

Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy

Psychotherapieschulen

Humanistische Psychotherapie

- Selbstverwirklichungstendenz, kontinuierliche Entwicklung
- Ressourcenorientierung

Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie

- Nicht-direktive Therapie oder **klientenzentrierte Therapie**
- Psychische Störungen sind das Ergebnis von **Inkongruenz**
 - Diskrepanz zwischen Strebungen der allgemeinen **Aktualisierungstendenz** (Wachstumsziel) und Selbstaktualisierungstendenz (Selbstkonzept)
- Günstige **Umweltbedingungen**, gute **Eltern-Kind-Beziehung**
- Kinder: überwiegend **spielorientiert**
 - Therapeut als einfühlsamer Begleiter



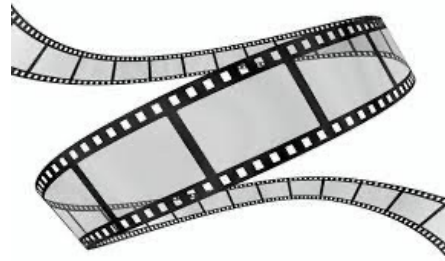
CARL ROGERS

1902-1987

Video Carl Rogers

<https://zuugs.hfh.ch/verhalten/chapter/therapieformen-des-humanistischen-modells/>

https://www.youtube.com/watch?v=r_yGBnZXFFA



Die Grundhaltung

Empathie

Das einführende
Verstehen, das
nichtwertende
Eingehen = das echte
Verständnis einer
Person

Kongruenz

Echtheit,
Unverfälschtheit,
oder/ und Transparenz
seitens Therapeut:in

Unbedingte Anerkennung/ Wertschätzung

Akzeptieren,
Anteilnahme oder
Wertschätzung
gegenüber den
Gefühlen und
Äußerungen der
Klient:innen

Humanistische Kinder- und Jugendpsychotherapie

HUMANISTISCHE PSYCHOTHERAPIE

Humanistische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Dagmar Nuding & Else Döring

Zusammenfassung: Im Beitrag wird die Entwicklung der Non-Direktiven Spieltherapie zu einer modernen Humanistischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) beschrieben. Aus Sicht der Autorinnen bildet die Personenzentriert-experientielle KJP mit den anderen humanistischen Psychotherapieverfahren eine Humanistische KJP. Eine einheitlich Humanistische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu entwickeln, hat sowohl inhaltliche als auch berufspolitische Gründe. Die Autorinnen argumentieren, dass es sinnvoll wäre, die verschiedenen Strömungen der KJP, die der humanistischen Richtung zugeordnet werden können, als eine Humanistische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anzusehen. Die moderne Personenzentriert-experientielle Kinder- und Jugendlichentherapie mit ihren unterschiedlichen Therapiemethoden kann diesem Verfahren zugeordnet werden.

Entwicklung der Humanistischen KJP

Die HKJP speist sich aus verschiedenen Quellen. Nicht alle Humanistischen Psychotherapieverfahren haben eine operationalisierte Vorgehensweise für die Anwendung mit Kindern und Jugendlichen. Wichtigste Richtungen sind die Gestalttherapie mit Violet Oaklander als weltweit bekannte Gründungsfigur, das Psychodrama mit Kindern und die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, die auf die Arbeiten von Virginia Axline basiert.

Alle humanistischen Therapierichtungen mit Kindern und Jugendlichen betonen die Wichtigkeit des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als ersten Schritt im Therapieprozess. Ebenfalls allen gemeinsam ist, dass sie nicht nur die

- Non-direktive Spieltherapie
- Weiterentwicklung: **personenzentrierte-experimentelle Spieltherapie** (Explorationsprozess anregen, Interaktionsresonanz einbeziehen)

- Fokus auf Einzigartigkeit und **Wachstumspotenzial**
- **Individuum** steht im Zentrum, nicht das Problem
- Ausgangspunkt ist **subjektive Welt des Kindes**; Fokus auf verstehen statt erklären
- Fokus Beziehung und **Non-Direktivität**; Kind inszeniert sich mit seinen Themen
- Ziele: **Selbstverwirklichung**, Ganzheit und soziale Bezogenheit und nicht primär Symptomreduktion

- Personenzentrierte Beziehungsgestaltung zur Verbesserung der **Selbstkommunikation**
- Nicht-Direktive Spiel- und Gesprächsführung zur Förderung von **selbstinitiierten intrinsisch motivierten Erfahrungsprozessen**
- Prozessleitende **Hilfen zur Inkongruenzbewältigung**:
 - z.B. **Reflexionshilfen**, Modelldemonstrationen, Grenzsetzung, Interaktionsresonanz
 - **Inkongruenz** =Widerspruch zwischen Selbst und Erfahrungen, die nicht zum Selbst passend empfunden werden/ nicht integriert werden können
 - **Inkongruenzerleben** =Affekte, die abgewehrt, verzerrt symbolisiert oder verleugnet werden, Ziel, zu befähigen, **Selbstkonzept zu reorganisieren**, die Spannungszustände abzubauen und Erfahrungen zu integrieren

**Evidenz der Wirksamkeit nicht ausreichend im Bereich der
Kinder- und Jugendpsychotherapie**

Psychotherapieschulen

3 Wellen der Verhaltenstherapie

- Verhalten beinhaltet Denken, Verhalten und Fühlen
- Introspektion, Selbsthilfe und neues Verhalten
- Emotionales Erleben als Basis psychischer Gesundheit, Reduktion der Erlebnisvermeidung



Grundprinzipien – bis heute gültig

- **Orientierung an der Empirie:** Operationalisierung von Theorie und Therapie, empirische Überprüfung, Veränderungswissen aus psychologischen Teildisziplinen und Nachbardisziplinen
- **Problemorientierung:** Behandelt wird gegenwärtige Problematik, auf Störung und Patient zugeschnitten, Störungswissen, allgemeine Problemlösefähigkeit
- **Handlungsorientierung:** Aktive Beteiligung der Patienten, nicht nur Diskussion und Reflektion, sondern Erproben neuer Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien, in- und außerhalb der therapeutischen Sitzungen
- **Kausalbedingungen als Ansatzpunkt:** Je nach prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen werden verschiedene Ansatzpunkte für dauerhafte Lösung gewählt

Die drei Wellen der Verhaltenstherapie

1950s

1960s

1) DIE BEHAVIORALE PHASE

- Der Schwerpunkt auf empirisch belegter, sichtbarer **Verhaltensänderung durch erlernbare Techniken**
 - Fertigkeitstraining
 - Token Economy, Konditionierungsmethoden



Techniken zu
einseitig bezogen
auf Komplexität
psychischer
Störungen



2) DIE KOGNITIV-BEHAVIORALE PHASE

- Beschäftigung mit **Innenwelt**
 - Systematische Denkfehler
 - Irrationale Gedanken
 - Dysfunktionale Schemata
- Psychische Störungen als Störungen der **Informationsverarbeitung**
- **Bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle**
- Revolutionärer Ansatz:
Verhaltensbegriff beinhaltet neu auch verdecktes Lernen:
Schwerpunkt auf inneres Erleben

Erste Verhaltenstherapien bei Kindern

Mary Cover Jones (1896-1987)

2 konsistent effektive Therapiemethoden zur Behandlung von Angst:

- Assoziation mit alternativer angenehmer Reaktion
- Konfrontation in Gegenwart angstloser Kinder

Mowrer & Mowrer (1938)

- Enuresis und Klingelmatte

Lovaas (1967)

- Sprachaufbau durch Verhaltensshaping bei autistischen Kindern



M.C. Jones



Abb. 5.9. Klingelmatte

Moderne KVT: 3 Klassen von Methoden

Basisfertigkeiten

- z.B. Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung, Ressourcenaktivierung und Motivationsarbeit

Störungsübergreifende Maßnahmen

- z.B. Konfrontationsverfahren, Entspannungsverfahren, operante Methoden, kognitive Methoden, Kommunikationstrainings, Training sozialer Kompetenz und Selbstkontrollverfahren, Training der Emotionsregulation (z.B. i-BEAT)

Störungsspezifische Therapieprogramme

- z.B. für Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie-Rückfallprophylaxe, Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Partnerschaftsprobleme, kindliche Ausscheidungsstörungen, Hyperaktivität und Aggressivität

Verhaltenstherapie: Wirksamkeit

Cogn Ther Res (2012) 36:427–440
DOI 10.1007/s10608-012-9476-1

ORIGINAL ARTICLE

The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses

Stefan G. Hofmann · Anu Asnaani ·
Imke J. J. Vonk · Alice T. Sawyer ·
Angela Fang

Kinder & Jugendliche

- Angststörungen → grosse Effekte
- Zwangsstörungen → besser als andere Therapiemethoden
- Depressive Störungen → mittlere Effekte, vergleichbar mit IPT, Familientherapie, besser als SSRI
- ADHS → wirksam, aber nicht besser als medikamentöse Behandlung

Die drei Wellen der Verhaltenstherapie

1990s

2024s

3) **DIE DRITTE WELLE (emotionale Wende):**
Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie
(Erweiterung, transdiagnostische,
prozessorientierte Ansätze)

dialektischer Ansatz, kombiniert
Akzeptanz mit Bedürfnis nach
Veränderung (Konzept der
Achtsamkeit und KVT)

Fokus auf
Veränderung
unzureichend
betreffend
Komplexität
psychischer
Störungen

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
Akzeptanz und Commitmenttherapie
(ACT),
Funktional Analytischen Psychotherapie
(FAP)
Cognitive Behavioral Analysis System of
Psychotherapy (CBASP)
Mindfulness-basierte kognitive Therapie
(MBCT)

zielt durch Achtsamkeit und Akzeptanz
darauf ab, Zugang zu Gedanken und
Gefühlen zu verändern

Unterstreicht Bedeutung des
Kontextes und zwischenmenschlicher
Beziehungen als Mittel
therapeutischer Veränderungen

Verbindet Praxis der Achtsamkeit
mit Prinzipien kognitiver Therapie

Kombiniert Elemente der Verhaltenstherapie,
kognitiver, psychodynamischer und der
interpersoneller Therapie zu integrativem und
zielgerichtetem Ansatz

Neue Behandlungsansätze bei Jugendlichen

- **Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes et al., 1999)**
 - Angststörungen, Anorexia Nervosa, Depressive Störungen
- **Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT, Linehan, 1993)**
 - Reduktion suzidalen Verhaltens, Reduktion selbst-verletzenden Verhaltens, Reduktion von Borderline-symptomen
- **Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT, Segal et al., 2002)**
 - ADHS, Depressive Störungen
- **Neue Technologien: Wirksamkeit von online KVT bei Kindern und Jugendlichen (Cochrane.org) für:**
 - ADHS
 - Chronische Schmerzen
 - Depressive Symptome bei chronischen Erkrankungen
 - Zwangsstörungen

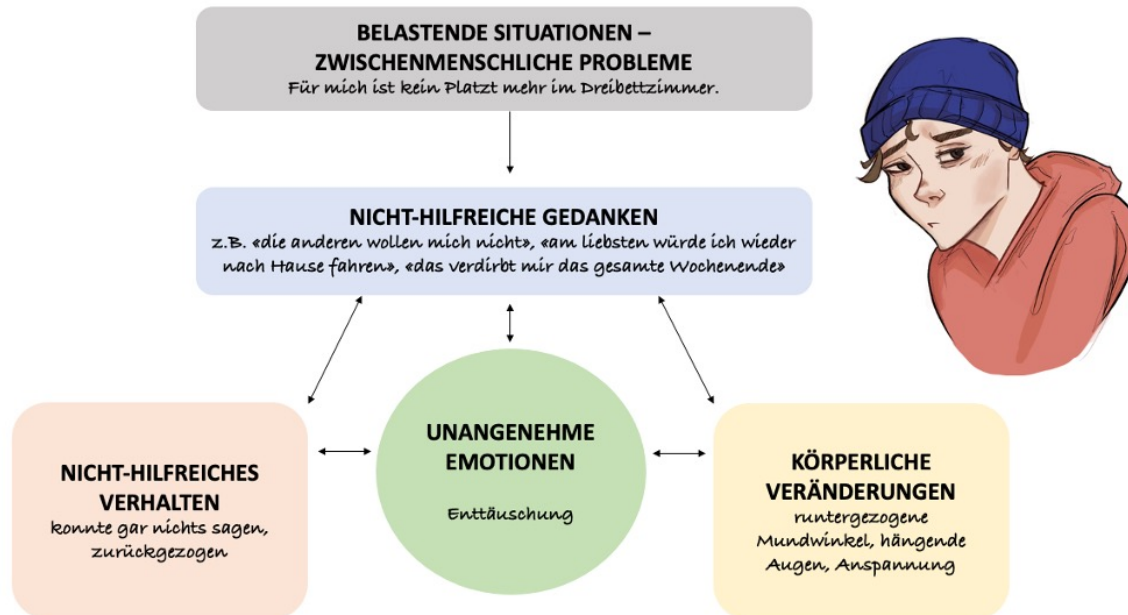
Leonie und Yannick haben je ein persönliches Beispiel des Emotionsmodells für Dich vorbereitet:

Mit meiner Fussball-Mannschaft bin ich übers Wochenende zum Snowboarden in die Berge gefahren. Ich habe mich drauf gefreut, dass ich mit meinen drei Freunden das Zimmer teilen werde. Auf der Hütte angekommen, hat sich herausgestellt, dass es keine Viererzimmer gab. Irgendwie ergab es sich, dass sich die anderen drei zusammengetan haben und für mich kein Platz mehr da war (**belastende Situation, zwischenmenschliches Problem**).

Mir sind sofort viele Gedanken durch den Kopf geschossen wie z.B. «die anderen wollen mich nicht», «am liebsten würde ich wieder nach Hause fahren», «das verdirbt mir das gesamte Wochenende» ... (**nicht-hilfreiche Gedanken**).

Ich war so enttäuscht (**unangenehme Emotion**), dass ich gar nichts dazu sagen konnte und mich zurückgezogen habe (**nicht-hilfreiches Verhalten**). Meine Enttäuschung konnte man mir vermutlich auch im Gesicht ablesen (z.B. runtergezogene Mundwinkel, hängende Augen) und ich war total angespannt (**körperliche Veränderungen**).

Yannick hat zu dieser belastenden Situation das folgende Emotionsmodell erstellt:



Neue Anwendung des KVT Dreiecks: Reduktion der Emotionsvermeidung und dysfunktionalen Bewältigung in z.B. i-BEAT Interaktion Kognitionen, Verhalten, Emotionen

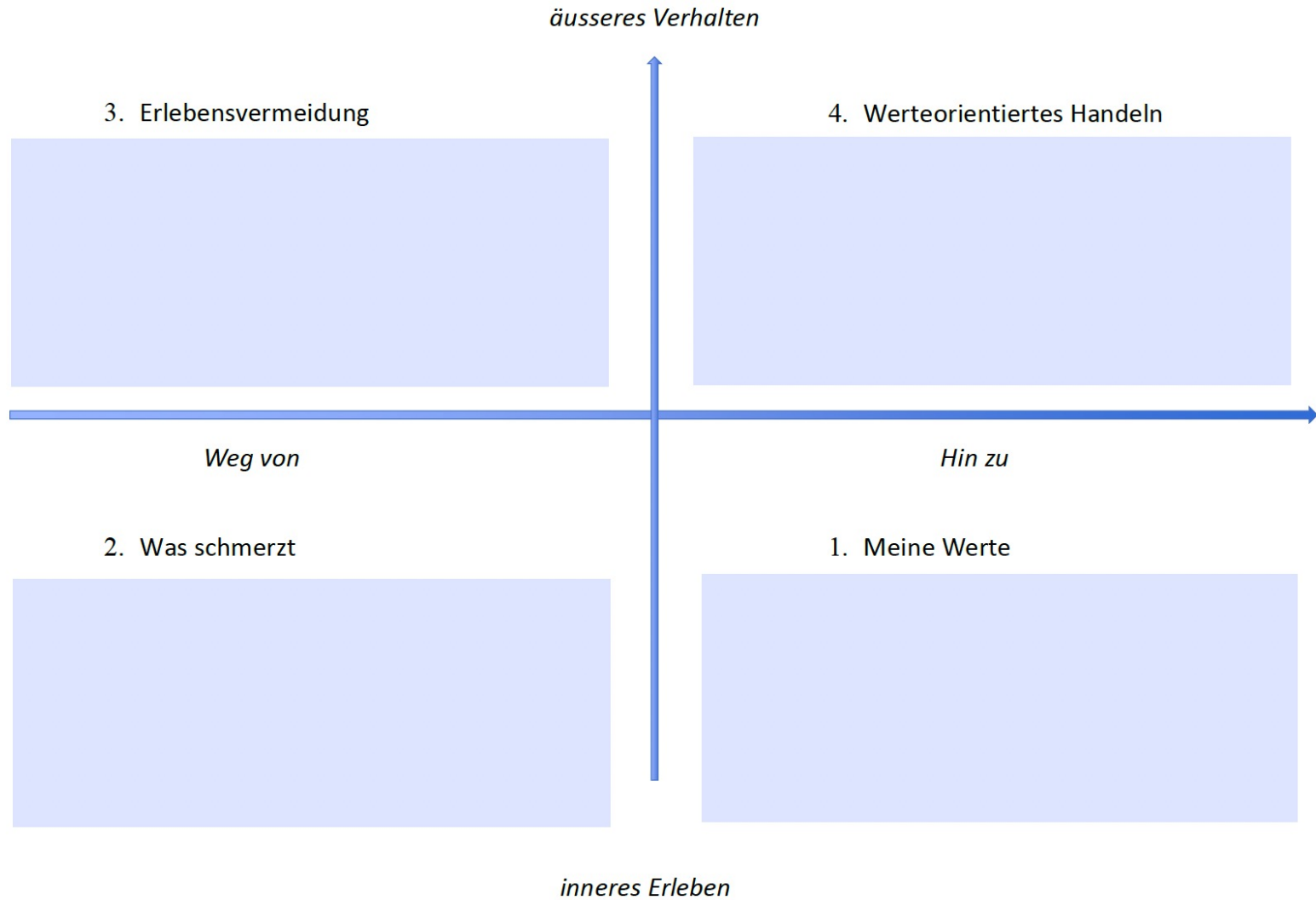
Fokus klassischer KVT verglichen mit bspw. ACT

Prinzipien	KVT	ACT
Erklärungsmodell	Dysfunktionale und automatische Kognitionen verursachen emotionalen Stress. >> Lerntheorien	Ungünstig erlernte relationale, sprachliche Netzwerke verursachen emotionalen Stress und Erfahrungsvermeidung. Dies führt zu psychischer Inflexibilität. >> Relationsbildungstheorie (RFT)
Strategien	Fehlgeleitetes Denken führt zu Störungen, die durch Lernen behoben werden können, Exposition, Restrukturierung.	Kombination von Akzeptanz und Achtsamkeit, sowie Commitmentstrategien und Verhaltensänderungen
Ziele	Fehlgeleitetes Denken konfrontieren und restrukturieren Unangenehme Emotionen verschwinden dank Restrukturierung und Exposition	In Kontakt kommen mit dem Selbst und dem Erleben, Akzeptanz und werteorientiertes Handeln Mit unangenehmen Emotionen sein



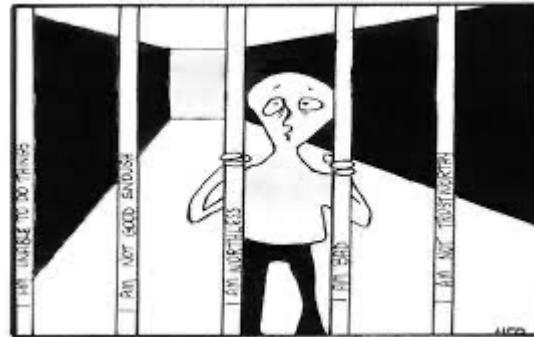
Therapiematerialien ACT

Wertematrix



ACT: Defusion

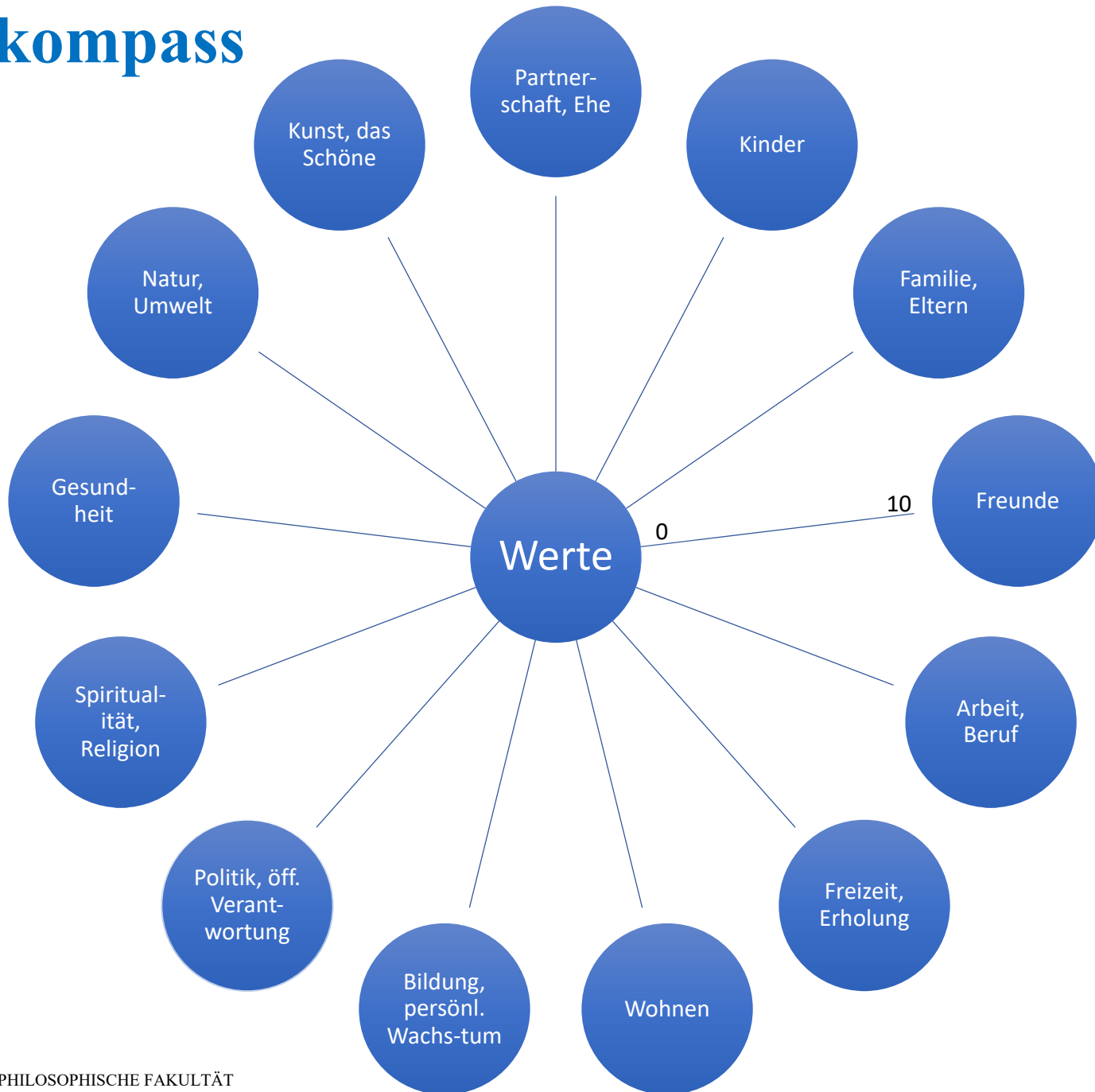
- Loslösung aus Verstrickung mit Kognitionen (und nicht Hinterfragen und „umstrukturieren“ im Vordergrund wie bei KVT)
- Abstand zu Gedanken gewinnen
- Das eine denken und das andere tun (Verhaltensrelevanz von Gedanken reduzieren)



ACT: Akzeptanz (Blätter im Fluss)



Wertekompass



Körper als ein Teil der Identität integrieren

Bausteine der Identität

Was ist mir in den einzelnen Bereichen wichtig?

Was zieht mich an? Was macht mich aus?

Wer möchte ich sein?

Soziale Beziehungen in Freundschaften

Soziale Beziehungen in Familie

Soziale Beziehungen in intimen
Beziehungen

Fehlertoleranz

Stärken, z.B. technische Affinität

Arbeit/ Studium

Körper

...

ACT: Werte

- Übung: Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um eine Laudatio über ihre Person zu Ihrem 30. Geburtstag zu halten. Für welche Werte haben Sie sich bis dahin stark gemacht, nach welchen Werten haben Sie ihr Verhalten ausgerichtet, wer hat das beobachten und erleben könne?
- Was können Sie heute tun, um diesen Werten ein bisschen näher zu kommen? Was müssen Sie dafür in Kauf nehmen?

Exkurs: Psychotherapieprozessforschung



Psychotherapieprozessforschung: Spezifische & allgemeine Wirkfaktoren

Wirksamkeit & Wirkfaktoren der Psychotherapie

Spezifische Wirkfaktoren:

Evidenzbasierte
psychotherapeutische
Interventionen
⇒ orientiert an
spezifischen Symptome
und Aufrechterhaltungs-
mechanismen

Bsp. „KVT-E bei i-BEAT“

- Auslöser von Essanfällen identifizieren
- Bewältigung trainieren (ABC-Modell)

Behandlungsergebnis = Zusammenspiel
allgemeiner Wirkfaktoren & spezifischer
Interventionen

Allgemeine Wirkfaktoren:

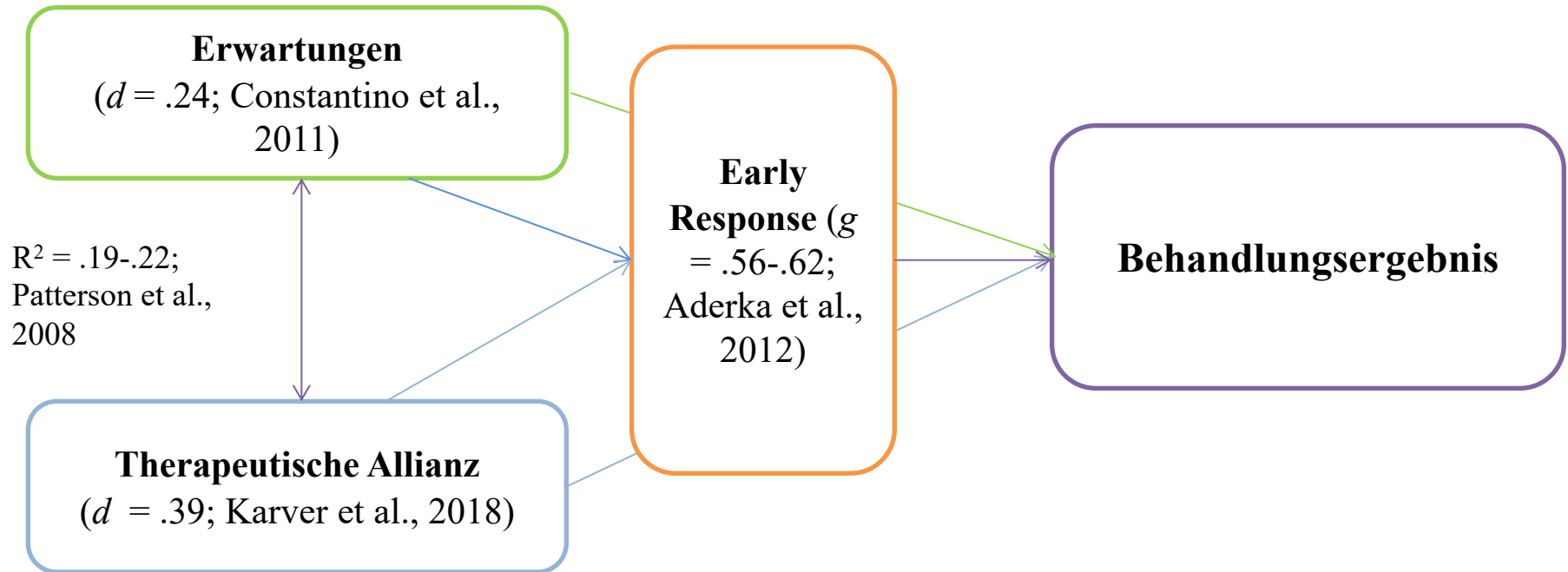
Spezifische allgemeine
Wirkfaktoren
⇒ Mechanismen des
Therapieprozesses

Bsp. „Therapeutische
Allianz“

- Bindung
- Zielgerichtete
Zusammenarbeit
- Einigkeit über Prozess

Psychotherapieprozessforschung: Allgemeine Wirkfaktoren

Prädiktoren der Therapiewirksamkeit



Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)

WAI-SR:

Bond:

3. Ich glaube meine Therapeutin mag mich.
5. Meine Therapeutin und ich achten einander.
7. Ich spüre, dass meine Therapeutin mich schätzt.
9. Ich spüre, dass meine Therapeutin auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was sie nicht gutheisst.

Tasks:

1. Durch die Therapiestunde ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.
2. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem.
10. Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.
12. Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.

Goals:

4. Meine Therapeutin und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.
6. Meine Therapeutin und ich arbeiten auf Ziele hin, über die wir uns einig sind.
8. Meine Therapeutin und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.
11. Meine Therapeutin und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.

Literaturempfehlungen

- Harris, R. (2013) Wer dem Glück hinterherrennt, läuft daran vorbei. München: Goldmann.
- Greco, L., Hayes, S. (2011) Akzeptanz- und Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Weinheim: Beltz Verlag.
- Forsyth, J., Eifert, G. (2010) Mit Ängsten und Sorgen erfolgreich umgehen. Göttingen: Hogrefe.
- Heidenreich & Michalak (2013). Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz Verlag.