



Lauth • Linderkamp (Hrsg.)

4. Auflage

# Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Praxishandbuch



E-BOOK INSIDE +  
ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

Lauth • Linderkamp (Hrsg.)

**Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen**

Gerhard W. Lauth • Friedrich Linderkamp (Hrsg.)

# Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Praxishandbuch

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

4., vollständig überarbeitete Auflage

**BELTZ**

*Anschriften der Herausgeber:*

Prof. Dr. Gerhard W. Lauth  
Psychologie und Psychotherapie in der Heilpädagogik (i.R.)  
Humanwissenschaftliche Fakultät Universität zu Köln  
Wiesenweg 6b  
50259 Pulheim - Brauweiler  
E-Mail: gerhard.lauth@uni-koeln.de

Prof. Dr. Friedrich Linderkamp  
Bergische Universität Wuppertal  
Rehabilitationswissenschaften  
Gaußstraße 20  
42119 Wuppertal  
E-Mail: linderkamp@uni-wuppertal.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28 387-8 Print  
ISBN 978-3-621-28 566-7 E-Book (PDF)

4., vollständig überarbeitete Auflage 2018

3., neu ausgestattete Auflage 2011, hrsg. von Lauth, Linderkamp, Schneider, Brack  
2., vollständig überarbeitete Auflage 2008, hrsg. von Lauth, Linderkamp, Schneider, Brack  
1. Auflage 2001, hrsg. von Lauth, Brack, Linderkamp

© 2018 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa  
Bildnachweis: gettyimages/Image Source  
Herstellung: Uta Euler  
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld  
Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Vorwort zur vierten Auflage 11

## **I Einführung** 13

**1 Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen** 14  
*Gerhard W. Lauth • Friedrich Linderkamp*

**2 Rechtliche Bedingungen in der Bundesrepublik Deutschland** 35  
*Christof Stock*

**3 Abrechnung von Leistungen** 61  
*Josef Könning*

## **II Therapie in einzelnen Störungsbereichen** 75

**4 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1): Alkohol- und Drogenkonsum** 76  
*Stephan Mühlig • Jeanine Paulick*

**5 Computerspielabhängigkeit und Internetsucht** 89  
*Katerina Stetinova • Michael Borg-Laufs*

**6 Schizophrene Erkrankungen in der Adoleszenz** 99  
*Marc Schmid*

**7 Manie und bipolare Störungen** 118  
*Thomas D. Meyer • Claudia Lex*

**8 Depression** 133  
*Cecilia A. Essau • Morena Lauth-Lebens*

**9 Spezifische Phobien** 148  
*Tina In-Albon • Simone Pfeiffer*

<b>10</b>	<b>Soziale Phobie und Schüchternheit</b>	161
	<i>Silvia Schneider • Michael Standke</i>	
<b>11</b>	<b>Störung mit Trennungsangst</b>	173
	<i>Klaus Sarimski • Silvia Schneider</i>	
<b>12</b>	<b>Schulabsentismus</b>	183
	<i>Jürgen Bellingrath • Friedrich Linderkamp</i>	
<b>13</b>	<b>Zwangsspektrum-Störungen</b>	199
	<i>Manfred Döpfner</i>	
<b>14</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	208
	<i>Regina Steil • Stephanie Schuchhardt • Silvia Schneider</i>	
<b>15</b>	<b>Anorexia Nervosa</b>	224
	<i>Andrea Wyssen • Simone Munsch</i>	
<b>16</b>	<b>Bulimia Nervosa</b>	238
	<i>Ina Beintner • Corinna Jacobi</i>	
<b>17</b>	<b>Adipositas</b>	251
	<i>Simone Munsch • Kerstin Stülb</i>	
<b>18</b>	<b>Binge-Eating-Störung</b>	262
	<i>Anja Hilbert • Ricarda Schmidt • Anne Tetzlaff</i>	
<b>19</b>	<b>Schlafstörungen</b>	273
	<i>Anja Sterzenbach</i>	
<b>20</b>	<b>Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>	284
	<i>Babette Renneberg • Renate Böhme</i>	
<b>21</b>	<b>Intellektuelle Entwicklungsstörungen (Intelligenzminderung)</b>	298
	<i>Germain Weber</i>	
<b>22</b>	<b>Sprachentwicklungsstörungen</b>	312
	<i>Benjamin Haller • Dietmar Grube • Friedrich Linderkamp</i>	

<b>23</b>	<b>Lese- und Rechtschreibschwäche</b> <i>Matthias Grünke • Anna-Maria Hintz</i>	323
<b>24</b>	<b>Rechenschwäche (Dyskalkulie)</b> <i>Andreas Warnke • Petra Küspert • Ellen Baier</i>	332
<b>25</b>	<b>Allgemeine Lernstörungen</b> <i>Gerhard W. Lauth • Morena Lauth-Lebens</i>	344
<b>26</b>	<b>Autismus-Spektrum-Störungen</b> <i>Karolin Ullrich</i>	358
<b>27</b>	<b>Hyperkinetische Störungen</b> <i>Gerhard W. Lauth • Morena Lauth-Lebens</i>	369
<b>28</b>	<b>Störung des Sozialverhaltens</b> <i>Johanna Hartung</i>	384
<b>29</b>	<b>Bullying</b> <i>Herbert Scheithauer • Tobias Hayer</i>	397
<b>30</b>	<b>Delinquenz</b> <i>Andreas Beelmann • Gerhard W. Lauth</i>	409
<b>31</b>	<b>Oppositionelles Trotzverhalten</b> <i>Bernd Heubeck • Morena Lauth-Lebens</i>	420
<b>32</b>	<b>Mutismus</b> <i>Morena Lauth-Lebens • Carmen Adornetto</i>	436
<b>33</b>	<b>(Reaktive) Bindungsstörungen im Kindesalter</b> <i>Peter Zimmermann • Elisabeth Fremmer-Bombik • Simon Meier • Alexandra Iwanski</i>	448
<b>34</b>	<b>Tic-Störungen</b> <i>Manfred Döpfner</i>	460
<b>35</b>	<b>Störungen der Ausscheidung</b> <i>Heinz Süß-Burghart • Michael Standke</i>	467

- 36 Fütter- und Essstörungen bei kleinen und behinderten Kindern** 480  
*Heinz Süß-Burghart*
- 37 Exzessives Schreien** 492  
*Margarete Bolten*
- 38 Selbstverletzendes Verhalten** 505  
*Johannes Rojahn • Pia Bienstein*
- 39 Stottern** 521  
*Barbara Schlup • Gerhard W. Lauth*
- 40 Chronische Kopfschmerzen** 532  
*Helmut Saile*
- 41 Suizidalität** 542  
*Sylvia Schaller • Armin Schmidtke*

### **III Training und Ausbildung von übergreifenden Kompetenzen** 555

- 42 Bewältigung von invasiven Eingriffen (Operationen)** 556  
*Stephan Mühlig*
- 43 Stressbewältigung** 567  
*Johannes Klein-Heßling • Arnold Lohaus*
- 44 Bewältigung von Behinderung in der Familie** 579  
*Jennifer Beck • Heinrich Tröster*
- 45 Umgang mit chronischen Krankheiten** 589  
*Christiane Hermann*
- 46 Familieninteraktion und -kommunikation** 603  
*Helmut Saile*
- 47 Intellektuelle Förderung (Denken)** 610  
*Karl Josef Klauer • Gerhard W. Lauth*

<b>48</b>	<b>Problemlösen fördern</b>	621
	<i>Gerhard W. Lauth • Morena Lauth-Lebens</i>	
<b>49</b>	<b>Soziale Kompetenzen</b>	632
	<i>Friedrich Linderkamp • Timo Henning</i>	
<b>IV</b>	<b>Therapeutische Methoden und Einzelverfahren</b>	641
<b>50</b>	<b>Kontingenzmanagement (Verstärkerpläne)</b>	642
	<i>Friedrich Linderkamp • Sören Lüdeke</i>	
<b>51</b>	<b>Verhaltensformung (Shaping)</b>	660
	<i>Gerhard W. Lauth</i>	
<b>52</b>	<b>Rollenspiel</b>	673
	<i>Friedrich Linderkamp • Bodo Przibilla</i>	
<b>53</b>	<b>Selbstinstruktionstraining</b>	686
	<i>Gerhard W. Lauth • Morena Lauth-Lebens</i>	
<b>54</b>	<b>Selbstmanagement-Therapie</b>	696
	<i>Satyam Antonio Schramm</i>	
<b>55</b>	<b>Verhaltensverträge</b>	706
	<i>Gerhard W. Lauth • Jürgen Bellingrath</i>	
<b>56</b>	<b>Entspannungstraining</b>	717
	<i>Helmut Saile</i>	
<b>57</b>	<b>Konfrontationsverfahren (Graduelle Annäherung)</b>	725
	<i>Silvia Schneider</i>	
<b>58</b>	<b>Bezugsperson als Co-Therapeut</b>	735
	<i>Friedrich Linderkamp • Udo B. Brack</i>	
<b>59</b>	<b>Biofeedbackverfahren</b>	743
	<i>Bernhard Müller • Morena Lauth-Lebens</i>	

<b>60</b>	<b>Achtsamkeit</b> <i>Friedrich Linderkamp</i>	753
<b>61</b>	<b>Schematherapie</b> <i>Christof Loose</i>	770
<b>62</b>	<b>Beratung von Eltern und anderen Erziehungspersonen</b> <i>Gerhard W. Lauth • Morena Lauth-Lebens</i>	784
<b>V</b>	<b>Verhaltenstherapie in Einrichtungen und auf Stationen</b>	791
<b>63</b>	<b>Verhaltenstherapie in stationären klinischen Einrichtungen</b> <i>Heiner Vogel • Gabriele Tavan</i>	792
<b>64</b>	<b>Verhaltenstherapie in Praxen und Beratungsstellen</b> <i>Michael Borg-Laufs</i>	802
<b>65</b>	<b>Verhaltenstherapie in der Schule: gruppenorientiertes Kontingenzmanagement</b> <i>Bernd Heubeck</i>	815
<b>VI</b>	<b>Qualitätssicherung und Evaluation</b>	825
<b>66</b>	<b>Erfolgs- und Qualitätskriterien</b> <i>Andreas Beelmann</i>	826
<b>67</b>	<b>Kontrolle der Wirksamkeit und des Therapieverlaufs</b> <i>Henri Julius</i>	837
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	851
	Sachwortverzeichnis	857

## Vorwort zur vierten Auflage

Die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen hat sich seit Erscheinen der dritten Auflage dieses Buches deutlich weiterentwickelt. Dies geht schon allein aus der stetig gewachsenen Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten hervor, die teils in niedergelassenen Praxen, teils in Kliniken und Beratungs- und Rehabilitationseinrichtungen tätig sind. Aber auch die Forschung zur Entstehung und zum Fortdauern psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen hat sich seit dem Erscheinen der Drittauflage merklich verbessert. Entwicklungspsychopathologische und multifaktorielle Störungsmodelle sind die Regel geworden. Es sind Modelle entwickelt worden, die sich zum größeren Teil auf epidemiologische und Längsschnittuntersuchungen beziehen und das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren in der menschlichen Entwicklung differenziell nachvollziehen.

Zahlreiche sowohl internationale als auch deutschsprachige Wirksamkeitsuntersuchungen beschäftigen sich mit der Tauglichkeit der therapeutischen Interventionen. Sie bescheinigen verhaltenstherapeutischen Interventionen eine zumeist befriedigende bis gute Wirksamkeit.

Das vorliegende Buch versteht sich als Nachschlagewerk, das eine breitere Leserschaft rasch über den aktuellen Stand der Forschung, über die Kriterien psychischer Störungen, ihr Vorkommen in der Gesellschaft sowie die verhaltenstherapeutische Behandlung und deren erwartbare Wirksamkeit informieren soll. Das Buch soll ein Praxisbuch sein. Praktische, knappe, verständliche und umfassende Informationen stehen im Vordergrund. Eine leserfreundliche und sprachlich gut verständliche Darstellung liegt uns dabei sehr am Herzen. Deshalb werden die einzelnen Störungen nach einer einheitlichen Gliederung dargestellt: einführendes Fallbeispiel, die diagnostischen Kriterien der Störung, Verbreitung und Altersrelevanz der Störung, genaue Anleitung zur Diagnostik, Therapieplanung, (kurze) Darstellung der Wirksamkeit der Therapie und instruktive Literaturempfehlungen.

Ferner werden die wichtigsten Interventionsmaßnahmen innerhalb der Behandlung einzeln erläutert, die rechtlichen Rahmenbedingungen der Therapie von Kindern und Jugendlichen dargestellt sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation der Therapien vorgestellt.

Wie in den vorherigen Ausgaben, stehen auch in der 4. Auflage Patienteninformationen zu allen im Buch beschriebenen Störungen zur Verfügung. Sie finden diese im Anhang des zugehörigen E-Books zum Ausdrucken. Diese Merkblätter informieren kurz und prägnant über die jeweilige Störung und ihre verhaltenstherapeutische Behandlung. Sie richten sich hauptsächlich an die Eltern, aber auch an die pädagogischen Fachkräfte an Schulen und Kindertagesstätten bzw. Betreuungseinrichtungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Es gilt, vielen Personen Dank zu sagen! Zunächst den Autorinnen und Autoren der insgesamt 67 Beiträge für ihre Sachkenntnis und ihr Engagement, aber auch für ihre Bereitschaft, auf unsere Gestaltungsvorschläge einzugehen und sie umzusetzen. Dank gilt Frau Kühnle Zerpa vom Beltz Verlag, die die Neuauflage als Lektorin begleitet hat.

Wir hoffen, dass das Buch seinen Platz als Praxishandbuch findet. Praktische Rückmeldungen sind uns ausgesprochen willkommen.

Köln und Wuppertal im Mai 2018

*Gerhard W. Lauth*  
*Friedrich Linderkamp*

## I Einführung

# 1 Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Gerhard W. Lauth • Friedrich Linderkamp

Die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist eine eigenständige Therapie, die besondere Qualifikationen erfordert. Anerkannt als so genanntes Richtlinienverfahren wird die Therapie von approbierten Therapeuten ausgeführt, deren Leistungen nach einem festen Schlüssel vergütet werden. Die Therapierichtung erfreut sich einer durchgängigen Beliebtheit und beträchtlicher Verbreitung. Viele psychotherapeutische Leistungen werden als verhaltenstherapeutische Interventionen erbracht, die Nachfrage nach einer verhaltenstherapeutischen Zusatzausbildung ist dementsprechend groß und Eltern sowie Lehrer stehen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung positiv gegenüber.

## 1.1 Drei Phasen der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen blickt auf eine etwa 80-jährige Tradition zurück. Dabei lassen sich drei große Phasen unterscheiden:

### Erste Phase – Orientierung an den Lerntheorien

In der ersten Phase waren die Therapien sehr eng an Lerntheorien (klassisches Konditionieren, operantes Konditionieren, Behaviorismus) orientiert. Beispielsweise veröffentlichten Watson und Rayner 1920 einen Bericht über »Albert«, einen elf Monate alten Säugling, der Angst vor einer weißen Ratte aufbaute, nachdem ihr Erscheinen mehrmals mit einem erschreckend lauten Geräusch gekoppelt worden war. Albert reagierte darauf mit Weinen, Abwenden und deutlichen Anzeichen von Unbehagen. Diese Reaktion übertrug sich rasch auf die Ratte selbst und seine Angst generalisierte danach auf andere pelzartige Objekte. Damit war belegt, dass Angst nach dem Modell des klassischen Konditionierens erzeugt werden kann. Einige Jahre später legte Jones (1924) eine Therapiestudie vor, in der die Wirkmechanismen des klassischen Konditionierens zur Beseitigung kindlicher Angst vor einem Kaninchen eingesetzt wurden. Dabei wurde eine »Gegenkonditionierung« eingesetzt. Dem Kind wurde in Gegenwart des Kaninchens, welches sich zunächst noch recht weit entfernt befand, süßer Brei verabreicht. Allmählich wurde das Kaninchen näher gerückt, wenn das Kind angstfrei blieb. Auch bei dieser Gegenkonditionierung wurde eine Generalisierung beobachtet.

Dieses Vorgehen wurde aufgrund seiner Praktikabilität und seines Erfolgs in einer Vielzahl von Therapiestudien verwendet, die sich auf das klassische Konditionieren und die daraus abgeleiteten Therapiemechanismen (graduelle Konfrontation mit dem Angstreiz, Desensibilisierung) bezogen.

Andere Therapien waren vom Paradigma des operanten Konditionierens insbesondere Skinnerscher Prägung bestimmt. Die Therapien waren sehr alltagsnah angelegt und versuchten, das problematische Verhalten eines Kindes unter Nutzung der in den 1930er und 40er Jahren erarbeiteten Lerngesetze möglichst direkt und umstandslos zu verändern. Zumeist wurde ein sehr konsequentes Kontingenzmanagement durchgeführt. Beispielsweise wurde das beklagte Störverhalten eines Kindes zunächst sehr akribisch analysiert (etwa ausführliche Verhaltensanalyse mit den Bezugspersonen des Kindes, Verhaltensbeobachtungen im Alltag, Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion durch eine Einwegscheibe) und im Rahmen funktionaler Bedingungsbeziehungen erklärt. Die Diagnose bezog sich dementsprechend weniger darauf, die Störung des Kindes differentialdiagnostisch zu klassifizieren (etwa als »Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten« – F91.3), sondern die funktionalen Bedingungsbeziehungen festzuhalten. Die Therapie hatte dann schließlich dafür zu sorgen, dass die Eltern ihre Verhaltenskontingenzen im Alltag veränderten, und beispielsweise mit Zuwendung und Lob auf wünschenswertes Verhalten reagierten, aber mit Ignorieren und Bestrafung auf die aufsässigen und normwidrigen Verhaltensanteile. Ferner lernten die Eltern problematische Situationen umzugestalten (etwa beim Hausaufgaben machen). Sehr bezeichnend für diese Phase ist, dass man den Erfolg dieser Therapien unmittelbar in so genannten Therapieplänen prüfte. Ein solcher Therapieplan bestand beispielsweise darin, dass man zuerst die Häufigkeit beispielsweise oppositionell-aggressiven Verhaltens in seiner Grundrate ohne therapeutische Intervention festhielt, in einer anschließenden Interventionsphase wurden therapeutische Prinzipien (etwa Ignorieren des oppositionell-aggressiven Verhaltens, systematische Verstärkung des angemessenen Verhaltens) eingeführt, die in einer dritten Phase erneut ausgesetzt und in einer vierten Phase schließlich wieder realisiert wurden (sog. ABAB-Therapiepläne). Wenn sich die Häufigkeit des oppositionell-aggressiven Verhaltens unter diesen Bedingungen wirklich systematisch verändert, bestätigt sich der gewählte Therapieansatz und die realisierte Intervention führt zum Erfolg. Diese Schilderung macht auch deutlich, wie sehr die Therapien am Alltagsverhalten orientiert waren und die Bedingungen im Alltag zu verändern versuchten (etwa das Verhalten der Bezugspersonen). Dieser Ansatz brachte eine große Zahl von sehr gut kontrollierten Einzelfalluntersuchungen hervor (bspw. zum frühkindlichen Autismus, zu stereotypem Verhalten, aggressivem Verhalten).

### **Zweite Phase – Kognitive Wende**

Die kognitive Wende Ende der 1970er Jahre bezog die Therapien stärker als zuvor auf die gedanklichen Anteile am auffälligen Verhalten. Forscher wie Kanfer, Mahoney, Meichenbaum, Ellis und Beck gingen nicht mehr davon aus, dass die fehlangepassten Verhaltensweisen eines Kindes unmittelbar konditioniert wurden, wie es Skinner und das operante Paradigma noch unterstellt hatten. Vielmehr nahmen sie an, dass das Verhalten durch Gedanken (etwa Selbstanweisungen, Situationswahrnehmungen, Überzeugungen, Einstellungen) vermittelt wird. Die Gedanken aber – so das Therapiemodell – sind letztlich nichts anderes als verinnerlichtes Sprechen (Selbstanwei-

sungen). Dementsprechend lag es nahe, dass man in der Therapie unangemessene Selbstaussagen aufdeckte und günstigere Selbstanweisungen bis hin zum verinnerlichten Sprechen (Denken) einübte. Im Zuge dieser Therapien sollte das Kind lernen, sein Verhalten im Alltag zunehmend besser selbst zu steuern. Dieser Therapieansatz orientiert sich zwar noch recht eng an den Lerngesetzen, erweitert aber die Therapiemethoden um Methoden zur Veränderung der Selbstanweisungen, der Alltagswahrnehmung sowie der sozialen und kognitiven Fertigkeiten. Die Therapie konnte so als eine Abfolge exemplarischer Übungen (Training) gestaltet werden, in der das Kind geeignete Selbstanweisungen erlernte und unter Mithilfe von Bezugspersonen auf den Alltag übertrug.

Damit wurde – wohl unter dem Einfluss der mittlerweile ganz eindeutig dominierenden Erwachsenentherapie – die Veränderung der Kognitionen zum Therapieinhalt (z. B. die Ausbildung angemessener Situationswahrnehmungen bei aggressiven Kindern, das Verfolgen mittelschwerer Ziele bei lernunwilligen Kindern, das Erlernen von bewältigungsorientierten Selbstanweisungen bei impulsiven Kindern, die Veränderung der sozialen Wahrnehmung bei aggressiven Jugendlichen, der Erwerb von rationalen Denk- und Problemlösestrategien bei depressiven Jugendlichen). Diese Neuorientierung hatte den Vorteil, dass sich die Therapie nach einem eher »ärztlichen Therapie-Modell« organisieren ließ, d. h. die Therapie konnte nun weit stärker als zuvor in den Therapieräumen und im Gespräch mit den Eltern oder dem Kind durchgeführt werden. »Therapiert« wurde dabei weniger das konkrete Verhalten im Alltag als vielmehr dessen geistige Repräsentationen, nämlich, was die Eltern, das Kind oder der Jugendliche als handlungsleitende Vorstellung nannten bzw. was die Forschung als zentrale kognitive Anteile der Störung bestimmte (z. B. ein verzerrtes Wahrnehmungsmuster bei Störung des Sozialverhaltens).

Seit Ende der 1970er Jahre wurde auch eine große Zahl von Therapiemanualen (etwa zum Abbau von Impulsivität, Reduzierung von aggressivem Verhalten, Verbesserung der Selbstbehauptung, Steigerung der sozialen Kompetenz, Antistress-Training) vorgelegt, die einerseits charakteristische Übungen mit den Kindern vorschlugen und andererseits die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen (Eltern, Lehrer) strukturieren. Eine Entwicklung, die auch durch die nun nahezu flächendeckende Anwendung der ICD-8 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-8, Weltgesundheitsorganisation) gefördert wurde, weil damit homogene Störungsgruppen definiert werden konnten.

Der Rückgriff auf die differentialdiagnostischen Klassifikationssysteme (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10) begünstigt das schon genannte »arztanaloge Vorgehen«. Dies beginnt bereits bei der Diagnostik. Um beispielsweise eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) zu erkennen, reichen die Berichte der Bezugspersonen (Eltern, Lehrer), Selbstberichte des Kindes oder Jugendlichen und Beobachtungen im Therapieraum sowie die differentialdiagnostischen Abklärungen völlig aus. Diese Diagnostik lässt sich zur Gänze im Therapieraum durchführen. Ein Hausbesuch bei den Eltern, die Beobachtung des Interaktionsver-

haltens Mutter-Kind oder die direkte Verhaltensbeobachtung in Kindergarten oder Schule sind hingegen nicht erforderlich (wohl aber wünschenswert).

### **Dritte Phase – Schematherapie**

Die Schematherapie hat seit den 2010er Jahren einen unverhofften Siegeszug angetreten. Sie versteht sich als dritte Welle der Verhaltenstherapie. Im Kern erweitert sie die kognitive Verhaltenstherapie um übergreifende gedankliche Repräsentationen der eigenen Person bzw. der eigenen Realität. Zusammengefasst werden diese unter dem Begriff der Schemata. Darunter werden früh erworbene Erinnerungen, Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen verstanden, welche in Folge emotionaler Schlüssel-situationen (z.B. Zurückweisung durch die Eltern, Vernachlässigung von Grundbedürfnissen) entstehen und in diesen oder ähnlichen Situationen aktiviert werden (Loose et al., 2013). Um beispielsweise eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) zu behandeln, werden nun die vorherrschenden Interaktionsschemata und Zustandsmodi herausgearbeitet. Oft werden typisierende Begriffe gewählt, die beispielsweise die Art der Interaktion bildhaft veranschaulichen (z. B. Opfer-Verfolger, kritisches Eltern-Ich) oder die Art der bevorzugten Bewältigung ausdrücken (z. B. Bestrafer, Abtaucher, innerer Kritiker; vgl. Kap. 61). Hier verzahnen sich neo-analytisches, transaktionsanalytisches und verhaltenstherapeutisches Gedankengut in durchaus kreativer Weise. In der Therapie geht es um das Auffinden von Mustern; beispielsweise das Erkennen von Eltern-Kind-Interaktionsmustern, die Feststellung von Modi (z. B. verletzliches Kind, undiszipliniertes Kind, kompetentes Kind, Erdulder/Anbiederer), das Erkennen der Grundbedürfnisse der beteiligten Personen etc. Diese Klärung wirkt wie eine Sinnstiftung; die Störung kann in einem erweiterten Blickwinkel gesehen werden, was die Motivation der Patienten erhöht und stimmige Ansatzpunkte der Selbst- bzw. Interaktionsänderung schafft. Der Einsatz dieser Mittel beschränkt sich keineswegs nur auf ältere und sprachfähigere Kinder und Jugendliche, sondern kann sich auch im Falle einer Enuresis bei einem Fünfjährigen auf die Eltern und die Klärung von Grundbedürfnissen beziehen.

Dieser kurze Rückblick verdeutlicht den Weg, den die Verhaltenstherapie beschritten hat. Die Therapie ist nach wie vor am Verhalten orientiert, hat sich aber neue Möglichkeiten der therapeutischen Einflussnahme erschlossen. Hierzu gibt es ein weitreichendes und gut erprobtes Methodeninventar. Außerdem ist dieser Weg durch die zunehmende Professionalisierung gekennzeichnet, in der die Therapie bevorzugt in Räumen und in Interaktion von einzelnen Personen stattfindet. Infolgedessen werden einige der durchaus erprobten und leicht zugänglichen früheren Vorgehensweisen (etwa Co-Therapeutentraining, systematische Beeinflussung der Verstärkerkontingenzen, alltagsnahe Organisation der Therapie, diagnostische Erhebungen im Alltag, Gruppentherapie) derzeit eher zu wenig angewandt. Es gilt, sie wieder neu zu entdecken.

## 1.2 Verbreitung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

**Untersuchungen zur Prävalenz in der BRD.** Aktuellere Daten über die Verbreitung von psychischen Störungen in der BRD stellen vor allem die umfassenden Erhebungen des Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) und die nachfolgenden Bella-Studien bereit. Diesen Erhebungen zufolge gehören 17–20 % der Kinder und Jugendlichen nach Elternbericht einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten an. Darunter fallen auch grenzwertige Auffälligkeiten, die ein Risiko darstellen. Diese Zahl erweist sich auch über verschiedene Erhebungszeitpunkte als recht stabil; s. Tab. 1.1).

**Tabelle 1.1** Häufigkeiten von psychischen Auffälligkeiten in aktuellen deutschsprachigen Untersuchungen

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten	Informationsquelle	Alter der Kinder/ Jugendlichen (Stichprobengröße N)	Studie	Autoren
20 % (grenzwertig oder auffällig)	Eltern, Kind/ Jugendlicher	3–17 Jahre (N = 17.641)	Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) Basiserhebung 2003–2006	Scheidt-Nave et al. (2007)
20,2 % (grenzwertig oder auffällig)	Eltern, Kind/ Jugendlicher	0–17 Jahre (N = 13.368) 4.455 Ersteingeladene; 7.913 Wiedereingeladene	Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) Nachfolgeerhebung 2009–2012	Hölling et al. (2014) Lange et al. (2014)
17,6 % (Diagnose)	Eltern, Kind, Lehrer, Experten, Akten		Metaanalyse mit 33 Studien aus der BRD (1971–2007)	Barkmann & Schulte-Markwort (2017)
10 % (mental health problem)	Eltern, Kind/ Jugendlicher	7–17 Jahre (N = 1.255)	Bella Studie (Längsschnittstudie über 6 Jahre und bisher 4 Erhebungen)	Ravens-Sieberer et al. (2015)
14,5 % (special mental health problem)	Eltern, Kind/ Jugendlicher	7–17 Jahre (N = 2.863)	Bella Studie (Längsschnittstudie über 6 Jahre und bisher 4 Erhebungen)	Ravens-Sieberer et al. (2008)

Demnach bedürfen etwa 2,36 Millionen Kinder und Jugendliche einer Diagnose, Beratung und/oder Behandlung (Barkmann & Schule-Markwort, 2017).

Nach Elternangaben wiesen die Kinder und Jugendlichen hauptsächlich folgende Auffälligkeiten auf (Klasen et al., 2016):

- ▶ 12,2 % klinisch relevante Auffälligkeiten einer Störung des Sozialverhaltens
- ▶ 11,2 % klinisch relevante Auffälligkeiten einer Depression
- ▶ 10,6 % klinisch relevante Auffälligkeiten einer Angststörung
- ▶ 5,7 % klinisch relevante Auffälligkeiten einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Hyperkinetische Störung)

**Internationale Metaanalysen.** Diese Untersuchungen stellen weltweit mit 13,4 % eine leicht geringere Häufigkeit von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen fest (Polanczyk et al., 2015), wobei

- ▶ Ängste (6,5 %),
- ▶ Externalisierende Störungen (disruptive disorders) (5,7 %),
- ▶ Hyperkinetische Störungen (3,4 %),
- ▶ Depressive Störungen (2,6 %)

besonders oft diagnostiziert werden. Die geringeren Zahlenangaben der internationalen Metaanalysen dürften darauf beruhen, dass in den bundesrepublikanischen Erhebungen (KIGGS-Studie, Bella-Studien) auch allgemeiner Bedarf an Beratung und Abklärung erfasst wurde.

Die Ergebnisse belegen über alle Störungen hinweg mehr psychische Störungen

- ▶ bei Jungen (6,4 % gegen 4,5 % bei Mädchen),
- ▶ im großstädtischen Raum (7,1 % gegen 3 % im ländlichen Bereich),
- ▶ bei niedrigem Sozialstatus (8,1 % gegen 4,7 % bei hohem Sozialstatus).

Das Risiko für eine psychische Störung ist deutlich erhöht, wenn psychosoziale Risiken in der Familie oder bei den Eltern vorhanden sind (Ravens-Sieberer et al., 2007; s. a. Abschn. 1.3). Statistisch wird hier häufig die Odds Ratio (OR) berechnet, die ausdrückt, wie stark bestimmte Risikofaktoren mit psychischen Störungen zusammenhängen. Sie besagt, um wie viel größer die Chance in der Gruppe mit Risikofaktor ist zu erkranken – verglichen mit der Chance in der Gruppe ohne diesen Risikofaktor. Werte  $> 1$  zeigen an, dass eine psychische Störung häufiger unter einem bestimmten Risiko auftritt. Deutlich erhöhte Risiken bestehen vor allem dann, wenn

- ▶ die Kinder aus konfliktbelasteten Familien kommen (OR 4,94; 95 % KI: 3,09–7,90),
- ▶ die Kinder aus Familien stammen, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit und Jugendzeit als nicht harmonisch empfunden haben (OR 2,77; 95 % KI: 1,83–4,19),
- ▶ die Kinder aus Familien stammen, in denen die Erziehenden eine unglückliche Partnerschaft führen (OR 2,72; 95 % KI: 1,66–4,43),
- ▶ eine psychische Erkrankung bei Mutter oder Vater (OR 2,40; 95 % KI: 1,66–3,46) vorliegt,
- ▶ das Kind in einem Ein-Eltern-Haushalt (OR 2,07; 95 % KI: 1,42–3,03) aufwächst.

### 1.3 Verlauf der Störungen

Nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychopathologie verlaufen psychische Auffälligkeiten ganz unterschiedlich: Eine psychische Störung kann fortbestehen oder auch remittieren (Genesung), die bisherige psychische Gesundheit kann in eine psychische Störung einmünden oder sie kann fortdauern. Man unterscheidet mithin zwischen diskontinuierlichen und kontinuierlichen Verläufen. Dieser Verlauf wird aber nur in Längsschnittstudien sichtbar, in Studien also, die eine möglichst unausgelesene Ausgangsgruppe über mehrere Jahre begleiten. Insbesondere bei der Bella-Studie ist das der Fall; es handelt sich um eine repräsentative Stichprobe von 1.255 Kindern und Jugendlichen, die bisher in vier Erhebungen und über sechs Jahre hinweg untersucht wurden. Die Verlaufsstudie gibt genauere Hinweise über die »Wanderungsbewegungen« zwischen psychischer Gesundheit und psychischen Störungen. Ihre Ergebnisse machen deutlich, wie veränderlich der psychische Gesundheitsstatus ist (Ravens-Sieberer et al., 2015):

- ▶ Bei 15,5 % (n = 194) verschwand die psychische Störung (diskontinuierliche Entwicklung).
- ▶ Bei (nur) 2,9 % (n = 36) bestand eine durchgängige psychische Störung über alle vier Erhebungszeitpunkte und über die sechs Jahre hinweg (kontinuierliche Entwicklung).
- ▶ 74,3 % (n = 933) blieben über die Gesamtzeitspanne und alle vier Erhebungen hinweg frei von psychischen Störungen (kontinuierliche Entwicklung).

Bei den vier Erhebungszeitpunkten remittierten jedoch auch zwischen 48,5 und 69,9 % der psychischen Störungen (die psychische Störung ist nicht mehr feststellbar) und zwischen 6,6 und 7,8 % der psychisch gesunden Kinder / Jugendliche entwickelten eine psychische Störung.

Es finden also beträchtliche »Wanderungsbewegungen« statt. Demnach ist der Verlauf einer psychischen Störung nicht von vornherein festgelegt, sondern veränderlich. Denn die Störung kann fortbestehen aber auch verschwinden, sie kann sich auch deutlich verschlechtern und in eine schwerwiegendere Problematik übergehen. Der Prozentsatz durchgängig problematischer Kinder ist jedoch vergleichsweise gering (siehe oben).

Es finden sich altersspezifische Störungsschwerpunkte. Auf Datengrundlage der Bella-Studie untersuchten Klasen et al. (2016) den Verlauf von externalisierenden (ADHS, Störung des Sozialverhaltens) und internalisierenden psychischen Störungen (Depression, Angst). Danach

- ▶ nimmt das externalisierende Problemverhalten mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen ab, was besonders für Jungen zutrifft, und
- ▶ nehmen die internalisierenden Symptome nach Selbstbericht mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen zu, insbesondere bei Mädchen. Die Eltern unterschätzen die internalisierenden Auffälligkeiten ihrer Kinder im Vergleich dazu.

Schließlich liefert die Mannheimer Risikokinderstudie Hinweise auf so genannte Entwicklungspfade, die in eine psychische Störung führen. Eine wichtige Wegmarke ist dabei die Emotionsregulation. In dieser Studie wurde die psychische Entwicklung von 384 Kindern mit prä- und perinatalen Auffälligkeiten (z. B. drohende Fehlgeburt, sehr niedriges Geburtsgewicht, Asphyxie-Zeichen, abweichende PH- und Lactatwerte, Krampfanfälle, Sepsis) sowie psychosozialen Risiken (z. B. niedriges Bildungsniveau der Eltern, geringes Bildungsniveau der Eltern, Disharmonie in der Familie, beengte Wohnverhältnisse, mangelnde soziale Integration und Unterstützung) vom dritten Lebensmonat bis zum 25. Lebensjahr begleitet. (Esser & Schmidt, 2017). Die psychosozialen Risiken wirken sich auf direktem Wege auf externalisierende Probleme im Alter von 25 Jahren und im indirekten Wege auf internalisierende Probleme aus. Ein bedeutsamer Pfad führt zudem über die *Dysregulation* im Alter zwischen acht und 15 Jahren. Demnach wird die Emotionsregulation als bedeutsamer Vermittler ausgewiesen. Sie erklärt das externalisierende Problemverhalten teilweise, das internalisierende Verhalten recht umfassend. Zudem haben die Kinder mit psychosozialen Risiken einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand und einen niedrigen Bildungsabschluss. Die Autoren schreiben, dass die Belastungen der Eltern gleichsam an ihre Kinder weitergeben werden (Zohsel et al., 2017).

Weitere Befunde der Mannheimer Risikostudie zeigen, dass die Mutter-Kind-Interaktion einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung von Resilienz hat (Hohm et al., 2017). Kinder aus hoch belasteten Familien, deren Mütter responsiv und feinfühlig in der Interaktion mit ihrem Säugling beurteilt wurden, zeigten im Laufe ihrer Entwicklung weniger emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten als Kinder von weniger feinfühligem und weniger responsiven Müttern.

**Risiko- und Schutzfaktoren.** Der Verlauf einer psychischen Störung kann durch Risiko- und Schutzfaktoren erklärt werden (vgl. Laucht et al., 2002; Heinrichs et al., 2002; Esser & Schmidt, 2017; Hohm et al., 2017; Klasen et al., 2017):

- ▶ **Schutzfaktoren (protektive Faktoren).** Hierzu zählen ausreichendes Familieneinkommen, höheres Bildungsniveau und ein tragfähiges soziales Netzwerk sowie Responsivität der Mutter. Zudem wirken eine stabile emotionale Beziehung innerhalb der Familie, eine Bezugsperson mit positivem Bewältigungsverhalten sowie eine positive, unterstützende Situation in der Schule protektiv.
- ▶ **Biologische Risikofaktoren.** Biologische Risiken liegen vor, wenn etwa Frühgeburt droht und wenn Schwangerschaftstoxikosen mit Medikamenten, Alkohol/Alkoholembyopathie vorliegen. Weitere Risiken sind ein sehr niedriges Geburtsgewicht sowie perinataler Sauerstoffmangel, z. B. bei Nabelschnurumschlingung (Asphyxie), Ateminsuffizienz mit Respiratortherapie, Krampfanfälle und Sepsis.
- ▶ **Psychosoziale Risikofaktoren.** Hier lässt sich ein breites Spektrum individueller, familiärer und gesellschaftlicher Risikofaktoren anführen. Dazu zählen eine psychische Störung der Eltern wie auch ein niedriges Bildungsniveau der Eltern, beengte Wohnverhältnisse, mangelnde soziale Integration und Unterstützung, ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (wie Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit) sowie mangelnde Bewältigungsfähigkeiten. Des Weiteren lassen sich psy-

chische Störungen der Eltern (hauptsächlich der Mutter), Kriminalität / Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen, eheliche Disharmonie, frühe Elternschaft, Ein-Eltern-Familie und unerwünschte Schwangerschaft (von Seiten der Mutter und / oder des Vaters) anführen.

Als Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten erwiesen sich in der schon erwähnten Bella-Studie niedriger sozialer Status, Einelternfamilie, Stieffamilie, Arbeitslosigkeit mindestens eines Elternteils, unerwünschte Schwangerschaft, geringe soziale Unterstützung im ersten Lebensjahr, Familienkonflikte, Konflikte zwischen Erziehenden, Familienkonflikte während der Kindheit der Eltern, elterliche Alltagsbelastungen, chronische körperliche Erkrankung eines Elternteils, psychische Erkrankung eines Elternteils, geringe körperliche Lebensqualität der Eltern und geringe psychische Lebensqualität der Eltern. Wenn mehrere Risiken zusammenkommen, wächst die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Störung bei den Kindern / Jugendlichen (Klassen et al., 2017). Am häufigsten sind in der Untersuchungspopulation anzutreffen:

- ▶ chronisch körperliche Erkrankung eines Elternteils (30 %)
- ▶ niedriger sozioökonomischer Status (25,3 %)
- ▶ psychische Erkrankung eines Elternteils (13,2 %)
- ▶ Einelternfamilie (13,1 %)
- ▶ Familienkonflikte während der Kindheit der Eltern (12,3 %)

## 1.4 Störungskonzeptionen und Transdiagnostik

Die Vorstellung, dass es kategorial unterscheidbare Kategorien psychischer Störungen gibt, ist in den letzten Jahren durch empirische Untersuchungen erschüttert worden. Es wird immer deutlicher, dass die Störungen eher auf einem Kontinuum abgebildet werden können und die einzelnen psychischen Störungen in hohem Maße miteinander verbunden sind (Caspi et al., 2014; Tackett et al., 2013). Das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehr Störungen (Komorbidität) drückt deshalb nicht das Zusammenreffen von zwei unabhängigen Störungen aus, sondern mangelnde Trennschärfe und das Vorhandensein von gemeinsamen Merkmalen beider Störungen.

Danach erscheinen die derzeitigen Klassifikationssysteme überdifferenziert und infolgedessen wenig trennscharf. ICD, aber auch DSM gleichen einem Haus, das mehrmals umgebaut wurde und dadurch unübersichtlich geworden ist. Eine der Folgen ist, dass sich Störungsbilder überschneiden und zumeist mehrere Diagnosen vergeben werden müssen, um eine individuelle Störungskonstellation zu kennzeichnen. Mehr noch, auch der erstmalige Bauplan erweist sich als veraltet und dem Denken der 1980er Jahre verpflichtet.

Wenn man strukturgebende Berechnungen über die Störungsausprägungen durchführt (Faktoranalyse, Strukturmodelle), erhält man eine andere Ordnung. Im einfachsten Falle werden die Störungen anders und »großzügiger« gruppiert. Beispielsweise wurden in der niederländischen Gesundheitsstudie bei Kinder und Jugendlichen nur drei Faktoren aufgefunden (Vollebergh et al., 2001), nämlich: Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen), Stimmungsstörungen (Major Depression, Dysthymia) und Angststörungen (einfache

Phobien, soziale Phobien, Agoraphobie). Zumeist werden aber hierarchische Modelle aufgefunden mit einem allgemeinen Faktor P (Psychopathologie) auf der ersten Ebene und zwischen zwei und vier Faktoren auf der zweiten. Ein Beispiel dafür ist eine umfassende Studie von Martel et al. (2017), die die psychische Gesundheit von 8.012 brasilianischen Kindern untersucht hat (Alter 6–12 Jahre). Es wurden Daten zur psychischen Gesundheit, zum Familiengeschehen und zum Erziehungsverhalten erhoben. Das resultierende Strukturmodell ermittelt einen allgemeinen Faktor P (Psychopathologie), der den Großteil der Varianz erklärt, sowie drei spezifische Faktoren für die psychischen Störungen der Kinder (Furcht, Erschöpfungszustände, externalisierende Störungen).

In einer gemeindebasierten Stichprobe mit 2.144 Jugendlichen (zum Erhebungszeitpunkt 16 Jahre) mit u. a. expansiven Verhaltensstörungen, Essstörungen, ADHS, oppositionellem Trotzverhalten, Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch, Ängste, Depression, Phobien kommen Castellanos-Ryan et al. (2016) ebenfalls zu einem zweifaktoriellen Modell. Das resultierende Strukturmodell ermittelt einen allgemeinen Faktor P (Psychopathologie), der u. a. aus den folgenden Personenmerkmalen und kognitiven Kennwerten gebildet wird:

- ▶ Sensitivität für Angstreize
- ▶ Hoffnungslosigkeit
- ▶ Impulsivität
- ▶ Sensationssuche (sensation seeking)
- ▶ Neuigkeitssuche
- ▶ Neurotizismus
- ▶ Extraversion
- ▶ Zustimmungsbereitschaft/Verträglichkeit
- ▶ Verbal-IQ
- ▶ Handlungs-IQ
- ▶ Zahlengedächtnis rückwärts
- ▶ Zahlengedächtnis vorwärts
- ▶ mangelnder Bedürfnisaufschub (delay discounting)
- ▶ Risikobereitschaft
- ▶ Inhibitionskontrolle (response inhibition)
- ▶ räumliches Arbeitsgedächtnis

Auch in diesem Strukturmodell gibt es störungsspezifische Faktoren. Es sind zwei: ein Faktor externalisierende Störungen (Substanzgebrauch, Hyperkinetische Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, oppositionelles Trotzverhalten, problematische Trinkmenge, Drogen- und Zigarettenkonsum) und ein Faktor internalisierende Störungen (Angst, Depression, Soziale Phobie, andere Phobien, Panikstörungen, Zwangsstörungen). Die oben genannten Personenmerkmale und kognitiven Maße laden in charakteristischer Weise auf diesen Faktoren. Beispielsweise besteht eine starke Verbindung von Sensation seeking zur externalisierenden Störung und von Sensitivität für Angstreize, Hoffnungslosigkeit und Neurotizismus zu den internalisierenden Störungen.

Dieses Muster findet sich in zahlreichen weiteren Studien. Es werden zwar nicht immer die gleichen Faktoren aufgefunden. Die Befunde bestätigen aber in aller Regel eine hierarchische Struktur und Variablen, die »hinter den Störungen stehen« (latente Variablen). Ein weiteres Beispiel dafür stammt von Blanco et al. (2015). Sie fanden bei 6.483 Jugendlichen vier miteinander verbundene Faktoren:

- (1) Erschöpfungszustände – distress (Major Depression, Dysthymia, generelle Angststörung, Essstörungen, Manie/Hypomanie, posttraumatische Belastungsstörung, Trennungsangst, Posttraumatische Belastungsstörungen)
- (2) Angststörungen (spezifische Phobie, Sozialängste, Panikstörung, Agoraphobie)
- (3) Expansive Verhaltensstörungen (Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), oppositionelles Trotzverhalten)
- (4) Substanzmissbrauch (Drogenkonsum, Alkoholmissbrauch, Nikotinsucht)

Diese Faktoren lassen sich in eine dreistufige hierarchische Struktur eingliedern (internalisierende und externalisierende Störungen sowie ein Generalfaktor Psychopathologie »P«).

Für die klinische Kinder- und Jugendpsychologie sind diese Befunde innovativ, weil sie den Blick auf die konkreten Störungsbedingungen lenken, die im Faktor P (Psychopathologie) sichtbar werden (z. B. Anstrengungskontrolle, positive Affektivität, negative Affektivität; Hankin et al., 2017). Es ist anzunehmen, dass diese Variablen nicht nur die Psychopathologie beschreiben, sondern auch Ziele für die Therapie vorgeben.

Wenn man die individuellen Bedürfnisse des Patienten abklärt und dafür passgenaue Therapiebausteine bereitstellt, kann eine individualisierte Therapiegestaltung erfolgen (s. u. Abschn. 1.6). Die Grundlage dafür eröffnet ein transdiagnostischer Ansatz (Hersh et al., 2016; s. a. Abb. 1.1).

## 1.5 Allgemeine Interventionsprinzipien

Unabhängig von der Art der Störung und den realisierten Interventionsmethoden (klassisch konditionierende, operante, situationsgestaltende, ressourcenorientierte, kompetenzorientierte, kognitive Verfahren) gibt es eine Reihe von allgemeingültigen Prinzipien für die Therapie von Kindern und Jugendlichen.

**Bedeutung der Diagnostik.** Der Therapie von Kindern und Jugendlichen geht in aller Regel eine breit angelegte und gründliche Diagnostik voraus. Dies ist schon deshalb wichtig, weil die Kinder und Jugendlichen oft noch nicht (bspw. durch den Pädater, eine Klinik) erschöpfend voruntersucht wurden. Dementsprechend muss die Diagnostik eine breite Orientierungsgrundlage liefern, die die Relevanz der Störung sowie mögliche Verursachungen klärt. Hierzu gehört zunächst eine ausführliche Anamnese zur Entwicklung des Kindes und seiner bisherigen Störungen sowie eine umfassende verhaltensanalytische Erhebung zum beklagten Problemverhalten. Hierbei werden Hypothesen über mögliche Störungsursachen (etwa organische Schädigungen, ungeeignete Erziehungseinflüsse, Überschätzung der Problematik durch die Eltern, das Vorliegen von Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen) entwickelt, denen in den

weiteren diagnostischen Maßnahmen gezielt nachgegangen wird. Im Zuge dieser weiteren Abklärungen ist auch eine genaue Feststellung der kognitiven und intellektuellen Voraussetzungen beim Kind/Jugendlichen (Erhebung der Gesamtintelligenz, Durchführung eines mehrdimensionalen Intelligenztestes, Klärung von Teilleistungen) angezeigt. Die oben genannten Befunde geben des Weiteren Zielgrößen für die Diagnostik an (z. B. Inhibitionskontrolle, Hoffnungslosigkeit, Bedürfnisaufschub).

**Orientierung an Entwicklungsprozessen.** Psychische Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen weit stärker als bei Erwachsenen mit den aktuellen Entwicklungsprozessen verknüpft. Verhaltensstörungen treten insbesondere dann auf, wenn bei ökologischen Übergängen neue Entwicklungsaufgaben auf ein Kind zukommen (wie Übergang zum Kindergarten, zur Schule). Teilweise bestehen Reifungskrisen (etwa Trotzalter, Pubertät), die mit charakteristischen Anpassungsschwierigkeiten verbunden sind (etwa Konflikte mit den Eltern, Leistungsschwierigkeiten in der Schule). Folglich sind psychische Störungen im Leben eines Kindes auch nicht sehr ungewöhnlich. Beispielsweise belegen die vorliegenden Längsschnittstudien zur kindlichen Entwicklung, dass ein beträchtlicher Anteil der untersuchten Kinder einer Alterskohorte im Verlaufe der Entwicklung abweichendes Verhalten an den Tag legt. Wenn die sozialen Bedingungen zuträglich sind, besteht eine gute Chance, dass diese Störungen remittieren. Insofern kann man eine Reihe von Schutzfaktoren benennen, die der kindlichen Entwicklung nutzen.

**Störungen als Entwicklungsgeschehen.** Modelle der Entwicklungspsychopathologie (z. B. Sroufe, 1997) ermöglichen einen sehr pragmatischen Zugang für die Beurteilung psychischer Störungen im Kindesalter, indem sie als mehr oder weniger starke Variationen von Entwicklungsverläufen verstanden werden können und dabei, entsprechend der vorliegenden empirischen Erkenntnisse zur Plastizität und Dynamik kindlicher Entwicklung, die Möglichkeit einer Korrektur in Richtung eines positiven Entwicklungsverlaufs betonen. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind folglich immer auch Ausdruck eines Entwicklungsgeschehens. Sie entstehen vor dem Hintergrund eines normativen Lebensweges, und sind gleichzeitig in ihrem weiteren Verlauf äußerst variabel. Diagnostik und Therapie müssen dem insofern Rechnung tragen, als die Störungen als Verlaufsmomente innerhalb eines Lebensweges gesehen werden. Insofern stellt sich für die Therapie nicht so sehr die Frage, wie eine Störung »beseitigt« werden kann, sondern wie angesichts der Störung neue und konstruktive Entwicklungen eingeleitet werden können.

**Einbeziehung von Bezugspersonen.** Die Therapie von jüngeren und entwicklungsverzögerten Kindern, aber auch von Jugendlichen, ist nicht ohne die Einbeziehung von Eltern, Lehrern und Erziehern denkbar. Dabei gilt es die Kontextbedingungen (etwa Verhalten von Eltern und Bezugspersonen, Anregungen in der Familie, Förderung des Kindes in der Vorschule, Strukturierung des Alltags, Kommunikationsmuster in der Familie) möglichst zielbezogen zu verändern. Dies kann beispielsweise im Rahmen von Bezugspersonenstunden geschehen, bei denen Psychoedukation zum Störungsbild erfolgt, Belohnungsmuster beleuchtet und verändert werden, familiäre Kommunikation verändert wird oder verbesserte und transparentere Abläufe in der Familie

angebaut werden (z. B. beim Zu-Bett-bringen der Kinder, bei den Hausaufgaben, bei Beratungen über Schul- oder Berufsangelegenheiten).

**Änderungen in den natürlichen Settings (Elternhaus, Kindergarten, Schule, Heim).** Die nachdrücklichsten und wirksamsten Interventionen ergeben sich daraus, dass man die Bedingungen, die das Störverhalten eines Kindes hervorbringen und aufrechterhalten, möglichst direkt und umstandslos im Alltag ändert. Bei einem vierjährigen Kind, das tagsüber einnässt, bedeutet dies beispielsweise: Es wird festgelegt, zu welchen Tageszeiten das Kind zur Toilette gebracht wird, wer dies tut, wie das geschehen soll, wie die »Erfolge« auf der Toilette belohnt werden und was bei nasser Windel geschieht. Diese Verhaltensweisen werden jeweils eine Woche lang umgesetzt; wöchentlich finden sodann Besprechungen beim Therapeuten statt, um Erfolge und das weitere Vorgehen zu besprechen. Ähnliche Programme, die letztlich »vor Ort« und von den direkten Bezugspersonen durchgeführt werden, sind für trüdelndes, provozierendes, ängstliches Verhalten etc. geboten.

Hier ist auch die Zusammenarbeit mit Kindergarten und Schule bedeutsam. Es erweist sich als sehr vorteilhaft, wenn sich die Zusammenarbeit an konkreten, ggf. auch vorläufigen Verhaltenszielen orientiert und konkrete Maßnahmen vereinbart werden sowie deren Erfolg an konkreten Verhaltensänderungen gemessen wird.

**Entwicklungsbezug der Intervention.** Die Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen sind eng mit Entwicklungsverläufen und altersbezogenen Entwicklungsaufgaben verknüpft. Einzelne Störungen (etwa Einnässen, Sprachentwicklungsstörungen) sind beispielsweise direkt als altersabhängig definiert, gelten also erst von einem bestimmten Alter an als problematisch. Andere Störungen treten vor allem in so genannten ökologischen Übergängen zu Tage, wenn neue Anforderungen an das Kind gestellt werden (z. B. beim Eintritt in den Kindergarten). Diese Tatsache wirkt sich insofern auf die Gestaltung der Therapie aus, dass sie immer auch eine Verbesserung der Entwicklungsbedingungen anstrebt, etwa Verbesserung der Erziehungskompetenz der Eltern, Verminderung von beeinträchtigenden Stressoren in der Familie, Verbesserung der familiären Kommunikation, Stärkung der Kompetenz der Kinder. Insofern ist die Therapie ressourcen- und kompetenzorientiert ausgerichtet. Es gilt nicht nur das beklagte Störverhalten (des Kindes) zu reduzieren, sondern allgemeine Entwicklungsfortschritte anzubahnen.

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit.** Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, beispielsweise mit Ärzten, Erziehern, Lehrern, Krankengymnasten, Sprachtherapeuten, ist von großer Bedeutung und beginnt insbesondere bei den Entwicklungs- und Gedeihstörungen bereits im Rahmen der Diagnostik. Hier müssen oft medizinische Sachverhalte abgeklärt werden, etwa bei Schlafstörungen, Sprachverzögerungen, motorischen Entwicklungsstörungen, Störungen der Nahrungsaufnahme oder Störungen der Ausscheidung (z. B. Überprüfung des EEG, Überprüfung des Gehörs, neurologische Abklärung, Abklärung der Verdauung, der Blasenfunktion). Das Gleiche gilt auch für die Durchführung der Therapie, die teilweise in Zusammenarbeit mit Erziehern und Lehrern erfolgt, teilweise aber auch unterschiedliche Therapieansätze (z. B. krankengymnastische Übungsbehandlung, logopädische Behandlung, medikamentöse Be-

handlung) miteinander zu koordinieren hat. In der Regel wird der verantwortliche Verhaltenstherapeut diese Aktivitäten koordinieren, wobei er auf das Erreichen konkreter Verhaltensziele und eine klare Abgrenzung der Therapien zu achten hat.

All diese Punkte laufen darauf hinaus, dass die Therapie möglichst konkret und empirisch orientiert sein sollte. Die alltagsnahe Einwirkung hat ferner Vorrang vor dem Sprechen über die Störung.

## 1.6 Wirksamkeit der Verhaltenstherapie

Es ist keine neue Erkenntnis, dass die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen wirksam ist. Vielmehr belegen Metaanalysen und Überblicksarbeiten die Wirksamkeit über verschiedene Störungsformen hinweg. In einer Überblicksarbeit gelangt Döpfner (1999) zu dem Urteil, dass die Therapie sowohl bei externalen als auch bei internalen Störungen mittlere bis starke Therapieeffekte (Effektstärken zwischen 0.76 und 0.91) erzielt. Die Metaanalyse von Weisz et al. aus dem Jahre 1995 mit 150 Studien aus dem Zeitraum von 1967 bis 1993 (Alter 2 bis 18 Jahre) ermittelte ebenfalls eine durchschnittliche Effektstärke von 0.71. In einer umfassenden Ausarbeitung der Psychotherapiestudien bei Kindern und Jugendlichen mit insgesamt 447 Studien und 30.431 Patienten stellen Weisz et al. (2017) eine mittlere Effektstärke von .41 fest. Das heißt, dass sich der durchschnittliche Patient gegenüber einer Kontrollgruppe bei Therapieende um 63 % verbessert. Die höchste Wirksamkeit wird in der Angsttherapie verzeichnet, die schwächste in der Therapie von Depression (0,29). Bei Verhaltensstörungen liegt der Effekt bei 0,46, bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei 0,34. Im Falle von Mehrfachproblemen erreicht die Therapie nur geringe und insignifikante Wirkung ( $d = 0.15$ ).

Kazdin schätzte im Jahre 2003, dass es etwa 1.500 kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie gibt und mittelhohe Effekte zu verzeichnen sind – insbesondere in der Therapie von Ängsten und Phobien, Depression, oppositionellem Trotzverhalten sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, also bei den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (siehe oben). Empirisch gut gesichert sind nach Kazdin und Weisz (1998) folgende Verfahren:

- ▶ Kognitive Verhaltenstherapie bei introversiven Störungen (Ängste, Phobien)
- ▶ Vermittlung (Training) von Fertigkeiten bei depressiven Kindern und Jugendlichen (etwa Aufdecken depressiver Schemata, Training sozialer Fertigkeiten oder progressiver Muskelentspannung, Ermutigung von stimmungssteigernden positiven Erfahrungen)
- ▶ kognitives Problemlösungstraining bei externalisierenden Störungen (etwa bei aggressiven oder oppositionellen Kindern)
- ▶ Elternt raining bei externalisierenden Störungen (Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Oppositionelles Trotzverhalten)
- ▶ Behandlung von antisozialem Verhalten durch Einbeziehung der sozialen Umwelt (Familie, Schule, Gleichaltrige, Nachbarschaft usw.)

- ▶ familienorientierte Intervention bei Erziehungs- und Verhaltensschwierigkeiten bei kleineren Kindern
- ▶ intensiviert familiengestützte Verhaltenstherapie bei autistischem Verhalten
- ▶ besondere Maßnahmen bei Spezialproblemen, wie etwa der Vorbereitung auf invasive Eingriffe durch kognitive Verhaltensmodifikation

Bei expansiven Störungen (etwa Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Störung des Sozialverhaltens, oppositionelles Trotzverhalten) scheinen klar strukturierte Programme, die am Alltagsverhalten ansetzen und Eltern, Lehrer usw. zu einer verbesserten Steuerung des Problemkindes bringen, besonders wirksam zu sein (vgl. Pelham et al., 1998). Bei internalisierenden Störungen (Ängste, Depression) sind etwa Skillstraining und (graduelle) Reizkonfrontation erfolgreich und den Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie oft überlegen (vgl. Saile, 1996). Wenn störungsspezifische Therapien geringeren Erfolg haben, liegen oft schwerere bzw. verfestigte Beeinträchtigungen vor (z. B. delinquentes Verhalten, Schizophrenie).

## 1.7 Störungsübergreifende Therapiemodule und individualisierte Therapieplanung

Im Kern belegen die oben genannten Wirksamkeitsstudien die Möglichkeit der Psychotherapie. Weil die Therapie aber aus mehreren einzelnen Bausteinen besteht (z. B. Psychoedukation, Selbstinstruktionstraining, Anleitung der Eltern, Einführung von Kontingenzregeln, soziales Fertigkeitstraining, Diskussion von Grundannahmen etc.) wird bevorzugt das Gesamtpaket bewertet (z. B. Elternt raining ist eine wirksame Maßnahme bei expansiven Verhaltensstörungen). Aus der nachgewiesenen Wirksamkeit geht aber kaum hervor, was im Einzelnen eigentlich wirksam war. Hat ein Elternt raining beispielsweise zu einer veränderten Familienkommunikation, einer veränderten Sichtweise auf das Problemverhalten, verbesserter Zusammenarbeit der Eltern (co-parenting) etc. geführt? Zudem beschreiben die Diagnosen eine letztlich sehr heterogene Patientenschaft. Unter dem Diskussionspunkt der Transdiagnostik (s. o. Abschn. 1.4) bleibt offen, welche Probleme im Detail vorlagen. Damit bleibt auch die Frage ungeklärt, ob standardisierte Therapien die vorhandenen Therapiebedürfnisse einzelner Patienten ausreichend erfüllen konnten.

Eine Lösung verspricht hier die Zuwendung zu einzelnen Therapiemodulen. Welche Module besitzen Wirksamkeit und Praxistauglichkeit und welche Einsatzmöglichkeiten verbinden sich damit? Chorpita et al. (2011) haben eine Liste solcher empfehlenswerter Therapieansätze erarbeitet. Ihre Überblicksarbeit beruht auf 435 Studien und 750 Behandlungsprotokollen aus den Jahren 1965 und 2009. Die Autoren nahmen ein Ranking in fünf Ebenen (beste Bestätigung bis keine Bestätigung) vor. Für ihre Analyse spalteten sie eine Publikation in verschiedene Studien auf (Studie 1, Studie 2 etc.), die einzelne Therapiemodule repräsentierten (z. B. Reizkonfrontation, Diskussion von dysfunktionalen Kognitionen). Anschließend bestimmten sie, wie oft dieses Therapiemodul anderen Behandlungsformen überlegen war und klassifizierten

Wirksamkeit und Praxistauglichkeit auf fünf Ebenen bzw. in Wins/Ties (Überlegenheit oder Gleichwertigkeit mit konkurrierenden Therapiemodulen). In der nachfolgenden Liste werden die am besten bestätigten Therapieformen wiedergegeben, was dem Level »beste Bestätigung« und teilweise noch »gute Bestätigung« entspricht.

- ▶ Angst und Meidungsverhalten: kognitive Verhaltenstherapie, Exposition, Verhaltensmodellierung (modeling), Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie mit den Eltern
- ▶ Autismus-Spektrum-Störung: Intensive Verhaltenstherapie, intensives Kommunikationstraining
- ▶ ADHS und Hyperaktivität: Selbstverbalisation, Verhaltenstherapie und Medikation, Elterstraining, Sportübungen
- ▶ Depression und Rückzug: kognitive Verhaltenstherapie, kognitive Verhaltenstherapie plus Medikation, kognitive Verhaltenstherapie mit Eltern
- ▶ Expansive Verhaltensstörungen: Elterstraining, multisystemische Therapie, soziales Fertigkeitstraining, Elterstraining mit Problemlösetraining, Training von Kommunikationsfertigkeiten, Kontingenzmanagement, Ärgerkontrolle
- ▶ Essstörungen: Kein Therapiemodul wirkte überzeugend (nur drei Wins/Ties)
- ▶ Substanzgebrauch: Familientherapie, kognitive Verhaltenstherapie
- ▶ Traumatische Belastung: kognitive Verhaltenstherapie mit den Eltern, kognitive Verhaltenstherapie

Diese Therapiemodule haben sich bei einzelnen Störungen am besten bewährt. Chorpita et al. (2005) haben auf Grundlage dieser Vorüberlegungen ein Konzept für die störungsübergreifende individualisierte Therapieplanung vorgeschlagen. Es kombiniert die wirksamen Therapiemodule nach Maßgabe der individuellen Störungskonstellation (siehe Abbildung 1.1 unten, geeignete Maßnahmen zur Therapie von Depression). Grundlage für diese Therapieplanung ist das Wissen um einzelne Bausteine und Kenntnisse über deren Reichweite, bspw.

- ▶ Aktivitätsplanung: Die Forderung, dass ein Kind Tätigkeiten bestimmt und auflistet, die angenehm oder stimmungsfördernd sind und dass es diese Tätigkeiten einplant sowie einige davon ausführt, mit dem Ziel, sich auf befriedigende und bereichernde Aktivitäten auszurichten
- ▶ Kognitive und bewältigende Aktivitäten: jede Technik, die Interpretationen von Ereignissen durch Nachprüfen der eigenen Gedanken ändert, typischerweise durch Wiederholung und Anwendung von Gegenargumenten (z.B. die Gültigkeit der eigenen Argumente prüfen, alternative Gedanken entwickeln, neue relevante Informationen sammeln)
- ▶ Förderung von positivem Verhalten durch die Eltern: Training der Eltern, damit sie das erwünschte Verhalten in der Nahumgebung des Kindes/Jugendlichen wertschätzen und belohnen (z. B. Lob, Ermutigung, Wertschätzung, körperliche Nähe)
- ▶ Problemlösen: Techniken, Diskussionen oder Aktivitäten, die bestehende Ausgangsschwierigkeiten aufheben und einen förderlichen Umgang mit zukünftigen Schwierigkeiten in die Wege leiten

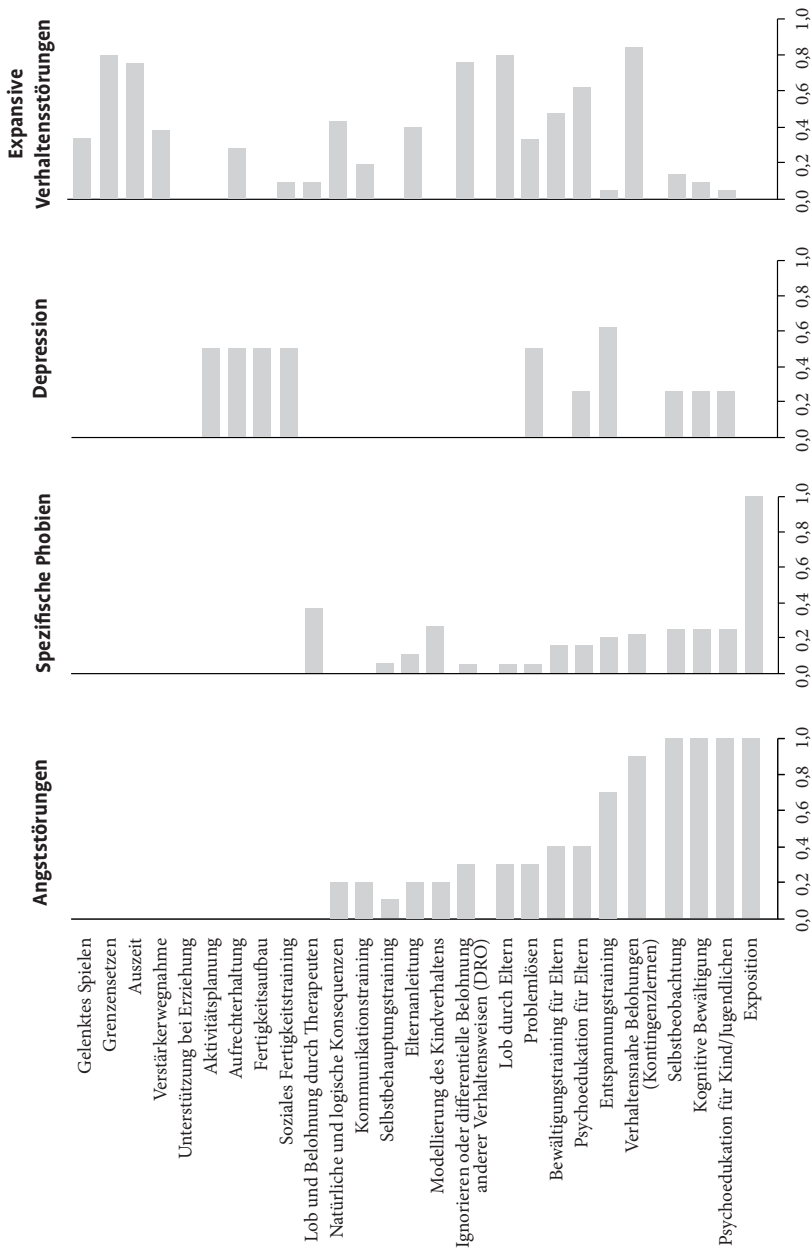
- ▶ Selbstbeobachtung: das wiederholte, regelmäßige Festhalten eines definierten Zielverhaltens
- ▶ Kontingent belohnen: mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen das zeitnahe Belohnen von gewünschten Verhaltensweisen des Kindes einüben (z. B. mittels Tauschverstärkern, Charts, record-keeping), Ergänzung zu primären Verstärkern (z. B. Essen, Wärme, Schlaf, Zärtlichkeit, Körperkontakt)
- ▶ Auszeit: Training und direkte Anwendung von Auszeit, bei der Kinder und Jugendliche für eine bestimmte Zeit ausgeschlossen werden, wenn sie ein zuvor bestimmtes (Fehl)verhalten zeigen

## 1.8 Fazit

Die Verhaltenstherapie kann auf eine erfolgreiche Tradition zurückblicken, in der von einer gesicherten empirischen lerntheoretischen Grundlage ausgehend neue Verfahren aufgenommen und einbezogen sowie deutlich veränderte Sozialformen und Organisationsformen der Durchführung, Legitimation, Abrechnung und Gestaltung von Therapien stattfanden.

Die Kognitive Verhaltensmodifikation hat sich bewährt. Sie ist bei den häufigsten psychischen Störungen überwiegend erfolgreich.

Mit dem transdiagnostischen Ansatz rücken neue Konzepte in den Vordergrund, die die Determinanten psychischer Störungen konkreter als zuvor benennen. Dies hat zur Folge, dass einzelne wirksame Therapiemodule bestimmt werden können, diese Module können zu individualisierten Therapieplänen verknüpft werden. Ein entsprechendes Beispiel nach Chorpita et al. (2005) ist in Abbildung 1.1 wiedergegeben. Es veranschaulicht, dass einzelne Therapiebausteine bei verschiedenen Störungen angewandt werden können.



**Abbildung 1.1** Beispiele für eine modulare Planung bei verschiedenen Störungsbildern (nach Chorpita et al., 2005).

## Literatur

- Barkmann, C. & Schule-Markwort (2012). Prevalence of emotional and behavioral disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiological Community Health*, 66(3), 194–203.
- Blanco, C., Wall, M. M., He, J. P., Krueger, R. F., Olfson, M., Jin, C. J. & Merikangas, K. R. (2015). The space of common psychiatric disorders in adolescents: comorbidity structure and individual latent liabilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 45–52.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S. & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137.
- Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O’Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U. & Garavan, H. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of abnormal psychology*, 125(8), 1039.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental health services research*, 7(1), 5–20.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Smith, R. L., Okamura, K. & Smith, R. L. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 154–172.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien (10. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. (1999). Ergebnisse der Therapiefor- schung zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 1: Grundlagen (S. 153–185). Tübingen: dgvt.
- Esser, G. & Schmidt, M. H. (2017). Die Mann- heimer Risikokinderstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 198–202.
- Hankin, B. L., Davis, E. P., Snyder, H., Young, J. F., Glynn, L. M. & Sandman, C. A. (2017). Temperament factors and dimensional, latent bifactor models of child psychopathology: Transdiagnostic and specific associations in two youth samples. *Psychiatry Research*, 252, 139–146.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention von Verhal- tensauffälligkeiten bei Kindern. *Psychologi- sche Rundschau*, 53, 170–183.
- Hersh, J., Metz, K. L. & Weisz, J. R. (2016). New frontiers in transdiagnostic treatment: Youth psychotherapy for internalizing and externa- lizing problems and disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(2), 140–155.
- Hohm, E., Laucht, M., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D. & Banaschewski, T. (2017). Resilienz und Ressourcen im Ver- lauf der Entwicklung. *Kindheit und Entwick- lung*, 26, 230–239.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens- Sieberer, U., Mauz, E. & KiGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psy- chosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesund- heitsblatt- Gesundheitsforschung-Gesund- heitsschutz*, 57, 807–819.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308–315.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual review of psychology*, 54(1), 253–276.
- Klasen, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auf- fälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in

- Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407.
- Klasen, F., Petermann, F., Meyrose, A. K., Barkmann, C., Otto, C., Haller, A. C. & Ravens-Sieberer, U. (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie Kindheit und Entwicklung*, 25, 10–20.
- Lange, M., Butschalowsky, H. G., Jentsch, F., Kuhnert, R., Schaffrath Rosario, A., Schlaud, M. & KiGGS Study Group (2014). Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57, 747–761.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive, und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 5–19.
- Loose C., Graaf, P. & Zarbock, G. (Hrsg.) (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Martel, M. M., Pan, P. M., Hoffmann, M. S., Gadelha, A., do Rosário, M. C., Mari, J. J. & Salum, G. A. (2017). A general psychopathology factor (P factor) in children: Structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137–148.
- Pelham, W. E., Wheeler, T. & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190–205.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5), 871–878.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A. & Barkmann, C. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 22–33.
- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., Barkmann, C., Schön, G., Hölling, H., Schulte-Markwort, M. & Klasen, F. (2015). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 651–663.
- Saile, H. (1996). Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlung hyperaktiver Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 190–207.
- Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5), 750–756.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251–268.
- Tackett, J. L., Lahey, B. B., Van Hulle, C., Waldman, I., Krueger, R. F. & Rathouz, P. J. (2013). Common genetic influences on negative emotionality and a general psychopathology factor in childhood and adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1142.
- Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F. & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 597–603.
- Watson, C. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R. & Weersing, V. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79.

- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S. Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450–468.
- Zohsel, K., Hohm, E., Schmidt, M. H., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht, M. (2017). Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 221–229.

# 2 Rechtliche Bedingungen in der Bundesrepublik Deutschland

Christof Stock

## 2.1 Kinder und Jugendliche im Rechtssystem

### 2.1.1 Die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen am Rechtssystem

Im Mittelpunkt der in diesem Buch beschriebenen Psychotherapie stehen die Kinder und Jugendlichen. Um ihre Rechtsposition zwischen den Sorgeberechtigten und den Psychotherapeuten zu bestimmen, ist das wichtigste Grundrecht heranzuziehen: Die Unantastbarkeit der Menschenwürde ist in erster Linie eine Verpflichtung des Staates zum Schutz jedes einzelnen Bürgers, also auch der Kinder und Jugendlichen. Das bedeutet: Die Gesetze, die Gerichte und natürlich auch die staatlichen Einrichtungen sind dazu gezwungen, diese Würde zu wahren (Art. 1 GG). Der Staat muss also ein Rechtssystem vorhalten, „das dem Schutz der Menschenwürde dient. Menschenwürde bedeutet, dass jedem Menschen kraft seiner Existenz ein ganz spezifischer Eigenwert zukommt. Der Mensch darf also nicht auf den Objektstatus reduziert werden. Ein Objekt hat keine eigenen Rechte, ein Subjekt schon. Mit der Anerkennung der Rechtssubjektivität des Menschen ist das Recht auf Existenzsicherung und damit Krankenbehandlung verbunden. Dazu gehört aber auch das formelle oder Verfahrensrecht, denn dieses Recht verschafft erst die Möglichkeit, zu seinem Recht zu kommen. Der Staat muss also ein Rechtssystem vorhalten, das die Rechte der Bürger artikuliert. Und mit dem der Bürger seine Rechte – auch gegen ihn – durchsetzen kann.

Die Rechtsfähigkeit beginnt, so besagt § 1 BGB, mit der Geburt. Das bedeutet: Von diesem Zeitpunkt an ist der Mensch ein Rechtssubjekt, er ist Träger von Rechten und Pflichten. Um ein Beispiel zu nennen: Die Inobhutnahme eines Babys greift nicht nur massiv in das Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung, sondern eben auch in das Recht des Kindes ein, in einer Familie aufzuwachsen.

Von der Rechtsfähigkeit zu unterscheiden ist die Fähigkeit, das eigene Recht auszugestalten. Kinder sind erst ab einem bestimmten Alter dazu in der Lage, ihre Rechte wahrzunehmen, andere Menschen sind es vielleicht zeit ihres Lebens nicht. Dieses Recht nennen wir im Zivilrecht Geschäftsfähigkeit (§§ 104 ff. BGB); es ist die Fähigkeit, durch eine wirksame Willenserklärung z.B. einen Vertrag (mit einem Psychotherapeuten) zu schließen. Die Verfahrensrechte – also die Möglichkeit, Anträge (bei Krankenkassen) zu stellen oder auch im eigenen Namen Prozesse zu führen, knüpfen an diese Geschäftsfähigkeit an. Sie wird grundsätzlich erst mit dem Erreichen der Volljährigkeit erreicht. Vorher – zwischen dem 7. und der Vollendung des 18. Lebensjahres – spricht man von beschränkter Geschäftsfähigkeit. Das bedeutet: Kinder und Jugendliche können nur kleinere Geschäfte (im Rahmen ihres Taschen-

geldes) ohne Einwilligung der Eltern tätigen. Im Normalfall bedarf jedes Geschäft bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres der Zustimmung der Personensorgeberechtigten.

Derartig strenge Altersgrenzen sieht auch das Strafrecht vor: Ein unter 14-jähriges Kind kann keine Straftat begehen, denn es fehlt ihm die Strafmündigkeit. Für Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren gilt das Jugendstrafrecht. Hier haben grundsätzlich Erziehungsmaßregeln Vorrang vor wirklichen Strafen. Bei Heranwachsenden (junge Erwachsene bis zum 21. Lebensjahr) muss im Einzelfall entschieden werden, ob sie nach ihrem Entwicklungsstand noch als Jugendliche oder schon als Erwachsene bestraft werden müssen (§§ 1, 105 JGG; Stock et al., 2016b).

Für die psychotherapeutische Behandlung maßgeblich ist die Frage, wer u. a. über Diagnose und Therapie aufgeklärt werden und die Einwilligung in die Psychotherapie erteilen muss – die Personensorgeberechtigten oder das Kind/ der Jugendliche selbst? Eben weil das Selbstbestimmungsrecht direkte Konsequenz aus dem Recht auf Menschenwürde ist, kann es für das Kind bzw. den Jugendlichen in Bezug auf die Einwilligung in die Behandlung keine starren Altersgrenzen geben. Es kommt darauf an, ob der Patient »nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des medizinischen Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag« (BGH, Urt. vom 05.12.1958). Damit wird das intellektuelle bzw. kognitive Moment in den Vordergrund gestellt, dem richtigerweise ein voluntatives Element hinzugefügt werden muss (Spickhoff, 2014). Kann also ein geschäftsunfähiger Minderjähriger die Bedeutung und Tragweite der Psychotherapie erkennen, ist er einwilligungsfähig. Dann ist die Aufklärung jedenfalls auch ihm gegenüber zu leisten und die Einwilligung jedenfalls auch von ihm einzuholen. Ein Vetorecht steht dem einwilligungsfähigen Minderjährigen jedenfalls zu, und deshalb muss er zumindest im Großen und Ganzen aufgeklärt sein. In der juristischen Literatur wird sogar diskutiert, ob nicht auch dem einwilligungsunfähigen Minderjährigen – ähnlich wie bei Erwachsenen, die ihren natürlichen Willen äußern können, aber unter Betreuung stehen – ein Vetorecht einzuräumen ist. Das ist zu bejahen, so lange es sich dabei um eine kontinuierliche und aus Sicht des Kindes nachvollziehbare Reaktion handelt (Spickhoff, 2014; Kronenberger & Stellpflug, 2017).

## 2.1.2 Selbstbestimmungsrecht contra Erziehungsrecht

Nach dem so hervorgehobenen Selbstbestimmungsrecht der jungen Patienten bleibt die Frage offen, ob und wann das Erziehungsrecht mit diesem Recht konfligiert.

In der juristischen Literatur wird diskutiert, ob es nicht eine Alleinvertretungsbefugnis einwilligungsfähiger Minderjähriger geben sollte (Kronenberger & Stellpflug, 2017; Spickhoff, 2014). Schon im Jahr 1982 hatte das höchste deutsche Gericht die Besonderheit in dem Erziehungsrecht der Eltern darin gesehen, dass es sich um ein im echten Sinne anvertrautes treuhänderisches Recht handele. Hieraus schließt das BVerfG, dass das Elternrecht in dem Maße, in dem das Kind in die Mündigkeit hineinwache, überflüssig und gegenstandslos werde und für die Ausübung höchstpersönlicher Rechte

der Grundsatz zu gelten habe, dass der zwar noch Unmündige, aber schon Urteilsfähige die ihm um seiner Persönlichkeit willen zustehenden Rechte eigenständig ausüben können soll (BVerfG, Urt. vom 09.02.1982). Konsequenz wäre es, ab einer bestimmten Reife dem Jugendlichen allein die Entscheidung zu überlassen, ob, wie und bei wem er eine Psychotherapie durchführt. Sein Recht ist gleichwohl nicht so stark ausgeprägt: Kinder und Jugendliche haben zunächst Anspruch auf Beratung ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten, wenn die Beratung auf Grund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde, § 8 Abs. 3 SGB VIII. Diese Vorschrift rechtfertigt es, unter den zwei genannten Voraussetzungen einzelne Beratungsgespräche mit dem Kind oder Jugendlichen ohne Einschaltung der Erziehungsberechtigten zu führen. Sie rechtfertigt jedoch nicht die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung ohne deren Wissen. Die Psychotherapie setzt rechtlich gesehen ein Vertragsverhältnis in Gang, bei dem wechselseitige Pflichten entstehen. Nicht oder beschränkt Geschäftsfähige können einen solchen Vertrag nicht ohne ihre gesetzlichen Vertreter – die Personensorgeberechtigten – schließen. Sie müssen daher ihre Einwilligung einholen (§ 107 BGB). Auch bei gesetzlich versicherten Patienten, die das 15. Lebensjahr überschritten haben, ist das so. Zwar gibt es eine Vorschrift, die Minderjährige in diesem Alter dazu befugt, selbst Anträge auf Sozialleistungen (bei den Krankenkassen) zu stellen (§ 36 Abs. 1 S. 1 SGB I). Mit dieser Vorschrift ist jedoch ausschließlich ein rechtlicher Vorteil für die Jugendlichen bezweckt, nicht aber die Einschränkung des elterlichen Erziehungsrechts (Waschull, 2016; Motz, 2017).

Deshalb ist zu klären, wer das Sorgerecht hat und was es für die Durchführung einer Psychotherapie bedeutet: Das Familienrecht besagt, dass die Eltern gemeinsam die Pflicht und das Recht haben, für das minderjährige Kind zu sorgen. Es geht dabei von der Vorstellung aus, dass die Eltern miteinander verheiratet sind. Im Falle der Trennung oder Scheidung bleibt dieses gemeinsame Sorgerecht bestehen, es sei denn, das Familiengericht hat das Sorgerecht auf nur einen der beiden Elternteile übertragen oder ganz entzogen. Bei nichtverheirateten Eltern besteht das gemeinsame Sorgerecht nur, wenn beide Eltern Sorgeerklärungen abgegeben haben, einander heiraten oder das Familiengericht ihnen die gemeinsame Sorge übertragen hat. Im Übrigen hat bei nicht verheirateten Eltern die Mutter das alleinige Sorgerecht (Stock et al., 2016b, Kap. B.2.6.2, S. 93 ff.).

Bei der Ausübung der gemeinsamen Sorge wird zwischen den Angelegenheiten des täglichen Lebens und der tatsächlichen Betreuung einerseits und denen von erheblicher Bedeutung andererseits unterschieden. Grundsatzentscheidungen zur Gesundheit, also auch die Durchführung einer Psychotherapie, sind Angelegenheiten von erheblicher Tragweite. Sind gemeinsam sorgeberechtigte Eltern sich in einer derartigen Frage nicht einig, kann das Familiengericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung einem Elternteil übertragen, § 1628 BGB (Stock et al., 2016b). Wird kein solcher Antrag gestellt oder hält der Psychotherapeut entgegen dem Willen der Eltern eine psychotherapeutische Behandlung für zwingend geboten, kann er nach Abwägung aller Aspekte bei dem

Familiengericht eine Entscheidung von Amts wegen anregen (Mutz, 2017). Im Falle einer Kindeswohlgefährdung ist das Jugendamt einzuschalten (s. u.).

**Zusammenfassung.** Zusammengefasst ist das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Erziehungsrecht wie folgt zu lösen: Wird ein Minderjähriger von seinen Eltern zur Behandlung gebracht, schließen sie mit dem Therapeuten einen sog. Vertrag zugunsten Dritter, d. h. die Eltern sind zur Mitwirkung und auch zur Vergütung verpflichtet und das Kind kann die Leistung fordern (§ 328 BGB). Grundsätzlich üben die Eltern die Sorge gemeinsam aus und zwar auch, wenn sie getrennt leben oder geschieden sind. Da die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung keine alltägliche Angelegenheit ist, sondern eine Entscheidung in medizinischen Angelegenheiten voraussetzt, müssen die Eltern diese auch gemeinsam treffen. Sind sich die Eltern in einer solchen Angelegenheit nicht einig, kann das Familiengericht angerufen und die Entscheidung auf einen Elternteil übertragen werden (Stock et al., 2016b). Abgesehen von reinen Routinefällen ist der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut darauf angewiesen, dass alle Sorgeberechtigten in die Behandlung einwilligen (OLG Hamm, Urt. vom 29.09.2015; Kern, 2010). Das gilt auch, wenn sich das Kind oder der Jugendliche selbst in die psychotherapeutische Behandlung begibt. Um einen wirksamen Vertrag zu schließen, bedarf es der Einwilligung der Eltern. Der Abschluss eines schriftlichen Vertrags ist um der Klarheit willen immer zu empfehlen (Gerlach & Best, 2017). Üblicherweise werden Eltern von Minderjährigen auch in diesem Fall ausdrücklich selbst als Vertragspartner einbezogen.

Die Aufklärung muss dem Kind, soweit es schon einwilligungsfähig ist, dem Jugendlichen sowie den Sorgeberechtigten gegenüber erfolgen, und sie alle müssen in die Behandlung einwilligen. Auch das minderjährige, einwilligungsunfähige Kind hat ein Selbstbestimmungsrecht und kann, wenn es sich kontinuierlich und aus seiner Sicht nachvollziehbar weigert, zur Durchführung einer Psychotherapie nicht gezwungen werden (Vetorecht).

## 2.2 Approbation und Ausbildung

### 2.2.1 Approbation und Berufserlaubnis

Die selbstständige und eigenverantwortliche Durchführung von Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Es wurde zunächst einmal definiert, was überhaupt Psychotherapie ist bzw. nicht ist:

*Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (Bund)*

*Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. (Bund)*

**Wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren.** Welche Psychotherapieverfahren als wissenschaftlich anerkannt gelten, bestimmt der nach diesem Gesetz eingesetzte Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie. Neben der Verhaltenstherapie sind im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die psychoanalytische, die tiefenpsychologisch fundierte und die systemische Psychotherapie wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2003; OVG NRW, Urt. vom 19.08.2010; Windaus, 2017).

Psychotherapie ist die Ausübung von Heilkunde, denn es werden psychische Störungen (nach ICD-10) diagnostiziert und therapiert. Dadurch unterscheidet sie sich etwa von der Erziehungs- und Eheberatung, die – oft im Vorfeld von Psychotherapie – pädagogische oder Paarkonflikte zu lösen versucht (Stock, 2009b). Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen beginnt mit einer Vorklärung: Kindliche Verhaltensprobleme können verschiedene Ursachen haben – etwa eine neurologische Störung, eine Entwicklungsverzögerung, ein elterliches Problem oder eine Teilleistungsstörung. Diese Problemlösung ist rechtlich gesehen ebenso wenig als Psychotherapie zu bezeichnen wie die dann meist folgende Verhaltensberatung. So lange sie jedenfalls anderen Zwecken dient – z. B. der Unterstützung des pädagogischen Verhaltens von Eltern, der Verbesserung der sozialen oder auch somatischen Situation – liegt der Fokus nicht auf der Diagnose oder Behandlung einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Die Grenzen sind allerdings fließend. Gerade in einem Beratungssetting oder auch bei pädagogischen Interventionen in einer Gruppe oder Institution kann sich ergeben, dass das Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen den Verdacht einer psychischen Störung nahelegt. Dann ist Psychotherapie indiziert. Probatorische Sitzungen dienen zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren. Sie sind bereits als psychotherapeutische Tätigkeit einzuordnen (Motz, 2017).

**Erlaubnispflicht.** Als Ausübung von Heilkunde ist Psychotherapie erlaubnispflichtig (BVerwG, Urt. vom 10.02.1983; BVerfG, Beschl. vom 10.05.1988a; BVerfG, Beschl. vom 10.05.1988b). Das gilt unabhängig davon, an welchem Ort sie durchgeführt wird, ob in einer psychotherapeutischen Praxis, einer Klinik, einer Beratungsstelle oder in einer pädagogischen Einrichtung.

Die Erlaubnis wird entweder in der Form der Approbation, der Berufserlaubnis oder nach dem HPG erteilt. Die Rechtsgrundlage für Approbation und Berufserlaubnis ist bei Ärzten die BÄO und bei Psychologen, Pädagogen und Sozialpädagogen das PsychThG. Die Approbation wird unbefristet und unbeschränkt, die Berufserlaubnis befristet, beschränkt und auch nur ausnahmsweise erteilt, z. B. wenn eine im Ausland absolvierte Psychotherapieausbildung noch nicht als gleichwertig anerkannt werden kann (Stock, 2017). Die Erlaubnis nach dem HPG wird entweder umfassend oder beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie erteilt.

**Altersgrenze.** Die Besonderheit des PsychThG besteht u. a. darin, dass neben den Ärzten zwei weitere Berufe mit Approbation die Psychotherapie durchführen (Stock, 1999): Die Berechtigung zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeuten erstreckt sich auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Von dieser Altersgrenze sieht das Gesetz zwei Ausnahmen vor: Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist es häufig notwendig, Gespräche unter verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten zur Einbeziehung von Bezugspersonen in das Therapiekonzept zu führen. Weil dies indiziert ist – bei Einzeltherapien gilt das Verhältnis 1 : 4 als Maßstab, bei Gruppentherapien das Verhältnis 1 : 2 –, umfasst die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auch diese Einbeziehung (Psychotherapie-Vereinbarung, 2017). Ebenso einleuchtend ist, dass eine bereits begonnene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann (§ 1 Abs. 2 PsychThG).

Diese Beschränkungen auf ein bestimmtes Alter der Patienten bestehen bei Psychologischen Psychotherapeuten nicht, d.h. berufsrechtlich dürfen sie alle Altersklassen behandeln (zur sozialrechtlichen Einschränkung s. u.).

Noch geringeren Einschränkungen unterliegen Ärzte, denn im Rahmen ihrer Approbation sind sie grundsätzlich sowohl zur psychotherapeutischen Behandlung als auch zur Verschreibung von Medikamenten berechtigt. Bei ihnen beginnt eine professionelle psychotherapeutische Ausbildung erst nach Erteilung der Approbation im Rahmen der Facharztausbildung oder einer ärztlichen Zusatzweiterbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie (Mandler, 2016).

**Berechtigung zur Berufsbezeichnung.** Die Berechtigung, sich als »Psychotherapeut« oder »Psychotherapeutin« zu bezeichnen, ist an den Besitz der Approbation gebunden. Diese Berufsbezeichnung darf von anderen Personen als Ärzten, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht geführt werden (§ 1 Abs. 1 S. 4 PsychThG). Personen, die über eine (auf die Durchführung von Psychotherapie beschränkte) Erlaubnis nach dem HPG verfügen, müssen sich klar von Psychotherapeuten unterscheiden. Die Wahl einer Berufsbezeichnung, die derjenigen eines Psychotherapeuten zum Verwechseln ähnlich ist, steht unter Strafe, § 132a StGB (BVerfG, Beschl. vom 16.03.2000; Stock 2003).

Viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neigen dazu, auch über 21-Jährige Erwachsene behandeln zu wollen. Es ist rechtlich nicht möglich, die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut etwa durch eine Fortbildung auf eine andere Altersgruppe von Patienten zu erweitern. Es muss deshalb eine HPG-Erlaubnis eingeholt werden. Wie diese erteilt werden kann, ist rechtlich umstritten: Einige Gerichte erlauben den Behörden eine Genehmigung nach Aktenlage, andere verlangen die Teilnahme an einer Überprüfung (VG Berlin, Urt. vom 22.01.2014). Die Erlaubnis nach dem HPG enthält lediglich ein Negativattest (es wird kein Schaden zugefügt) und belegt nicht die Fähigkeit zur Durchführung einer Psychotherapie in einem der o. a. wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Weil Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aber bereits (positiv) die Fähigkeit zur Ausübung der Psychotherapie in einem wissenschaftlich anerkannten verfahren nachgewiesen haben, dürfte die Erteilung einer HPG-Erlaubnis nach Aktenlage und ohne weitere Überprüfung zulässig sein. (OVG Rheinland-Pfalz, Urt. vom 28.04.2009; VG Berlin, Urt. vom 22.01.2014).