir, was sie an Verhaltensbesonderheiten bei ihrem Kind beim Rechnen beobachtet und anhand der Beobachtungen erarbeiten wir, was eine Dyskalkulie ist und ich vermittele zusätzlich Hintergrundwissen. Anfänglich ist die Mutter selber sehr im Leidensdruck gefangen und sie zeigt viel Gesprächsbedarf. Zunehmend fühlt sie sich sicher im Umgang mit den Schwierigkeiten des Kindes und kann sie besser einordnen. Das zeigt sich in der Häufigkeit, in der sie einen Gesprächswunsch äußert, bzw. tiefer gehende Gespräche beginnt.

#### 4.3. Die Bedeutung des Spiels in der Personenzentrierten Lerntherapie und Lernberatung

Teil der Personenzentrierten Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist das Spiel. Auch in der Lerntherapie wird das Spiel eingesetzt. Mogel (1991, S. 41) definiert das Spiel als kindzentriert und wenig zweckgebunden: „Zweckfreiheit des kindlichen Spiels bedeutet eigentlich nur, dass das Spielen der Kinder frei von äußeren Zwecken erfolgt, dass es von Zielsetzungen außerhalb des Spieles völlig unabhängig ist.“ Die Aussage wird jedoch eingeschränkt: „Die Annahme der Zweckfreiheit kindlichen Spiels ist nur zutreffend, wenn damit äußere Zwecke gemeint sind“ (ebd., S. 41). In der Lerntherapie wie auch in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist das Spiel jedoch von vornherein zweckgebunden. Ziel des Spieles ist es, den Emotionen und Gedanken des Klienten zum Ausdruck zu verhelfen und auch eine Organisation von Erfahrungen zu ermöglichen, die der persönlichen Weiterentwicklung des Klienten dienlich sind.

Spiele können in der personenzentrierten Lernbegleitung mehrere Funktionen haben:

Sie sind Anreiz und Belohnung für Lernbemühungen.



- Sie vermitteln Erfolgserlebnisse für den Schüler und der Therapeut kann den Schüler so auch außerhalb von Lernsituationen kennen lernen und wahrnehmen.
- Spiele bilden zudem einen Ausgleich zu der kopflastigen Arbeit. Hier wird der Spaßaspekt betont und der Klient bekommt somit vermittelt, dass sowohl Freizeit als auch Arbeit und Pflicht ihre Berechtigung haben.
- Der Umgang mit Gewinnen und Verlieren kann geübt werden, ebenso wie der Umgang mit Misserfolgen. Der Therapeut kann als Modell zeigen, wie er mit Misserfolgen umgeht und er kann Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen.
- Spiele, die helfen, eigene Handlungsimpulse zu kontrollieren und die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, stellen vor allem für Kinder mit ADHS besondere Herausforderungen dar, so z. B. Spitz-Pass-Auf, Tabu, Halli-Galli u. ä.
- Gehemmte Schüler bekommen Aufgaben, in denen sie sich verbal oder handlungsbezogen „austoben“ können, so z. B. Klatsch-Memory, oder Tick-Tack-Bumm.
- Kooperationsspiele stärken die therapeutische Allianz und zeigen, dass Kooperation eine Gewinnsituation für beide Seiten ist.

Beispiel 1: Drei Geschwister im Grund- und Hauptschulalter mit kombinierten Lernstörungen und Aufmerksamkeitsproblemen suchten Unterstützung durch die Lerntherapie. Die Jungen konnten Frust, Hänseleien, Überforderung und Verlieren nicht gut verarbeiten und es kam immer wieder zu aggressiven Ausbrüchen wie Schläge-Verteilen oder Gegenstände-Kaputtschlagen. Mit den Kindern übten wir an den Spielen die Frustrbewältigung, sich beruhigen zu können und sich zu ermutigen. Die zwei älteren Jungen schaffen es nun schon gut, die Selbststeuerung zu bewahren. Der Jüngste übt noch fleißig.

Beispiel 2: Eine Viertklässlerin hatte jede Woche den gleichen Spielwunsch. Wir spielten Diktatschreiben in der Schule und ich sollte ihr Noten geben. Ich pflegte Einsen und Zweier bei ihr auszuteilen, die sie bangend erwartete und dann glücklich ihrer Mutter zeigte, als wären das richtige Schulnoten. Nach ungefähr 20 Sitzungen wünschte sie einen Rollentausch und ich war die Schülerin. Wichtig war ihr dabei immer, dass ich das ängstliche Warten auf das Notenergebnis immer sehr detailliert artikuliert und wie ich mir dann beruhigend zusprach. Der familiäre Hintergrund waren zielstrebige, beruflich sehr erfolgreiche Eltern, die dem Kind erzählten, dass die Hauptschule keine Zukunftsperspektiven biete. Deshalb ängstigte sich das Kind davor, in eine Hauptschule zu müssen und sie wollte unbedingt den Notendurchschnitt für die Realschulempfehlung.

Rogers betonte, dass Wertschätzung zuerst von anderen erfahren werden muss und sich erst als Resultat die Selbstwertschätzung und eine Erhöhung der Autonomie einstellt (Rogers,

2009). Wertschätzung hieß in der Therapie, dass der Junge sein „Spiel“ selber bestimmen durfte und ein Recht auf Grenzen-Setzen und Wertschätzung erfuhr. Schon Bretherton (1989) hebt die Bedeutung des Rollenspiels für die Emotionsregulation jüngerer Kinder hervor. Die Intensität der Interaktion im therapeutischen Spiel ist von Kind zu Kind sehr unterschiedlich. Bei unserem Mädchen S. ist Kroko ein wichtiger Interaktionspartner. Sie selbst bedient sich immer wieder der Interaktion mit sich selbst, indem sie Kroko reden und handeln lässt. Inzwischen geht S. ihren Weg ohne Kroko und mich. Doch vielleicht erinnert sie sich manches Mal noch an ihren kleinen, frechen grünen Freund Kroko mit dem großen roten Maul.

## 5. Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Artikel wurde ein Konzept einer personenzentrierten Lerntherapie vorgestellt, die Menschen mit Lernstörungen fachlich und seelisch begleiten und helfen soll. Im Gegensatz zur klassischen Lerntherapie ist der humanistisch orientierte Therapeut vor allem Begleiter in Bildungsprozessen. Mittels der Transaktionalen Stresstheorie kann erklärt werden, wie Menschen in Stresssituationen und auf chronischem Misserfolg, reagieren können. Aus dieser Perspektive ist es notwendig, den lernenden Mensch nicht nur im fachlichen Lernen, sondern auch in der Bewältigung von Stress, Misserfolg und Belastung zu unterstützen und die Selbstannahme zu fördern. Wertschätzung und Empathie in einer personenzentrierten Lerntherapie helfen Inkongruenzen abzubauen und das Selbstkonzept eines Kindes zu stabilisieren. Dadurch nehmen die Betroffenen auch wieder die eigenen Fähigkeiten vollständiger wahr.

## Literatur

- Anderson, J., Mc Gee, R., Share, D. L., Silva, P. A. & Williams, S. (1986). The relationship between specific reading retardation, general reading backwardness and behavioural problems in large sample of Dunedin boys: A longitudinal study from five to eleven years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 597–610.
- Andrews, J. J. W. & Feurer, D. P. (2009). School-Related Stress and Depression in Adolescents with and without Learning Disabilities: An Exploratory Study. *Alberta Journal of Educational Research*, 55, 92–110.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcomes beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2010). Die Geschichte der Personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie, Elternberatung und Familientherapie. *PERSON* 1, 54–61.
- Bommert, H., Busen, A., Gogolla, H., Klein, D., Lütke-meier, P. & Plesen, U. (1975). Untersuchung zur Förderung lernbehinderter Sonderschüler durch klientenzentrierte Verhaltensmodifikation. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 22, 129–236.

- Bruhn, M., Schwab, R. & Tausch, R. (1978). Die Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen bei seelisch beeinträchtigten Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 3, 266–280.
- Bretherton, I. (1989). Pretense: The form and function of make-believe play. *Developmental Review*, 9, 383–401.
- Cornelius-White, J. (2007). Learner-Centered Teacher-Student Relationships Are Effective: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 77, 13–143.
- Cornelius-White, J. & Harbaugh, A. P. (2010). *Learner-Centered Instruction. Building Relationships for Student Success*. London: Sage.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 497–504.
- Compton, D. L.; Cordray, D. S.; Fuchs, L. S.; Fuchs, D. & Morgan, P. L. (2008). Does Early Reading Failure Decrease Children's Reading Motivation? *Journal of Learning Disabilities*, 41, 387–404.
- Crits-Christoph, P. & Conolly Gibbons, M. B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 332–349.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen; mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10 DCR-10* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Doll, G., Feindt, K., Kühne, A., Langer, I., Sternberg, W. & Tausch, A. (1974). Klientenzentrierte Gespräche mit Insassen eines Gefängnisses über Telefon. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 3, 39–56.
- Dyson, L. L. (1996). The Experiences of Families of Children with Learning Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Sibling Self-Concept. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 280–286.
- Firth, N., Frydenberg, E. & Greaves, D. (2010). Coping Styles and Strategies: A Comparison of Adolescent Students With and Without Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 43, 77–85.
- Gans, A. M., Kenny, M. C. & Ghany, D. L. (2003). Comparing the self-concept of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 287–295.
- Gasteiger-Klicpera, B., Klicpera, C. & Schabmann, A. (1993). *Lesen und Schreiben – Entwicklung und Schwierigkeiten: Die Wiener Längsschnittuntersuchungen über die Entwicklung, den Verlauf und die Ursachen von Lese- und Schreibschwierigkeiten in der Pflichtschulzeit*. Bern: Huber.
- Gasteiger-Klicpera, B., Klicpera, C., Schabmann, A. (2003). *Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung*. München: Reinhardt.
- Gasteiger-Klicpera, B. & Späth, H. (2009). Situationsspezifische Coping-Strategien bei Kindern- und Jugendlichen mit einer Lese-Rechtschreibschwäche. *Heilpädagogische Forschung*, 35, 25–39.
- Geisthardt, C. & Munsch, J. (1996). Coping with School Stress: A Comparison of Adolescents With and Without Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 287–296.
- Grissemann, H. & Weber, A. (2000). *Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie*. Bern: Huber.
- Grolnick, W. S. & Ryan, R. M. (1990). Self-perceptions, motivation and adjustment in children with learning disabilities: a multiple group comparison. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 177–184.
- Heimerdinger, S. R. & Hinsz, V. B. (2008). Failure Avoidance Motivation in a Goal-Setting Situation. *Human Performance*, 21, 383–395.
- Heinerth, K. & Graessner, D. (1973). Verminderung von Prüfungsangst durch therapeutische Gespräche. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 62–68.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). The development and decay of the working alliance during time-limited counseling. *Canadian Journal of Counselling*, 24, 240–259.
- Howard, K. A. & Shick Tryon, G. (2002). Depressive symptoms in and type of classroom placement for adolescents with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 35, 185–190.
- Krupnick, J. L.; Sotsky, S. M., Siemmens, A., Moyer, J.; Elkin, I.; Watkins, J. & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs versus a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480–492.
- Martinez, R. S. & Semrud-Clikeman, M. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37, 411–420.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and association with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 7, S. 417–423.
- Maughan, B. & Hagell, A. (1996). Poor readers in adulthood. Psychosocial functioning. *Development and Psychopathology*, 8, 457–476.
- McCombs, B. L. (2010). Foreword; in Cornelius-White, J. & Harbaugh, A. P. *Learner-Centered Instruction. Building Relationships for Student Success*. London: Sage.
- Morgan, R.; Luborsky, L., Crits-Christoph, P.; Curtis, H. & Solomon, J. (1982). *Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method*. Archives of General Psychiatry, 39; S. 397–402.
- Mogel, H. (1991). *Psychologie des Kinderspiels*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (2009) *Eine Theorie der Psychotherapie*. München, Ernst Reinhardt. In Anlehnung an die Originalausgabe: A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework, übersetzt durch: Höhner, G. und Brüseke, R.
- Rogers, C. R. (1993). *Therapeut und Klient, Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.; Fischer
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. University of Chicago, Chicago Press
- Rogers, C. (1969). *Freedom to learn*. Columbus Ohio, Merrill.
- Rudolph, J. (1975). *Psychische Änderungen durch Gesprächspsychotherapie und deren Bedingungen in der Sicht der Klienten*. Dissertation. Univ. Hamburg.
- Rogers, H., Saklofske, M. & Saklofske, D. H. (1985). Selfconcepts, locus of control and performance expectations of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 273–278.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31–36.
- Salvio, M.-A.; Beutler, L. E.; Wood, J. M. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31–36.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. Nahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stiehr Smith, D. & Nagle, R. J. (1995). Self-Perceptions and Social Comparisons Among Children with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 364–371.
- Stone W. L. & La Greca A. (1990). LD status and achievement: confounding variables in the study of children's social status, self-esteem and behavioral functioning. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 483–490.
- Tausch, A. M.; Tausch, R. (2002)<sup>9</sup>. *Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. Göttingen: Hogrefe.

## Rezensionen\*

Marieluise Brückl

### Christine Wakolbinger, Margret Katsivellaris, Barbara Reisel, Gerd Naderer & Ilse Papula (Hrsg.): Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie / Wien.

Norderstedt: Books on Demand, 2010. 412 Seiten. ISBN: 978-3842343740. € 24,30 / CHF 37,90

Die 3. Fachtagung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im April 2010 in Wien bot ein breit gefächertes Angebot an neuen Beiträgen zu verschiedensten Fachthemen aus der „Erlebnis- und Erfahrungswelt von Kindern“. Die Plätze waren rar und schnell vergeben. Wer es nicht geschafft hat, einen Platz zu bekommen, kann im dazu erschienenen Tagungsband inhaltlich nachvollziehen, wie bereichernd diese zwei Tage waren. Silke Gahleitner geht in ihrem Artikel „Neue Bindungen wagen“ auf die besondere Bedeutung von so genannten „schützenden Inselerfahrungen“ ein, die sie als wichtigsten Schutzfaktor beim Erleben eines Traumas bezeichnet. In einem Praxisbericht wird nachvollziehbar, was sie damit meint, dass „jede Intervention (...) durch die Qualität der Bindungs- und Beziehungsarbeit (hindurchfließt)“ (S. 34).

Michael Behr und Dagmar Hölldampf gelangen in ihrem Beitrag zu dem Ergebnis, dass es Sinn ergibt, „den Prozess der Symbolisierung als Konstruktionsprozess zu verstehen“ (S. 92), der sich in der Arbeit mit Kindern nicht bloß über die Sprache, sondern vor allem im Spiel vollzieht. Anhand eines persönlichen und dadurch sehr eingängigen Beispiels erklärt Behr den Selbstexplorationsprozess als Zirkel, der in seiner adäquaten Reaktion der Therapeutin auf die Klientin ein höheres Potenzial an Veränderung birgt.

Die Lebens-, Erfahrungs- und Wirkwelt von Kindern stehen bei Christian Fehringer und Margret Katsivellaris im Mittelpunkt. Sie gelangen zu dem Schluss, dass Erwachsene offen sein und bleiben müssen, um die ständig passierenden Veränderungen in der Lebens- und Erfahrungswelt von Kindern und Jugendlichen als solche wahrzunehmen und dadurch für ebendiese als vertrauensvolle Personen auftreten zu können.

Stephan Jürgens-Jahnert beschreibt einen Symptomwandel in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Nach seinen Beobachtungen nehmen Selbststrukturstörungen zu und machen eine Erweiterung des personzentrierten Konzeptes notwendig. Er sieht bei den Kindern und Jugendlichen mit Selbststrukturstörungen nicht nur den Bewertungsprozess, sondern bereits die Bewertungsinstanz als störanfällig an. Darum ist für ihn die Frage „Wie funktioniert dieser Mensch (psychisch) in bestimmten Situationen?“ (S. 99) handlungsleitend. In der Praxis bedeutet dies neben der Realisierung der personzentrierten Prinzipien z. B. ein sehr niederschwelliges affektives Mitschwingen des Therapeuten im Spiel, in dem dieser affektive und verbale Rückmeldungen gibt.

Der Fokus von Andrea Hammer liegt in der Betrachtung der therapeutischen Beziehung zu Jugendlichen, die an einer emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklungsstörung leiden. Eine haltgebende und kontinuierliche Beziehung zu den Jugendlichen herzustellen und aufrechtzuerhalten, stellt für die Therapeutin eine große Herausforderung dar. Wie dies trotzdem gelingen kann, führt Hammer in ihrem Artikel aus. Sehr praxisnah beschreibt sie die von ihr gesetzten Angebote, so z. B. ein hohes Ausmaß an Gelassenheit und Toleranz gegenüber Handlungen der Jugendlichen und Flexibilität hinsichtlich der emotionalen Verfügbarkeit der Therapeutin.

Einen kritischen Blick wirft Klaus Fröhlich-Gildoff auf die personzentrierte Arbeit mit Kindern im Vorschulalter. Er zeichnet dabei auf, wie selbstverständlich der personzentrierte Ansatz in unterschiedlichen pädagogischen Konzepten Einzug gehalten hat und regt zu einer Weiterentwicklung in Richtung gezielt personzentrierter Interventionsformen an.

Eine sehr differenzierte Auseinandersetzung zum Thema Grenzen nimmt Curd Hockel in seinem Artikel über Grenzsetzungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor. Es findet sich darin eine Liste von 33 Grenzen, die er in der

\* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U 3)

Kinderpsychotherapie ausmachen kann, wodurch aus seiner Sicht ein klarer Rahmen gesetzt und Therapie möglich wird.

Kinder psychisch kranker Eltern sind laut Klaus Riedel besonders gefährdet, Schwierigkeiten im Rahmen ihrer Selbst- und Identitätsentwicklung sowie Probleme auf Bindungs- und Beziehungsebene zu entwickeln. Er beschreibt die Belastungen auf Seiten der Eltern, aber vor allem der Kinder, und unterstreicht diese durch die Ergebnisse seiner Empathiestudie. Die personenzentrierte Kindertherapie weist er als besonders hilfreiche Unterstützungsmöglichkeit aus. Der Beziehungsaspekt als maßgebliche Komponente verändert dysfunktionale Kommunikationsstrukturen, die in den Familien herrschen. Durch das Spiel wird dem Kind in der Begegnung mit der Therapeutin der Aufbau einer kongruenteren Selbst- und Fremdwahrnehmung ermöglicht. In Folge kommt es zur Selbstkonzept- und Identitätsentwicklung.

Ein thematischer Schwerpunkt der Tagung war das Thema Trauma. Das Anliegen von Sabine Weinberger ist es aufzuzeigen, wie viele unterstützende Möglichkeiten in der personenzentrierten Kindertherapie traumatisierten Kindern geboten werden – allein schon aufgrund des speziellen Beziehungs-, Raum- und Spielangebotes. Sie weist aber darauf hin, dass ein fundiertes Wissen über Trauma bei Kindern notwendig ist, um Kindern in der Therapie die notwendigen förderlichen Bedingungen zur Verfügung stellen zu können.

Else Döring und Dorothea Hüsson kommen in ihren Ausführungen zum gleichen Ergebnis und geben anhand praktischer Beispiele einen Einblick, wie die Arbeit mit traumatisierten Kindern konkret aussehen kann.

Focusing-orientiertes Arbeiten mit Kindern in unterschiedlichen Settings und fünf Schritte, um dahin zu gelangen, werden von Chantal Résibois-Kemp beschrieben.

Ein weiterer eindrucksvoller Beitrag ist der Artikel von Bettina Jenny. Darin beschreibt sie den Hintergrund und die

praktische Umsetzung des personenzentrierten Kompetenztrainings in der Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrumstörungen und die Erfolge, die bisher damit erzielt wurden.

Aspekte einer inkongruenzgestützten Diagnostik bei Kindern werden in dem Artikel von Iris Machart- Fasching und Gerhard Pawlowsky beleuchtet.

Theresia Hollerer und das Duo Else Döring und Christiane Monden-Engelhardt widmen ihre Beiträge dem Thema Bezugspersonenarbeit. Darin beschreiben sie hilfreiche und unterstützende Aspekte aus dem personenzentrierten Ansatz, die zu Veränderungen im Umgang der Eltern mit ihren Kindern führen. So z. B. prägt die Kommunikation und Beziehung der Therapeutin zu den Eltern das persönliche Erleben der Eltern. In einem verstehenden Klima können sie sich ihren eigenen Beziehungsgeschichten zuwenden und reflektieren.

Den Abschluss des Buches bietet die Betrachtung der Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch Michael Behr und Dagmar Hölldampf. Nach Darlegung der Studien fassen sie zusammen, dass die Wirksamkeit personenzentrierter experienzieller Psychotherapie über alle Störungsbereiche hinweg belegt ist und „nahezu alle möglichen institutionellen Settings der Psychotherapie (...) dabei abgedeckt...“ sind (S. 386). Besonders betont wird der Nutzen für Kinder und Jugendliche mit Angsterkrankungen als Folge von krisenhaften Lebensereignissen, mit Depressionen oder mit komorbiden Diagnosen.

Der Tagungsband bietet eine große Bandbreite an Themen und ist größtenteils sehr interessant zu lesen. Neue Erkenntnisse aus der psychotherapeutischen Forschung und Berichte aus der praktischen Arbeit geben spannende Anregungen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der psychotherapeutischen Praxis und machen die Lektüre dieses Buches empfehlenswert.

Dagmar Hölldampf

## **Curd M. Hockel: Personenzentrierte Kinderpsychotherapie.**

München: Reinhardt, 2011. 191 Seiten. ISBN: 978-3-497-02201-4, € 24,90 Euro / CHF 37,90

*Text auf dem rückwärtigen Buchdeckel:*

„Muss ich jetzt wieder spielen, was ich will?“ In der personenzentrierten Kinderpsychotherapie, auch „Spieltherapie“, bestimmen Kinder und Jugendliche selbst, was sie tun. Denn Interventionen werden nicht als „Behandlung“, sondern als sinnstiftende Begleitung beim Spiel erfahren. Bei der Therapie

von Paul, einem „zappeligen“ 10-Jährigen, der unter dem Verlust seines verstorbenen Vaters leidet, kann man dem Therapeuten über die Schulter schauen: Wie greift er Pauls Impulse im Spiel auf? Wie hilft er damit dem Jungen, durch eigene Erfahrungen Trauer, Wut und Ängste zu überwinden? Verknüpft mit der Falldarstellung sind Exkurse in die Theorie der

personenzentrierten Kinderpsychotherapie wie Menschenbild, Diagnose und Behandlungsplanung.

Der Autor stellt anhand einer sehr ausführlichen Fiktion einer personenzentrierten Kindertherapie vor, wie Therapeuten „eine heilsame Begegnung zwischen dem sich in Not befindlichen Leidenden und sich selbst“ (S. 9) organisieren können. Dabei handelt es sich um einen erdachten Ablauf einer Therapie, bei dem alle Einflussfaktoren, bis auf die Erstkontakte, die bei einer anderen Therapeutin stattfanden, und den Tod des Vaters Fiktion sind. Anhand eines realen Videoausschnittes analysiert er die Begegnung zwischen Klient und Therapeutin hinsichtlich personenzentrierter Verhaltensweisen auf der Mikroebene. Dabei wägt er Reaktionsalternativen ab, die, je nach Zielsetzung, im Prozess möglich sind. Während der Falldarstellung ergeben sich verschiedene Vertiefungsthemen, auf die im hinteren Teil des Buches genauer eingegangen wird. Bei allen Handlungen der Therapeutin, die er beschreibt, begibt er sich auf eine Metaebene, benennt personenzentrierte Verhaltensweisen explizit und betont die Wichtigkeit der professionellen Haltung. Bereits in der Einstiegsszene wird demonstriert, wie auch beim Einsatz eines Regelspiels eine therapeutische Beziehung und ein therapeutischer Prozess zustande kommen können. Diese explizite Darstellung finde ich besonders positiv, da es auch Vertreter des Personenzentrierten Ansatzes gibt, die eine konträre Position einnehmen und sagen, dass Regelspiele im Spielzimmer eines personenzentrierten Therapeuten nichts verloren haben.

Es ist sehr praxisnah geschrieben: Zunächst wird der Fall nach Aktenlage beschrieben, die Phasen der Therapie (Beginn, Therapieprozess und Abschied) und jeweils typische Aspekte hierfür werden expliziert. C. M. Hockel schließt eine Zusammenfassung der Falldarstellung an, in der er alle Kompetenzen, die Paul im Laufe der Therapie erlangt hat, benennt, gefolgt von 10 Vertiefungsthemen (psychotherapeutisches Menschenbild, personenzentrierte Krankheitslehre, Wärme und Wertschätzung als Kindzentrierung, Einfühlung, Echtheit, Spielen, Interventionskompetenzen, Interaktionsresonanz, Grenzen und störungsspezifisches Handeln), die er bei der Falldarstellung bereits anführt. Zwischendurch erschien es mir beim Lesen fast unglaublich, dass der Autor nur die 20 Minuten Videoausschnitt des Erstkontaktes kennen soll. Nach wenigen Zeilen vergisst man beim Lesen, dass es sich um eine fiktiv konstruierte Behandlung handelt. Hilfreich sind die Zitate, die aus der

langjährigen Arbeit des Autors und aus der Supervision stammen, sowie die von ihm sinnvoll eingesetzte Metaphorik. Als eine der Stärken des Buches erlebe ich die Echtheit des Therapeuten. Für mich ist es beeindruckend, wie er seine Überlegungen einfließen lässt und damit auch deutlich zeigt, dass Personenzentrierte Spieltherapie mehr als nur spielen ist. Ebenso gibt der Autor ausdrücklich die Erlaubnis, als Therapeut die Führung zu übernehmen, um nach Abschluss eines Prozesses die Verantwortung und Themenwahl wieder an den Klienten abzugeben. Eine besondere Stärke des Buches erlebe ich im Vertiefungsthema „Interventionskompetenzen“, so wird dort beispielsweise beschrieben, wie es hilfreich sein kann, das Kind als eine Art Sportkommentator bei seinem Fußballspiel zu begleiten und wie der Therapeut dem Klienten darüber seine Wachheit zeigen kann. Ebenso wird an Beispielen die stabilisierende Funktion des Einsatzes von Metawissen aufgezeigt. Kinder- und Jugendspezifische Interventionen, wie das Erfragen von familiärem Erfahrungsrahmen, werden benannt und ihre Wirksamkeit spezifiziert. Zudem greift der Autor die Vorurteile gegenüber Personenzentrierter Therapie auf und entlarvt diese oft als Unwahrheiten. So stellt er beispielsweise klar, dass Personenzentrierte Psychotherapie sehr wohl ein zielorientiertes therapeutisches Vorgehen, im Sinne einer existenziellen Begleitung, ist. So wird auch der Einsatz von Provokationen zum Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen auf Basis von unbedingtem Beziehungsvertrauen als personenzentrierte Intervention beschrieben.

Manchen Patientenaussagen, die im Buch als wörtliche Rede gekennzeichnet sind, fällt es jedoch schwer zu glauben, dass sie aus dem Mund eines Kindes stammen sollen. Zudem mag sich manch' eher traditionelle, nicht prozess-direktive, personenzentrierte Therapeut schwer tun, gewisse Interventionen, die Hockel einsetzt, als Elemente Personenzentrierter Therapie anzuerkennen.

Durch die Nähe zur Praxis ist das Buch von Curd Michael Hockel flüssig zu lesen, unterhaltsam und kurzweilig. Das Buch eignet sich wunderbar für Ausbildungskandidaten, Praktiker und Interessierte, die ihre personenzentrierten Handlungskompetenzen, sowohl hinsichtlich Überlegungen zur Behandlung als auch zur Diagnostik erweitern wollen.

Langjährig Tätige unterstützt es bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Vorgehensweisen, Einstellungen und bei der Bewusstmachung der eigenen Interventionen.

Jochen Eckert

**Mick Cooper, Jeanne C. Watson, Dagmar Hölldampf (Ed.): Person-centered and experiential therapies work. A review of research on counseling, psychotherapy and related practices.**

*Ross-on-Wye: PCCS BOOKS, 2010. 272 Seiten, ISBN 978-1-90625425-4, € 27,00 / CHF 45,50*

Das Buch von Cooper, Watson und Hölldampf hat den programmatischen Titel „Personzentrierte und experienzielle Therapien sind wirksam“.

Warum? Eigentlich ist doch schon seit fast 60 Jahren, seit der Veröffentlichung der berühmt gewordenen Psychotherapiestudie von Rogers und Dymond (1954), bekannt, dass klientenzentrierte Psychotherapie (CCT) eine nachhaltig wirksame Behandlung von psychischen Störungen ist. Und es ist durch nachfolgende Forschung auch immer wieder – auch für die Weiterentwicklungen der CCT, die PCE-Therapien – nachdrücklich bestätigt worden, nachzulesen in der Überblicksarbeit von Meltzoff & Kornreich (1970) und den Meta-Analysen von Greenberg, Elliott & Lietaer (2004) und Elliott (2002), aber auch in kritischen Übersichten, wie der des Verhaltenstherapeuten Grawe (Grawe et al. 1994).

Eine Antwort auf die Frage, warum der Buchtitel gewählt worden ist, findet sich im Vorwort. Dort wird auf ein Problem der PCE-Therapien sowohl in England als auch in Deutschland hingewiesen: Ihr Ruf in der Öffentlichkeit entspricht nicht ihrer realen, seit mehr als 50 Jahren wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum von psychischen Störungen. Obwohl PCE Therapien im UK zu den „empirical supported therapies“ gezählt werden und in Deutschland der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie das Verfahren als „wissenschaftlich anerkannt“ eingestuft hat, trifft man in England auf die weit verbreitete Meinung „There’s no evidence that person-centered therapy works“ (S.1) und in Deutschland auf die Behauptung eines Gremiums des öffentlichen Gesundheitswesens (G-BA), dass der „Nutzen“ von Gesprächspsychotherapie für die Behandlung psychischer Störungen nicht ausreichend belegt sei und das Verfahren somit keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen werden könne.

Erklären lässt sich diese missliche Lage der PCE-Therapien mit einer Mischung von Unwissen in der Öffentlichkeit und Vorurteilspflege vor dem Hintergrund handfester, auch ökonomisch geleiteter Interessen.

Das Buch soll offenbar versuchen, dieses Bild zu korrigieren.

Die Herausgeber des Buches und 15 weitere international bekannte Personen aus fünf Nationen geben in 10 Kapiteln, wie

der Klappentext verspricht, einen „komprimierten, systematischen und verständlichen Überblick über die evidenzbasierten Grundlagen des Therapieansatzes und die Methoden zu dessen Evaluation“.

Der Leser wird über folgende Themen informiert:

Im Kap.1 wird an Hand einer umfassenden Übersicht über die seit 1990 publizierten Metaanalysen die evidenzbasierte Wirksamkeit von PCE-Therapien dargestellt (Elliott & Freire).

Das Kap. 2 berichtet über die evidenzbasierten Grundlagen der personzentrierten und experienziellen Kinder- und Jugendpsychotherapie (Hölldampf, Behr & Crawford), und

im Kap.3 liegt der Fokus auf Wirksamkeitsbelegen in den Anwendungsbereichen Pädagogik, Kindererziehung und Management (Cornelius-White & Motschnig-Pitrik).

Im Kap. 4 werden die Studien referiert, die die Evidenz von PCE-Therapien mit Hilfe von qualitativen Untersuchungsmethoden belegen (Timulak & Creaner).

In Kap. 5 wird über die Untersuchungen zur Evidenz spezifischer Prozessmerkmale von PCE-Therapien (Bohard & Tallman) berichtet und in Kap.6 über die empirisch belegten Zusammenhänge zwischen Therapieprozessmerkmalen und den Therapieergebnissen (Watson, Lietear & Greenberg).

Die darauf folgenden Kapitel befassen sich mit methodischen Fragen: Im Kap.7 wird ein Überblick über die Messung von Funktionen des Selbst und der Affektregulation (Watson & Watson) gegeben und im Kap.8 über die Messung der therapeutischen Beziehung (Freire & Grafanaki).

Im Kap.9 werden Methoden dargestellt, die im Einklang mit den erkenntnistheoretischen Annahmen der PCE-Konzepte stehen: „Researching in a person-centered way“ (Wilkins).

Im Kap.10 werden die Aussagen in den voran stehenden neun Kapiteln in einer Art „Kassensturz“ zusammengefasst und herausgearbeitet, wo Schwachpunkte der bisherigen Forschung liegen und welche Forschungsprioritäten sich daraus für die Zukunft ergeben (Cooper, Watson & Hölldampf).

Die Herausgeber wünschen sich, dass möglichst viele Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen Kenntnis vom Stand der empirischen Wirksamkeitsforschung im Bereich der PCE-Therapien erhalten, auch die, die seit Studienzeiten keine Forschungsliteratur mehr in die Hand genommen haben. Deshalb haben sie darauf geachtet, dass die Buchbeiträge in einer

verständlichen Sprache abgefasst worden sind, und sie haben an den Anfang der Beiträge ein Glossar mit wichtigen Begriffen gestellt, das sicherlich vielen Lesern eine Hilfe ist: So definieren sie den Unterschied zwischen „Efficacy“ (Wirksamkeit unter Laborbedingungen) und „Effectiveness“ (Wirksamkeit unter Feldbedingungen) oder erklären, was die Evidenzstufe IIa von der Stufe IIb unterscheidet.

Mit max. 1000 Wörtern ist es leider nicht möglich, alle Beiträge mit der ihnen gebührenden Ausführlichkeit zu besprechen. Ich beschränke mich im Folgenden auf die Übersicht über die Wirksamkeitsforschungsergebnisse (Kap. 1) und eine zusammenfassende Beurteilung.

Elliott und Freire zitieren eingangs die Psychotherapieforscher Smith, Glass und Miller, die die Methode der Metaanalyse in die Sozialforschung eingeführt und 1980 die erste Metaanalyse im Bereich der Psychotherapie publiziert haben. Die Metaanalyse bestimmt die durchschnittliche Wirksamkeit eines Therapieverfahrens – ausgedrückt durch ein Effektstärkemaß (ES) – auf der Grundlage unabhängig voneinander durchgeführter Therapiestudien, in denen in der Regel die Effekte in der Behandlungsgruppe in Relation mit denen in einer Kontrollgruppe (unbehandelte Patienten oder Patienten einer Wartegruppe) gesetzt werden.

Greenberg, Elliott und Lietaer waren die ersten, die diese Methode systematisch auf PCE-Therapien angewendet haben. Die Ergebnisse wurden zuletzt in der 5. Aufl. der „Bibel der Psychotherapieforschung“, in „Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Elliott et al., 2004), veröffentlicht. Dabei wurde auch gezeigt, dass die APA-Kriterien für eine Anerkennung als „Empirical Supported Therapy (EST)“ für die Störungsbilder Depression, Missbrauchsfolgen und posttraumatische Belastungsstörung, Angst und für die Behandlung von Partnerschaftsproblemen erfüllt werden.

Aus den Ergebnissen des letzten Update's dieser Meta-Analyse ziehen Elliott & Freire folgende Schlüsse:

1. PCE-Therapien führen zu großen Prä-Post-Veränderungen.
2. Die zum Postzeitpunkt erreichten Veränderungen sind bis zu einem Jahr nach Behandlungsende und auch längerfristig (nach mehr als einem Jahr) noch nachzuweisen.
3. Die Veränderungen durch PCE-Therapien sind deutlich (signifikant) größer als die Veränderungen bei Klienten, die nicht behandelt werden (Wirksamkeitsnachweis durch RCT-Studien).
4. Die generelle Wirksamkeit von PCE-Therapien unterscheidet sich weder in klinischer noch in statistischer Hinsicht von der anderer Therapieverfahren.

5. Die geringfügig höhere Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler Therapie (CBT) verliert sich, wenn die theoretische Orientierung der Forscher („researchers allegiance“) in Rechnung gestellt wird.

Das Kapitel schließt mit dem warnenden Hinweis, dass die Ergebnisse der „verwässerten“ Versionen von personenzentrierter Psychotherapie, der sog. supportiven Therapien, nicht als Grundlage zur Beurteilung der Wirksamkeit von PCE-Therapien herangezogen werden dürfen. Die supportiven Therapien werden häufig als Kontrollgruppen in CBT-Studien eingesetzt. Sie enthalten Elemente klientenzentrierter Therapien, z. B. ein nicht-direktives Vorgehen, und sind in der Regel – wenn auch nicht in allen Fällen! – weniger wirksam als die untersuchten CBTs. Sind die Vergleichsgruppen aber PCE-Therapien, die „bona fide“ von darin ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden, gibt es keine Wirksamkeitsunterschiede.

Abschließend stellen Elliott und Freire als „die Moral von der Geschichte“ heraus, dass PCE-Therapeuten keinen Grund haben, sich vor der empirischen quantitativen Forschung und ihren Ergebnissen zu fürchten. Es ist so, wie schon Rogers vor langer Zeit im Zusammenhang mit den Ergebnissen empirischer Psychotherapieforschung feststellte: „Die Fakten sind freundlich“. Das gilt auch für die Ergebnisse, die der Leser dieses Buches in den übrigen Kapiteln findet.

Das Buch liefert in verständlicher Form alle Belege für die Wirksamkeit Personenzentrierter und experienzieller Psychotherapien und dafür, dass deren Wirksamkeit der anderer evidenzbasierter Psychotherapien gleicht.

Ich hoffe, dass das Buch viele Leser findet, die dieses Ergebnis in die Öffentlichkeit tragen, und dass es anregt, sich an weitere Forschung in welcher Form auch immer, sei es als Studienleiter oder Studientherapeut, zu fördern und zu unterstützen.

Elliott, R. (2002). The Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In: D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice* (pp. 57–81). Washington, DC: American Psychological Association.

Elliott, R., Greenberg, L. S., Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies, In: Lambert, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.), (pp. 493–539). New York: Wiley.

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

Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press.

Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press.

Wolfgang W. Keil

## David J. Cain: Person-Centered Psychotherapies.

Washington DC: American Psychological Association (APA), *Theories of Psychotherapy Series*. 2010. 192 Seiten, ISBN: 978-1-4338-0721-3. € 19,99 / CHF 28,90

In den USA ist schon seit längerer Zeit ein ziemlich einlinig-mechanistisches Verständnis von Psychotherapie als empirisch-wissenschaftlich basierte („evidence-based“) Intervention bei spezifischen psychischen Störungen vorherrschend geworden. Die Evidenz wird dabei gewonnen aus Untersuchungen nach dem Modell der Pharma-Forschung, bei welchen heraus zu finden ist, welche manualisierten therapeutischen Techniken bei welchen exakt umschriebenen Störungen wirksam sind bzw. die größere Wirksamkeit erzielen. Einem solchen Verständnis von Psychotherapie ist entgegen zu halten, dass man zwar Symptome durchaus ohne leitende Theorie und nur mittels manualisierter Techniken erfolgreich behandeln kann, aber es wird dabei vielleicht doch das Verständnis der leidenden Person auf der Strecke bleiben. Außerdem orientieren sich PsychotherapeutInnen ja auch dann, wenn sie Manuale verwenden, an übergreifenderen Menschenbildern, psychologischen Konzepten und therapeutischen Theorien. Offenbar um die Bedeutung dieser „Theorien“ nicht in Vergessenheit geraten zu lassen, hat sich die American Psychological Association entschlossen, eine auf 24 Titel geplante Buchreihe über die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen („Theorien“) heraus zu geben. Die Serie wird ergänzt durch DVDs, die den jeweiligen Ansatz in der Praxis, etwa in einem sechs Stunden umfassenden Therapieverlauf, demonstrieren sollen. Da in Amerika Carl Rogers als der einflussreichste Psychotherapeut des 20. Jahrhunderts gilt<sup>1</sup> und da die Personzentrierte Psychotherapie „the first truly American theory of psychotherapy“ (S. ix) darstellt, ist der erste Band dieser Serie unserem Ansatz gewidmet.<sup>2</sup> Als Autor dieses Bandes wurde David Cain gewonnen, der als früherer Mitarbeiter von Rogers und als versierter Herausgeber vieler einschlägiger Publikationen (*Person-Centered Review*, 1990–1996; *Humanistic Psychotherapy: Handbook of Research and Practice*, 2002, u. v. a. m.) dafür bestens prädestiniert ist.

Cain versucht in diesem Buch eine umfassende und auch kritische Darstellung der gesamten Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie, wobei der Schwerpunkt auf der

Entwicklung der Theorien und Konzepte liegt. Das Buch gliedert sich in 6 Kapitel; nach einer Einleitung und einer kurzen Historie von Rogers' Tätigkeit und Werk wird die Entwicklung der Theorien bis heute skizziert, gefolgt von einer Darstellung des therapeutischen Prozesses an Hand der „Rollen“ von TherapeutIn und KlientIn sowie an Hand eines konkreten dreijährigen Therapieverlaufs. Abgerundet wird das Werk durch eine konzise Zusammenfassung der Ergebnisse der empirischen Forschung zu unserem Ansatz sowie durch einen (auch) von den Forschungsergebnissen inspirierten Entwurf für die künftige Entwicklung in Form einer Kritik und einer Neufassung der Rogers'schen notwendigen und hinreichen Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie.

Ich möchte hier nun vorzugsweise auf das Kapitel zur Entwicklung der Theorie und auf das letzte Kapitel mit der Kritik und möglichen Neufassung des Rogers'schen Therapiekonzepts näher eingehen. Cain beginnt die Darstellung der wesentlichen Konzepte, indem er, ausgehend von Rogers' wiederholt formulierter „zentralen Hypothese“, das Schaffen einer optimalen therapeutischen Beziehung für die KlientInnen als das fundamentale (Prozess-) Ziel der Personzentrierten Therapie definiert. Danach werden Punkt für Punkt Rogers' „key concepts“ dargestellt, wobei ich auf die Auswahl, die Cain hier trifft, aufmerksam machen möchte: actualizing tendency; self, ideal self and self actualization; congruence and incongruence; psychological adjustment and maladjustment; experience and openness to experience; positive regard and unconditional positive regard; conditions of worth; locus of evaluation; organismic valuing process; internal and external frame of reference; empathy.

In der Folge werden dann die Entwicklungsstufen der Personzentrierten Psychotherapie beschrieben, die von Cain ebenfalls in einer interessanten Art eingeteilt werden: jeweils ungefähr Dekaden im Werk von Rogers und dann die Phase nach dessen Tod bis heute. Die ersten drei Dekaden (von den 40er Jahren an) werden als „nondirective psychotherapy“, „client-centered therapy“ und „on becoming a person“ charakterisiert, wobei für letztere neben Rogers' Konzept der „fully functioning person“ und seiner „process equation of therapy“ auch Gendlin's Experiencing-Konzept als wesentlich erscheinen. Besonders aufgefallen ist mir die 4. Periode (1970–1977), die Cain als „a period of expansion in practice“ bezeichnet und die er

1 Umfrage des *American Psychologist*, 1982 sowie *The Psychotherapy Networker*, 2007

2 Die sehr informative Darstellung der Emotionsfokussierten Therapie in dieser Buchreihe ist bereits auch in deutscher Übersetzung verfügbar: Leslie S. Greenberg: *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt, 2011.



mit dem Erscheinen des zweiten großen amerikanischen Sammelbandes zu unserem Ansatz (Wexler & Rice, *Innovations in Client-Centered Therapy*, 1974) datiert. Cain weist darauf hin, dass Rogers diese „provokativen Texte“ nicht in sein eigenes Weiter-Denken inkorporiert habe, und dass daher auch viele dieser kreativen Ideen nicht wirklich in das Gewebe des klientenzentrierten Denkens integriert worden sind!

In der folgenden Periode, „Rogers' last years (1977–1987)“, war Rogers vor allem in politischen und sozialen Bereichen und nur mehr wenig an der theoretischen und praktischen Entwicklung der Psychotherapie engagiert. Charakteristisch findet Cain hier jedoch die Ausdifferenzierung einzelner Konzepte der Personzentrierten Psychotherapie, wie sie etwa im dritten großen amerikanischen Sammelband (Levant & Shlien, *Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach*, 1984) zu finden sind. Lietaer's Erwägung der Paradoxien der Unbedingten Wertschätzung, Bozarth's Differenzierung der Empathie, Gendlin's Focusing, Shlien's provokanter Widerspruch zur Übertragung und etliches mehr werden hier angeführt. Cain hebt auch hervor, dass in einem der Beiträge dort Neil Watson dargelegt hat, dass Rogers' sechs Bedingungen nicht als empirisch überprüft gelten können. Dies u. a. deshalb, weil die Items psychologischer Kontakt und Inkongruenz des Klienten überhaupt nicht in die Untersuchungen mit einbezogen wurden.

Für die Periode nach Rogers konstatiert Cain, dass die Mehrzahl der Klientenzentrierten TherapeutInnen sich wohl ähnlich wie Rogers verhalten, der, obwohl er immer vor Dogmatisierung und Stagnation des Denkens gewarnt hat, in seiner therapeutischen Praxis doch bis zuletzt konstant geblieben ist und sich nur mehr wenig verändert hat. Unter Verweis auf Margaret Warner's Beitrag „Person-Centered Therapy: One Nation, Many Tribes“<sup>3</sup> schildert Cain diese Periode daher durch sehr kursorische Darstellungen der klassischen Klientenzentrierten, der Focusing-orientierten, der Emotionsfokussierten Therapie und der Prä-Therapie, jeweils mit kurzen Transkripten zur Illustration. Daran schliessen sich einige Überlegungen zu existenziellen und zu integrativen Strömungen sowie zur theoretischen wie praktischen Verbreiterung der Personzentrierten Psychotherapie an. Letzteres wird vor allem im europäischen Bereich, etwa im Konzept der „relational depth“ von Mearns & Cooper, in der „pluralistic selves perspective“ von Cooper oder auch in der von Reinhard Tausch (m. E. völlig fälschlich) geforderten Notwendigkeit vielfacher Ergänzungen der Gesprächspsychotherapie gesehen. Cain folgert an späterer Stelle in ähnlicher Weise aus den Ergebnissen der empirischen Forschung,

dass (klassische?) Personzentrierte Psychotherapie bei spezifischen Klienten („divers clients“) bzw. spezifischen Problemen oft nicht wirksam sei.

Auf der Linie dieser Argumentation liegt denn auch das letzte Kapitel des Buches, die Erörterung der zukünftigen Weiterentwicklung. Cain referiert hier zunächst prägnant die Kritik an sämtlichen Rogers'schen notwendigen und hinreichenden Bedingungen, die 2007 in einer der Würdigung des 1957 erschienenen Artikels von Rogers gewidmeten Ausgabe der Zeitschrift *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training* zu finden ist. Die Mehrheit der dort vertretenen AutorInnen hält die Bedingungen als für viele KlientInnen brauchbar, jedoch als nicht hinreichend für die meisten, und sämtliche AutorInnen verneinen die Position, dass diese Bedingungen für alle KlientInnen notwendig und hinreichend seien. Davon ausgehend und unter Berufung auf Rogers' wiederholte Forderung nach Weiterentwicklung seiner Konzepte versucht Cain nun eine Neuformulierung von 12 optimalen Bedingungen für therapeutische Veränderung durch eine „kollaborative“ Personzentrierte Psychotherapie. Die Unterschiede zu den ursprünglichen Rogers'schen Bedingungen können dabei u. a. darin gesehen werden, dass die Rolle der KlientInnen viel aktiver gesehen wird („actively involved“, „seen as resourceful“) und dass diese die relevanten Beziehungsqualitäten, Verhaltensweisen und Intentionen ihrer TherapeutInnen wahrnehmen, sowie dass TherapeutIn und KlientIn einander wechselseitig wertschätzen und bestärken und bei der Definition der Probleme, Ziele und Mittel der Therapie „kollaborieren“ sollen. Die Bedingungen auf Seiten der TherapeutInnen werden gegenüber Rogers' Bedingungen viel detaillierter formuliert. Die TherapeutInnen sollen konstant präsent sein, die subjektive Realität der KlientInnen verstehen und empathisch kommunizieren, „engage relevant aspects of his or her self“ und „bring forth for the client's consideration any and all personal and professional resources“. Die TherapeutInnen sollen weiters die KlientInnen ermutigen, „to attend and process potent emotional experiences with an intent to facilitate adaptive client learning and more effective behavior“ und schließlich sollen die TherapeutInnen kontinuierlich die Qualität der therapeutischen Beziehung evaluieren.

Handelt es sich bei diesen Formulierungen um ein neues Konzept, das zwar aus dem Rogers'schen Konzept heraus entwickelt wurde, nun aber diesem gegenüber gestellt werden könnte? Ich fasse es eher so auf, dass Cain uns damit dankenswerter Weise viele brauchbare und wichtige Konkretisierungen der Therapiekonzepte von Rogers und Gendlin bietet. In einem ähnlichen Sinn schätze ich das gesamte Buch und kann es allen FachkollegInnen empfehlen als interessante und immer wieder im Detail erhellende Darstellung der gesamten Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie.

3 Warner Margaret (2000). *Person-Centered Therapy: One Nation, Many Tribes*. *Person-Centered Journal*, 7 (1), 28–39.

# Ilse Papula

## 1936–2012

Ilse Papula, Gründungsmitglied, Lehrtherapeutin und Ausbilderin, und vor allem Begründerin der Klientenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie der ÖGWG ist am 8. Februar 2012, nach längerem, immer geduldig und humorvoll ertragenem Leiden, doch unerwartet von uns gegangen. Wir haben damit eine kontinuierlich präsente Kollegin, von Herzen engagierte Therapeutin und vielfach förderliche Ausbilderin und Supervisorin verloren, deren Identität ganz zentral von einem angenehm unorthodox verstandenen Personenzentrierten Ansatz geprägt war. Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen war für Ilse, die selber keine leiblichen Kinder hatte, Berufung und Herzstück ihrer gesamten Tätigkeit. Nach ihrer Ausbildung in der Bundesbildungsanstalt für Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen arbeitete sie zunächst (ab 1954) als Hortnerin in mehreren Heimen der Stadt Linz und ab 1961 im mittlerweile legendären Institut für Ehe- und Familienberatung in der Anastasius-Grün-Straße in Linz. Dort setzte sie sich bald – zunächst gegen die auf den Schwerpunkt Beratung ausgerichteten Intentionen der damaligen Leiter – für eine psychotherapeutische Arbeit mit den Kindern und deren Familien bzw. für eine entsprechende psychotherapeutische Ausbildung der MitarbeiterInnen ein. Daraus resultierte u. a. die von Karl Windsperger (damals Erziehungsberater beim Land Oberösterreich) 1973–1974 organisierte Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie mit Uschi Plog und Susanne Börner von der GwG. In der Folge war Ilse zusammen mit anderen Teilnehmern dieser Ausbildung aktiv an der Gründung und dann in verschiedenen Vorstandsfunktionen am weiteren Ausbau der ÖGWG beteiligt, wobei sie ab 1979 hier auch ihre umfangreiche Ausbildungstätigkeit aufnahm und bis vor kurzem noch kontinuierlich in unseren Ausbildungsgremien und Lehrpersonalkonferenzen führend tätig war.

Weitgehend auf ihre Initiative hin wurden im Rahmen der ÖGWG von Anfang an viele Workshops zur Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren bzw. zur Personenzentrierten Kindertherapie (1975/1976 mit Stefan Schmidtchen & Jürgen Leistikow, 1978 mit Frank Baumgärtel & Ursula Bucker sowie mit Carl-Michael Hockel) sowie ab 1988 eine dreijährige Weiterbildung

mit Franz Kemper & Thomas Hensel durchgeführt. Inspiriert von den Konzepten von Franz Kemper, der u. a. eine integrierte Familien-Spieltherapie entwickelte, hat Ilse in Kooperation mit anderen Teilnehmern dieser Workshops eine eigenständige Weiterbildung für Klientenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen konzipiert und in der ÖGWG eingerichtet. Als Protagonistin dieser Weiterbildung hat Ilse auch bei verschiedenen berufspolitischen Initiativen (Erstellung der Richtlinien des ÖBVP für Weiterbildungen in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Gründung der Österreichischen Vereinigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und ihre angrenzenden Berufsfelder) sowie bei der Vernetzung der Personenzentrierten KindertherapeutInnen im deutschen Sprachraum (u. a. Kongress 2007 in Stuttgart, Organisation des Kongresses 2010 in Wien, Planung des Kongresses 2012 in Zürich) mitgearbeitet.

Eine wesentliche Intention bei Ilses Arbeit mit Kindern kann wohl gut mit

einem von ihr selbst ausgewählten Zitat von Kemper ausgedrückt werden: „Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen steht das Kind und nicht das Problem. Aus dieser Sicht wird Therapie vornehmlich und konsequent als ein fortschreitender Prozess der Persönlichkeitsentwicklung begriffen, durch den das Kind sich entfaltet und verändert.“ Wie sehr Ilse sich für die positive Entwicklung von Kindern eingesetzt hat, kann etwa erahnt werden, wenn man erfährt, dass Ilse immer wieder Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen in den Ferien in das von ihrem Gatten und ihr geschaffene Wochenendhaus in Pichl bei Schladming eingeladen hat.

Auch Ilses persönliches Geworden-Sein und Werden kann, als von einem fortwährenden Bestreben nach positiver Entwicklung charakterisiert, verstanden werden. Ilse wurde am 14. April 1936 als uneheliches Kind geboren und ist, da der leibliche Vater sich völlig zurückgezogen und die Mutter bald einen anderen Partner geheiratet hat, bei ihren Großeltern aufgewachsen. Diese lebten in einer kleinen Mietwohnung in Linz, deren Lage sich in der Kriegszeit insofern als vorteilhaft erwies, da die angrenzenden Lagerkeller und Stollen im Bauernberg bei den 1943–1945 zunehmenden Bombenangriffen eine



Foto: Robert Religa

relativ sichere Zuflucht bieten konnten. Prägend für Ilse war sicherlich die sozialdemokratische Gesinnung der Großeltern, aus der auch in der Nazizeit kein Hehl gemacht wurde, aber auch die persönliche Religiosität der Großmutter. Von ihr wird überliefert, wie sie dem Kind stolz die Internationale vorsingt, aber auch angesichts der Marienstatue beim Gang in den Luftschutzkeller sich des himmlischen Schutzes für die ganze Familie versichert. Nach der Heirat der Mutter wird auch Ilse der Familienname Pirklbauer gegeben, wie überhaupt zwischen der großelterlichen Familie und der sich stetig vergrößernden Familie der Mutter ein dauerhaft gutes Einvernehmen herrscht. Erna Bürgmann, eine der Halbgeschwister von Ilse, war übrigens in späterer Zeit (zu Beginn der 1980er Jahre) die erste Sekretärin, die von der ÖGWG für den Betrieb der Geschäftsstelle engagiert wurde.

Das fortwährende Bestreben nach positiver Entwicklung lässt sich an der umfangreichen Liste der Aus- und Weiterbildungen, die Ilse auch außerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie absolviert hat, ablesen. Neben ihrer Berufstätigkeit besuchte Ilse die Arbeitermittelschule in Linz, wo sie 1962 die Matura ablegte. In dieser Abendschule lernte sie auch ihren Gatten Karl Papula kennen, den sie im August 1962 geheiratet hat. (Am 25. August des heurigen Jahres wäre also die goldene Hochzeit zu feiern gewesen!) 1970 machte sich Ilse in Salzburg mit dem Orff-Schulwerk (Musik für Kinder) vertraut, 1974 folgte eine Einschulung in die Methode der Themenzentrierten Interaktion (TZI), 1978–1979 absolvierte sie die komplette

Ausbildung in Familientherapie nach dem Weinheimer Modell bei Maria Bosch und ab 1986 lernte sie die Methoden des Neurolinguistischen Programmierens (NLP) in vielen Seminaren bei Gundl Kutschera kennen. Eine Reihe von kleineren Seminaren, etwa zur Gestaltung von Supervision oder für hypnotherapeutische Verfahren in der Kindertherapie (Siegfried Mrochen), runden die Liste der Fortbildungen ab. Dazu zählen eigentlich auch die legendären großen Reisen (v. a. nach Amerika), die Ilse gemeinsam mit Beatrix Mitterhuber, mit der sie kollegial und persönlich in inniger Verbindung stand, unternommen hat. Auch sie bezeugen Ilses Offenheit und Neugier für die Welt und für alles, was die Entfaltung des einzelnen Menschen wie des gemeinsamen Ganzen anregen und fördern kann.

Ilse hat einmal davon gesprochen, dass es ihr Wunschtraum sei, eine inspirierende Muse für einen Schriftsteller oder einen Künstler zu sein. Im realen Leben hat sie als Pädagogin und Psychotherapeutin in einem immensen Umfang das persönliche Wachstum vieler Menschen und die Entwicklung unserer kollegialen Gemeinschaften beständig inspiriert, mitgetragen und gefördert, und dabei, ohne sich in den Vordergrund stellen zu müssen oder die Führung selber in die Hand zu nehmen, ihre eigene Entfaltung gefunden. In diesem Sinn ist ihr Wunschtraum nicht Illusion gewesen, sondern sie hat ihn in einer sehr umfassenden Weise im Leben erfüllt.

*Wolfgang W. Keil*

## Ein Nachruf auf Wolfgang Pfeiffer

Über Wolfgang Pfeiffer bin ich zur Gesprächspsychotherapie gekommen. Es war im Jahr 1973, als ich ihn als Leiter eines Seminars während der Psychotherapie-Wochen in Lübeck kennenlernte. Es war für mich die erste Begegnung mit einem Gesprächspsychotherapeuten. Zwar hatte unmittelbar vorher schon die Lektüre des Buches von Reinhard Tausch mein Interesse wachgerufen, es war dann aber die für mich so beeindruckende Begegnung mit Wolfgang Pfeiffer, die mich zu dem Entschluss führte, dieses Verfahren zu meinem eigenen zu machen. Was mich damals auch so überzeugte, war seine leidenschaftliche Darstellung der Psychotherapie als eine Ich-Du-Beziehung, als eine Begegnung von „Person zu Person“.

Jetzt, nach so vielen Jahren, nach so viel Abstand zu der damaligen Szene und nach viel Kenntnis und Erfahrung über das Wirken Wolfgang Pfeiffers als Wissenschaftler und als Ausbilder kann ich sagen, dass wir in ihm einen überzeugenden Vertreter der Personzentrierten Psychotherapie und ein überaus engagiertes Mitglied der GwG und der ÄGG verloren haben. Am 27.10.2011 verstarb Wolfgang Pfeiffer im Alter von 92 Jahren. In den letzten Jahren konnte sich der hier zu Würdigende um die Belange der Gesprächspsychotherapie und der GwG nicht mehr mit dem für ihn früher typischen Engagement kümmern. Deshalb ist es wichtig, hier daran zu erinnern.

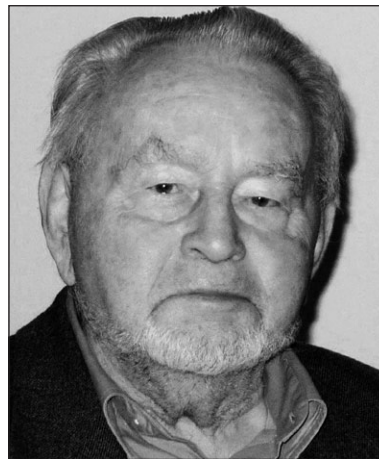
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang M. Pfeiffer war früh, seit 1972, Mitglied der GwG, später auch Ausbilder der GwG sowie Gründungsmitglied der ÄGG. Viele Jahre war er u. a. im wissenschaftlichen Beirat der GwG tätig, zeitweise auch als Sprecher dieses Beirates. Seine Beliebtheit in personzentrierten Kreisen verdankte Wolfgang Pfeiffer seiner warmherzigen und stets zur Zuwendung bereiten Wesensart, aber auch seinem Einsatzes für die Gesprächspsychotherapie im Allgemeinen und die GwG wie die ÄGG im Besonderen.

Beruflich war er in den 60er Jahren als Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen tätig und sodann als Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie der Universität Münster. In dieser Tätigkeit, aber auch nach seiner Emeritierung 1984 hat er als Lehrbeauftragter der Universität Erlangen sich in Forschung und Lehre intensiv mit der

Gesprächspsychotherapie beschäftigt. In vielen Zeitschriften-Artikeln und Buchbeiträgen sowie als glanzvoller Rhetoriker in mitreißenden Vorträgen auf internationalen und nationalen Psychotherapietagen hat er mit ganzer Hingabe für die Verbreitung des Personzentrierten Ansatzes gewirkt.

Die Implikationen der Personzentrierten Psychotherapie, ihre Persönlichkeits-, Störungs- und Änderungskonzepte, mit psychiatrischen Sichtweisen in Einklang zu bringen, das war

dem Arzt Wolfgang Pfeiffer ein wichtiges Anliegen. Hierbei ging es ihm nicht zuletzt auch um die Frage des Menschenbildes. In dieser letztgenannten Hinsicht hat er durchaus auch eine Relativierung einer allzu optimistischen Annahme unbegrenzter konstruktiver Entfaltungsmöglichkeiten des Menschen vertreten. Gegenüber dem Optimismus von Rogers mahnte er sowohl angesichts schwerster psychischer, chronischer Störungen wie aber auch im Bewusstsein der humanen Großkatastrophen des 20. Jahrhunderts Nachdenklichkeit an. Es war ihm wichtig,



die Verfasstheit der Person in ihren Gefährdungen und in ihrer Zwiespältigkeit zu sehen. Eines aber verband ihn eng mit Rogers, die Überzeugung von der therapeutischen Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung. Diesem Problemkreis widmete er viele Publikationen. Dabei interessierte ihn vor allem der spätere Rogers mit seinem Prinzip „person to person“ und der „realness“, des Therapeuten. Es ging ihm hier um die reale „Gegenwärtigkeit“ und das engagierte „Zugegensein“ eines Therapeuten, der bereit ist, authentisch aber auch einfühlsam Antwort zu geben.

Während einer dreijährigen Tätigkeit als Chef einer Klinik als noch recht junger Arzt in Indonesien, auf Java, wurde Wolfgang Pfeiffers nun lebenslanges Interesse für die dortigen Kulturen und Religionen geweckt, so dass er auch später noch viele Reisen in verschiedene Länder Südostasiens unternahm. Damit wurde für ihn die interkulturelle Problematik im Allgemeinen und die transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie im Besonderen ein weiteres zentrales Lebensthema. Schon seine Habilitationsschrift (1969) war diesem Thema gewidmet. Daraus entstand auch ein damals vielbeachtetes Buch „Transkulturelle Psychiatrie“, 1994 in zweiter Auflage im Thieme-Verlag

erschienen. Noch spät im Alter lernte er Türkisch, um so dem für Deutschland relevanten Aspekt dieses Themas, und hier besonders auch der transkulturellen Psychotherapie, sprachlich kompetent entsprechen zu können. Er kann als einer der Nestoren dieser heute so bedeutsamen Forschungs- und Therapierichtung gelten.

Wie oben schon angedeutet, habe ich Wolfgang Pfeiffer fachlich viel zu verdanken und ich denke gerne an die immer anregenden und von ihm auch meist temperamentvoll geführten Gespräche zurück. Beim Blick auf das Lebenswerk Wolfgang

Pfeiffers muss so auch an seine Tätigkeit als Ausbilder und als Förderer der wissenschaftlichen und publizistischen Bemühungen anderer erinnert werden. Hier zeigte er sich, was auch ich selbst erfahren durfte, ebenso engagiert und anregend wie geduldig und warmherzig. Deshalb glaube ich sagen zu können, dass mit dem Tode von Wolfgang Pfeiffer der Personzentrierte Ansatz um eine herausragende Persönlichkeit ärmer geworden ist.

*Jobst Finke*

# Veranstaltungskalender 2012

## GwG Verbandstag 2012

**Thema:** Personzentriert – Lösungsorientierte Beratung und Therapie

**Zeit:** 15.–17. Juni 2012

**Ort:** Mainz, Deutschland

**Info:** <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1805>

## PCE 2012 – World Conference of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling

**Thema:** Working with Anxiety: from symptom to self

**Zeit:** 8.–12. Juli 2012

**Ort:** Antwerpen, Belgien

**Info:** [www.pce-world.org](http://www.pce-world.org); [info@pce-world.org](mailto:info@pce-world.org)

## ADPCA Conference 2012

**Zeit:** 11.–15. Juli 2012

**Ort:** Savannah, Georgia, USA

**Info:** [www.adpca.org](http://www.adpca.org); [helloconference@adpca.org](mailto:helloconference@adpca.org)

## Internationale Focusing Sommerschule 2012

**Zeit:** 20. Juli–9. August 2012

**Ort:** Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee

**Info:** [www.daf-focusing.de](http://www.daf-focusing.de)

## FISS 2012: 7th Annual Focusing Institute Summer School

**Zeit:** 18.–24. August 2012

**Ort:** Garrison, New York

**Info:** [www.focusing.org](http://www.focusing.org)

## Focusing-Woche Achberg 2012

**Zeit:** 20.–26. August 2012

**Ort:** Achberg, Deutschland

**Info:** [www.focusing-netzwerk.de](http://www.focusing-netzwerk.de)

## Veranstaltungen PCA.Institut

**Zeit:** 18. September 2012, 19:15 Uhr

**Thema:** Personzentrierte Egostate-Therapie

**Ort:** Zürich

**Info:** <http://www.pca-acp.ch/de/Home/PCAInstitut/Veranstaltungen.30.html>

## AGHPT-Kongress

**Thema:** Humanistische Psychotherapie – Einheit und Vielfalt

**Zeit:** 12.–13. Oktober 2012

**Ort:** Berlin, Deutschland

**Info:** [www.aghpt.de](http://www.aghpt.de)

## ÖGWG Woche

**Thema:** Einschnitte – existentielle Lebenssituationen in der Therapie

**Zeit:** 24.–27. Oktober 2012

**Ort:** Puchberg bei Wels

**Info:** [www.oegwg.at](http://www.oegwg.at)

## ÄGG-Jahrestagung 2012

**Thema:** Die künstlichen Paradiese – Personzentrierte

Konzepte bei Abhängigkeitserkrankungen mit komorbiden Störungen

**Zeit:** 9. 11. 2012, 9–18 Uhr

**Ort:** Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

**Info:** Oberärztin Dr. Jessinghaus, [a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de](mailto:a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de)

## Second Dutch EFT Congress

**Thema:** Trauma and recovery – healing through connection

**Zeit:** 8.–10. November 2012

**Ort:** Niederlande, Leiden

**Info:** [www.eft.nl](http://www.eft.nl)

## Veranstaltungen PCA.Institut

**Zeit:** 15. November 2012; 19:15 Uhr

**Thema:** Personzentrierte Arbeit mit hirnerkrankten Menschen

**Ort:** Zürich

**Info:** <http://www.pca-acp.ch/de/Home/PCAInstitut/Veranstaltungen.30.html>

## 25. Internationale Focusing Konferenz

**Zeit:** 29. Mai bis 2. Juni 2013

**Ort:** Emmetten/Vierwaldstättersee CH

**Info:** <http://www.evelinemoor.ch/mehr-zu-focusing/konferenz-2013/>

# AGHP T

Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie

[www.aghpt.de](http://www.aghpt.de)

## REFERENTEN

Irvin Yalom

Jürgen Kriz

Volker Tschuschke

Hilarion Petzold

Julianne Appel-Opper

Heinrich Bertram

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Ilse Brab

Eckhard Budde

Dorothea Bünemann

Else Döring

Werner Eberwein

Klaudia Gennermann

Heinrich Hagehülsmann

Mark Helle

Dagmar Hölldampf

Susanne Jaeger-Gerlach

Christoph Kolbe

Gustl Marlock

Maja Plenge

Karl-Heinz Schuldt

Helmut Schwelm

Matthias Sell

Gabriele Stiegler

Ingrid Sturm

Manfred Thielen

Ingo Zirks

## Kongress

# HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE – EINHEIT UND VIELEFALT

Fr.–Sa., 12.–13. Oktober 2012  
Urania Berlin An der Urania 17, 10787 Berlin

### Information und Anmeldung unter [www.aghpt.de](http://www.aghpt.de)

#### Kontakt

Werner Eberwein ([kontakt@werner-eberwein.de](mailto:kontakt@werner-eberwein.de))

Dr. Manfred Thielen ([ma.thielen@gmx.de](mailto:ma.thielen@gmx.de))

#### Für Rückfragen



KelCon GmbH

Tel. 030 679 66 88 50 // E-Mail: [aghpt@kelcon.de](mailto:aghpt@kelcon.de)

#### Tagungsgebühren

	Anmeldung bis 31.05.2012	nach 31.05.2012
Gesamter Kongress	190,00 €	220,00 €
Ges. Kongress für Studenten und PiAs	75,00 €	90,00 €

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) // Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie (DVG) // Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) // Deutscher Fachverband für Psychodrama (DFP) // Gesellschaft für Logotherapie und Existanzanalyse in Deutschland (GLE) // Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DGTA) // Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) // Deutscher Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten (DDGAP) // Deutsche Gesellschaft für integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (DGIK) // Verband Psychologischer PsychotherapeutInnen im BDP (VPP)

Jahrestagung der ÄGG, 9. November 2012

# Die künstlichen Paradiese - Personzentrierte Konzepte bei Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden affektiven Störungen

Ort: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen  
Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

## Vorträge

9 – 13 Uhr Ludwig Teusch: Personzentriertes therapeutisches Vorgehen bei Alkoholabhängigkeit  
Frank Gauls: Personzentrierte Therapie bei Glücksspielsucht  
Udo Bonnet: Propofol bringt nicht nur Michael Jackson zum Schweigen – *Einblicke in ein auch psychotherapeutisches Dunkelfeld.*  
Hans-Jürgen Luderer: Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Alkoholabhängigkeit und komorbider Depression

Parallel laufende Workshops 14.00 Uhr bis 15.30 Uhr und 16.00 Uhr -17.30 Uhr

- 1) Beatrix Teichmann-Wirth: Von Sehnsüchten, wahrer Befriedigung und dem Körper als Entscheidungsinstrument
- 2) Nini de Graaff: Focusing, eine erlebnisaktivierende Methode der Personzentrierten Psychotherapie
- 3) Marijke Smulders & Gisela van Gerven: Personzentrierte Therapie in Wort und Bewegung bei früher Traumatisierung
- 4) Udo Bonnet: Cannabis – zwischen Ritus und Sucht
- 5) Sybille Teunissen: Integrative Behandlung von Sucht- und Traumafolgestörungen

17.45 Uhr -18.15 Uhr **Abschlussbesprechung**

**Ausrichter: Dr. med. Annette Jessinghaus**, Oberärztin  
**Prof. Dr. med. Udo Bonnet**, Chefarzt,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

Weitere Informationen:

**Vorträge kostenfrei - Workshop-Gebühren 30 €**

## Anmeldung, Programme und Informationen:

Sekretariat Frau Lührmann-Ott  
Telefon: 02305/102-2858  
Fax: 02305/102-2860

Schriftlich, telefonisch oder per Fax erbeten bis 9.10.2012

Zahlung der Workshopgebühren bis zum 9.10.2012 auf das Konto:  
Ev. Krankenhaus - Deutsche Bank Herne  
BLZ 430 700 61 - Kto.-Nr. 609 108 601  
Stichwort: Psychotherapie-Fachtagung in Castrop-Rauxel am 9.November 2012  
oder später im Tagungsbüro  
Während der Veranstaltung sind Sie zu erreichen unter  
Telefon 02305/1020



Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler (Hrsg.)

### Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen

Ein Praxishandbuch



2012, 320 Seiten, br., 21,90 €  
(Mitglieder der GwG: 17,00 €)  
ISBN 978-3-926842-51-0

Der Band dokumentiert den aktuellen Stand personzentrierter Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Einleitend wird ein Überblick über die Entwicklung und Professionalisierung der Suchtarbeit in Deutschland vor und nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes im Jahr 1968 gegeben. Ergänzend hierzu wird die Entwicklung der Suchtberatung in der ehemaligen DDR und in den sog. neuen Bundesländern skizziert.

Dem schließen sich Beiträge an, die die theoretischen Grundlagen personzentrierter Suchttherapie und spezielle Konzepte zum Störungsverständnis beschreiben. Im Einzelnen sind dies Artikel zur personzentrierten Therapie bei Alkoholabhängigkeit, zum personzentrierten Störungs- und Interventionsmodell sowie zur störungsspezifischen Gesprächspsychotherapie bei Alkoholabhängigkeit. Vorgestellt wird das Differentielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung sowohl in seinen Grundlagen als auch in der praktischen Anwendung.

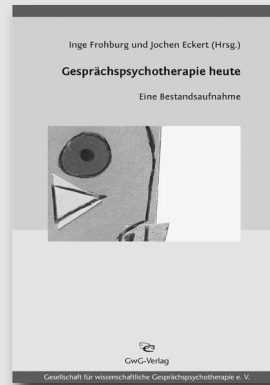
Weitere Kapitel befassen sich mit speziellen Anwendungsgebieten personzentrierter Suchtbehandlung. Dazu zählen Beiträge zur personzentrierten Drogentherapie und zur Therapie bei Glücksspielsucht. Abgerundet wird das Buch mit Praxis- und Erfahrungsberichten zur Körperpsychotherapie, zur Angehörigenarbeit und nicht zuletzt zur personzentrierten Gruppentherapie mit Suchtkranken.

Entstanden ist ein Praxisbuch, das die Beratung und Behandlung von Suchtstörungen aus personzentrierter Sicht umfassend beschreibt und das fruchtbare Anregungen für all jene gibt, die sich an einem an der Person ausgerichteten Verständnis von Suchtstörungen interessieren. Das sind sicher nicht wenige, denn alle, die in beraterischer und therapeutischer Praxis tätig sind, werden mehr oder weniger häufig mit Abhängigkeitsstörungen konfrontiert sein.

Inge Frohburg und Jochen Eckert (Hrsg.)

### Gesprächspsychotherapie heute

Eine Bestandsaufnahme



2011, 180 Seiten, kt., 21,90 €  
(Sonderpreis für Mitglieder der  
GwG und der DPGG: 19,80 €)  
ISBN 978-3-926842-50-3

Das Buch zieht eine aktuelle Bilanz sowohl zur derzeitigen Stellung als auch zu den zukünftigen Perspektiven der Gesprächspsychotherapie in den Bereichen Gesundheitswesen, Universitäten und Fachhochschulen sowie in der ambulanten und stationären klinischen Versorgung. Die Bilanzierung umfasst zudem einen Überblick über die neueren konzeptuellen Entwicklungen innerhalb der personzentrierten Psychotherapie. Diese Bilanzierung erfolgte im Frühjahr 2010 im Rahmen des 6. Großen Forums der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e. V., einer wissenschaftlichen Tagung, die alle zwei Jahre von der DPGG in Kooperation mit dem Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg ausgerichtet wurde.

Die Bilanzierung wurde im Einzelnen von folgenden Autorinnen und Autoren vorgenommen:

- *Karl-Otto Hentze* reflektiert die Stellung der Gesprächspsychotherapie in der Gesundheits- und Berufspolitik.
- *Jürgen Kriz* gibt einen Überblick über die Rolle, die die Gesprächspsychotherapie im deutschen Gesundheitswesen gespielt hat und wie diese in der Zukunft sein könnte.
- *Ludwig Teusch* berichtet über die Rolle der Gesprächspsychotherapie in der stationären klinischen Versorgung.
- *Inge Frohburg* referiert den Stand der Gesprächspsychotherapie an den deutschen Universitäten in Vergangenheit und Zukunft und Mark Helle setzt diese Betrachtung in Bezug auf die Fachhochschulen fort.
- *Gerhard Stumm* gibt einen Überblick über neuere konzeptuelle Entwicklungen im Bereich Psychotherapie im Rahmen des Personzentrierten Konzepts.
- *Doris Müller* und *Dorothee Wienand-Kranz* fassen die Abschlussdiskussion zusammen und die darin von den Tagungsteilnehmern geäußerten Sorgen um die Zukunft der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, aber auch die Ideen zu ihrer Förderung und Weiterentwicklung.

## VORTRÄGE und SEMINARE

### Vortrag

„Klienten verstehen – Bindungsmuster von Klienten  
und ihr Erleben der Therapiestunde“

Leitung: Prof.em. Dr. Dieter Höger

Zeit: Freitag, 15.6.2012, 19:30 – 21:30 Uhr

Ort: Therapiezentrum Gersthof (TZG), 1180 Wien, Simonygasse 10-12, Souterrain

Anmeldung: im Forum-Büro, Frau Bacc.phil. Selma Zachhuber, Tel: 01 966 79 44  
oder per e-mail: buero@apg-forum.at

---

### Ausbildungs- und Fortbildungsseminar

„Psychotherapie als bindungsrelevante Situation“

Leitung: Prof.em. Dr. Dieter Höger

Zeit: Samstag, 16.6.2012, 10:00 – 18.00, Sonntag, 17.6.2012, 9.30 – 14.00 Uhr

Ort: Therapiezentrum Gersthof (TZG), 1180 Wien, Simonygasse 10-12, Souterrain

Anmeldung: im Forum-Büro, Frau Bacc.phil. Selma Zachhuber, Tel: 01 966 79 44  
oder per e-mail: buero@apg-forum.at

---

### Weitere Ausbildungs- und Fortbildungsseminare

Michael Behr: „Spieltherapie als interaktioneller Prozess.“ Zeit: 5.–7.10.2012

Sylvia Gaul und Marianne Wewalka: „Expressive Arts.“ Zeit: 5.–7.4.2013

Charles O’Leary: „The Practice of Person Centered Couple and Family Therapy.“ Zeit: 20./21.4.2013

Colin Lago, Irmgard Fennes: „Groupworkfacilitation.“ Zeit: 13.–16.6.2013

---

Genauere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Programm unter [www.apg-forum.at](http://www.apg-forum.at)



# INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer, Prof. Dr. Dipl.-Psych. Reinhard Tausch und Dipl.-Psych. Susanne Vahrenkamp – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept.

Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON.

Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG) bietet das Institut einzelne Thementage und Workshops an. Alle Trainer und Referenten sind erfahrene Therapeuten und Berater mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten, regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen.

Alle Informationen über das IGB, zu den Trainern, den aktuellen Weiterbildungen und Abstracts zu den Veranstaltungen, finden Sie auch auf: [www.gespraechspsychotherapie.net](http://www.gespraechspsychotherapie.net)

<b>Thementage / Workshops in 2012*</b>	
Sa 23.6.2012 9.30 – 18.00 Uhr	<b>Dipl.-Psych. Bettina Jenny, Zürich</b> <b>Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern.</b>
Sa 30.06.2012 9.30 – 18.00 Uhr	<b>Dr. Dipl.-Psych. Roelf Jan Takens, Amsterdam</b> <b>Klärungsorientierte Psychotherapie</b>
Sa 29.09.2012 9.30 – 18.00 Uhr So 30.9.2012 9.30 – 13.15 Uhr	<b>Dr. Dipl.-Psych. Greet Vanaershot, Antwerpen</b> <b>Client-centered Interactional Group Psychotherapy</b>
Sa 10.11.2012 14.00 – 18.30 Uhr So 11.11.2012 9.30 – 14.00 Uhr	<b>Dr. Dipl.-Psych. Andrea Hammer, Wien</b> <b>„Gibt es dich noch?“ – Personzentrierte Psychotherapie mit emotional instabilen Jugendlichen</b>
Sa 24.11.2012 9.30 – 18.00 Uhr	<b>Dipl.-Soz.Päd. Christian Wolf, Darmstadt</b> <b>Klientenzentrierte Paarberatung – Ausgleich und Entwicklung</b>

\* die Workshops finden sofern nicht anders angegeben direkt im Institut in der Wörishofenerstraße 54 in 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt statt, eine Wegbeschreibung finden Sie auf der Homepage.  
Die Anmeldung für die Workshops erfolgt formlos an:  
[studium@personzentriert.eu](mailto:studium@personzentriert.eu) unter Angabe von Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse und Beruf. Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Überweisungsbeleges der Kursgebühr von **78€** auf das **Konto 0006753248** bei der **Deutschen Apotheker- und Ärztekbank** mit der **BLZ 300 606 01** bei (sollte der Kurs bereits ausgebucht sein erhalten Sie die von Ihnen bezahlten Gebühren selbstverständlich in voller Höhe zurück).  
Eine Stornierung ist bis 3 Tage vorher in Verbindung mit einer Stornogebühr von 20€ möglich.

## **Neue Weiterbildungen nach den Richtlinien der GwG**

### **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Spieltherapie**

Grundstufe: Freitag und Samstag 19. und 20. Oktober 2012

Aufbaustufe 2: nach Vereinbarung, fortlaufend

### **Personzentrierte Beratung**

Grundstufe: Freitag und Samstag 19. und 20. Oktober 2012

Aufbaustufe: Freitag und Samstag 23. und 24. November 2012

### **Gesprächspsychotherapie**

Zusatzausbildung: Freitag und Samstag 23. und 24. November 2012



Mitglied im Weltverband

World Association for  
Person-Centered and Experiential  
Psychotherapy and Counseling

Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz  
Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

pca.acp

Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne  
Formation. Psychothérapie. Relation d'aide.

Società Svizzera per l'approccio centrato sulla persona  
Formazione. Psicoterapia. Relazione d'aiuto.

## KURSPROGRAMM 2012/2013

### WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

#### **Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers**

Vierjährige Weiterbildung für PsychologInnen, ÄrztInnen und HochschulabsolventInnen im Bereich der Humanwissenschaften mit zusätzlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsrichtlinien. FSP-, SPV- und SBAP-Anerkennung.

#### **Weiterbildung in Personzentrierter Beratung Niveau I und Diplommiveau II**

Zwei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen. SGfB anerkannt.

#### **Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA**

z.B. Focusing, Selbsterfahrungskurse, Achtsamkeit für TherapeutInnen und BeraterInnen, Krisenintervention und vieles mehr...

#### **Bestellung des Kursprogramms und Anmeldung:**

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | F +41 44 272 72 71 | info@pca-acp.ch

## FACHZEITSCHRIFT AUF FRANZÖSISCH

Seit 2005 gibt die **pca.acp** in Zusammenarbeit mit Personzentrierten Verbänden aus Frankreich und Belgien eine internationale Fachzeitschrift auf französisch heraus: **ACP Pratique et Recherche**.

Die Zeitschrift erscheint zwei Mal pro Jahr, ein Jahresabonnement kostet CHF 50.- / Euro 33.- und kann bei der Geschäftsstelle **pca.acp** bestellt werden.

## VERANSTALTUNGEN IM PCA.INSTITUT ZÜRICH

Datum	Thema	Gestaltung
18. September 2012	Personzentrierte Egostate-Therapie	Silvia Zanotta
15. November 2012	Personzentrierte Arbeit mit hirnerkrankten Menschen	Sabine Ehrat

Die Veranstaltungen finden im PCA.Institut, Josefstrasse 79, CH-8005 Zürich, jeweils von 19.15 bis 21.15 Uhr statt.

**Alles auch auf: [www.pca-acp.ch](http://www.pca-acp.ch)**

**ÖGWG-Woche: 24. – 27. Oktober 2012**  
**Einschnitte – Existentielle Lebenssituationen in der Therapie**  
 Schloss Puchberg bei Wels

Ein existentieller Einschnitt: Das In-der-Welt-Sein scheint plötzlich nichts mehr von Aktualisierung und Entwicklung an sich zu haben, sondern wird zunächst einfach als Leid und Leiden erlebt. Ein therapeutischer Prozess in solchen Lebenssituationen stößt auf grundlegende Fragen menschlicher Existenz, auf Entscheidungs-Fragen entlang einer tiefen Krise.

Die diesjährige ÖGWG-Woche möchte in Vorträgen und Workshops eine Auseinandersetzung mit diesem Thema ermöglichen, auch im Dialog zwischen klientenzentrierter Therapie und existentieller Therapie. Die Vortragenden und WorkshopleiterInnen haben sich der Bedeutung von existentiellen Fragen im therapeutischen Handeln gestellt und werden ihre Haltungen und Einsichten präsentieren. Als Gast und Forscher aus der existentiellen Schule wird Joel Vos, Universität Amsterdam, die Auseinandersetzung damit bereichern – er arbeitet besonders mit KrebspatientInnen. Auch in künstlerischer Form fließen Erfahrungen von KollegInnen ein. Encounter und Lernwerkstätten bieten Raum, sich persönlich mitzuteilen und zu begegnen.

	Mittwoch, 24. Oktober	Donnerstag, 25. Oktober	Freitag, 26. Oktober	Samstag, 27. Oktober
08:00 – 08:45		<b>Morgen-Encounter</b>	<b>Morgen-Encounter</b>	<b>Morgen-Encounter</b>
09:00 – 10:30	10:00 Getränkeempfang	<b>Joel Vos</b> Grundlagen der existentiellen Therapie	<b>Parallelworkshops:</b> <b>Christiane Bahr</b> Psychotherapie im Alter <b>Pia Gerersdorfer</b> Im Falle meines Ablebens. Verwaiste Klientinnen <b>Joel Vos</b> Krebspatienten	<b>Parallelworkshops:</b> <b>Alexander Sadilek</b> Verwaiste Eltern – wenn der Boden nicht mehr trägt <b>Gabriele Biedermann</b> Arbeit im Hospiz
11:00 – 12:30	<b>Eröffnung</b> <b>Elisabeth Schöllhammer</b> Existenzielle Philosophie in verschiedenen Kulturen <b>Wolfgang W. Keil</b> Klientenzentrierte und Existenzielle Therapie – ein Überblick	<b>Joel Vos</b> Ein Manual zu existentiellen Fragen	<b>Parallelworkshops:</b> <b>Inghwio aus der Schmittgen</b> Eltern mit der Erfahrung chronisch kranker Kinder <b>Gerhard Baumgartner, Joachim Rohr</b> Der Weg zurück ins Leben. Das Leben nach einem Schädelhirntrauma.	<b>Lernwerkstatt</b> mit allen ReferentInnen
Mittagessen	12:30 – 14:30	12:30 – 14:30	12:30 – 14:30	Abschlussitzung
14:30 – 16:30	<b>Gerhard Stumm</b> Der Personzentrierte Ansatz aus einer existentiellen Perspektive	<b>Joel Vos</b> Krebspatienten: Konfrontation mit Krankheit, Leiden, Tod	<b>Ethikkommission</b> <b>Regionalzentren</b> <b>Themenwerkstatt</b>	
16:45 – 18:00	<b>Gerhard Stumm</b> Da capo: Anregungen für die personzentrierte Praxis	<b>Lernwerkstatt</b>	<b>Generalversammlung</b>	
Abendessen	18:00 – 19:00	18:00 – 19:00		
19:00 – 21:00	<b>Existenzielle Veränderungen</b> Persönliche & literarische Beiträge von KollegInnen: Charlotte Aschauer, Betina Pöllhuber	<b>Encounter</b>	19:30 ÖGWG-Fest	

**Anmeldung:** Per E-Mail an office@oegwg.at oder telefonisch unter 0732 78 46 30

**Teilnahmegebühren:** ÖGWG-Mitglieder € 170,00 / ÖGWG-AusbildungsteilnehmerInnen € 85,00 / Nicht-Mitglieder € 210,00  
 Frühbucherbonus bis 1. August 2012: minus € 20,00 (ausgenommen AusbildungsteilnehmerInnen)



# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

## Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

## Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36  
Tel.: +49 521 88 55 48, Fax: +49 521 88 99 24  
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39  
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7  
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889  
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

## Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

## Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid ([www.pfs-online.at/rogers.htm](http://www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

## Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

## Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

