

1

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

2

nach § 8 PsychThG

3

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung

4

der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit

5

Kindern und Jugendlichen

6

Nach Beratung in der 11. Sitzung des Wissenschaftlichen
Beirats Psychotherapie vom 05.10.2026

7	Inhaltsverzeichnis	
8	Vorbemerkungen	3
9	1. Grundlagen der Begutachtung	4
10	2. Gutachtauftrag und Methodik.....	6
11	2.1. Einstufung als Psychotherapieverfahren.....	6
12	2.2. Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung.....	6
13	2.3. Vorgehen im Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen	
14	Erkrankungen“ (F54)	8
15	2.4. Anforderungen für die Zuordnung von Studien zur Personzentriert-Experienziellen	
16	Psychotherapie.....	8
17	2.5. Empfehlung zur Weiterbildung	9
18	3. Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie als Psychotherapieverfahren	10
19	3.1. Definition	10
20	3.2. Theoretische Erklärungen und Modelle.....	11
21	3.3. Indikationsstellung, Behandlungsplanung und therapeutische Beziehung	13
22	3.4. Breite der klinischen Anwendung	15
23	3.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	16
24	3.6. Fazit zum Verfahrensbegriff	16
25	4. Feststellung der Wirksamkeit	16
26	4.1. Wirksamkeitsbelege	16
27	4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit.....	18
28	5. Empfehlung für die Weiterbildung	19
29	Literatur.....	19
30		

31 **Vorbemerkungen**

32 Mit Schreiben vom 15.02.2022 beantragten die Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie
33 und Beratung e. V. (GwG) und der Verband Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychothe-
34 rapeut*innen (VPKJ) gemeinsam die Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Person-
35 zentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat
36 Psychotherapie (WBP) gemäß § 8 PsychThG. Damit einher ging die Einordnung der Antragstel-
37 ler*innen der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie als eigenständiges Psychotherapie-
38 verfahren, die im Rahmen eines vorherigen Gutachtenantrags unter der Bezeichnung Gesprächs-
39 psychotherapie/Emotionsfokussierte Psychotherapie der Humanistischen Psychotherapie zuge-
40 ordnet war. Vor diesem Hintergrund hat der WBP in seiner Sitzung am 21.03.2022 die Eröffnung
41 des Verfahrens zur wissenschaftlichen Beurteilung der Personzentrierten Psychotherapie mit Kin-
42 dern und Jugendlichen beschlossen.

43 Der WBP hat bereits mehrfach in Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächs-
44 psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Stellung genommen¹. Zuletzt befasste sich der WBP
45 im Rahmen des Gutachtens zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychothe-
46 rapie vom 11.12.2017 mit der Gesprächspsychotherapie, die von den Antragsteller*innen als einer
47 von zehn Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie eingeordnet worden war. In diesem Gut-
48 achten wurde die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie mit Kindern und
49 Jugendlichen für keinen Anwendungsbereich festgestellt.

50 In einer mündlichen Anhörung des WBP zum Gutachtenantrag vom 09.10.2023 informierten die
51 Vertreter*innen der Antragsteller*innen, es sei eine Abstimmung mit den antragstellenden Fachver-
52 bänden zu dem ebenfalls laufenden Gutachtenverfahren zur wissenschaftlichen Anerkennung der
53 Gesprächspsychotherapie/Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie bei Erwachsenen er-
54 folgt. Die Antragsteller*innen teilten in diesem Rahmen mit, sie seien übereingekommen, dass in
55 beiden Gutachten die Bezeichnung „Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie“ für das zu be-
56 urteilende Psychotherapieverfahren verwendet werden solle. Vor diesem Hintergrund hat der
57 WBP beschlossen im Folgenden durchgehend den Begriff „Personzentriert-Experienzielle Psycho-
58 therapie“ zu verwenden.

¹ In einem Gutachten vom 30.09.1999 einschließlich eines Gutachtens zum Nachantrag vom 11.09.2000 auf An-
trag der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie wurde für die Gesprächspsychotherapie
bei Kindern und Jugendlichen für keinen Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt.

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich vor allem auf die folgenden Unterlagen:

- a) Gemeinsamer Gutachtenantrag von GwG und VPKJ zur wissenschaftlichen Anerkennung der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen vom 15.02.2022,
- b) von den Antragsteller*innen mit dem Gutachtenantrag übermittelte sowie durch die Antragsteller*innen ergänzte bzw. nachgereichte Publikationen (vgl. Abbildung 1),
- c) Zusammenstellung der Publikationen auf der Grundlage von systematischen Literaturrecherchen zu mit den Antragsteller*innen abgestimmten Suchbegriffen zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (vgl. Abbildung 1)²,
- d) Ergebnisse der Anhörung vom 09.10.2023 mit Vertreter*innen der antragstellenden Fachverbände des Gutachtenantrags zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sowie des Gutachtenantrags zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Erwachsenen,
- e) Zusammenstellung der Publikationen auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche zu mit den Antragsteller*innen abgestimmten Suchbegriffen im Nachgang der in der Anhörung beschlossenen Erweiterung durch Motivational Interviewing (vgl. Abbildung 1),
- f) Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie vom 11.12.2017.

² Bei den systematischen Literaturrecherchen wurden Studien berücksichtigt, bei denen der Altersmittelwert unter 21 Jahren liegt.

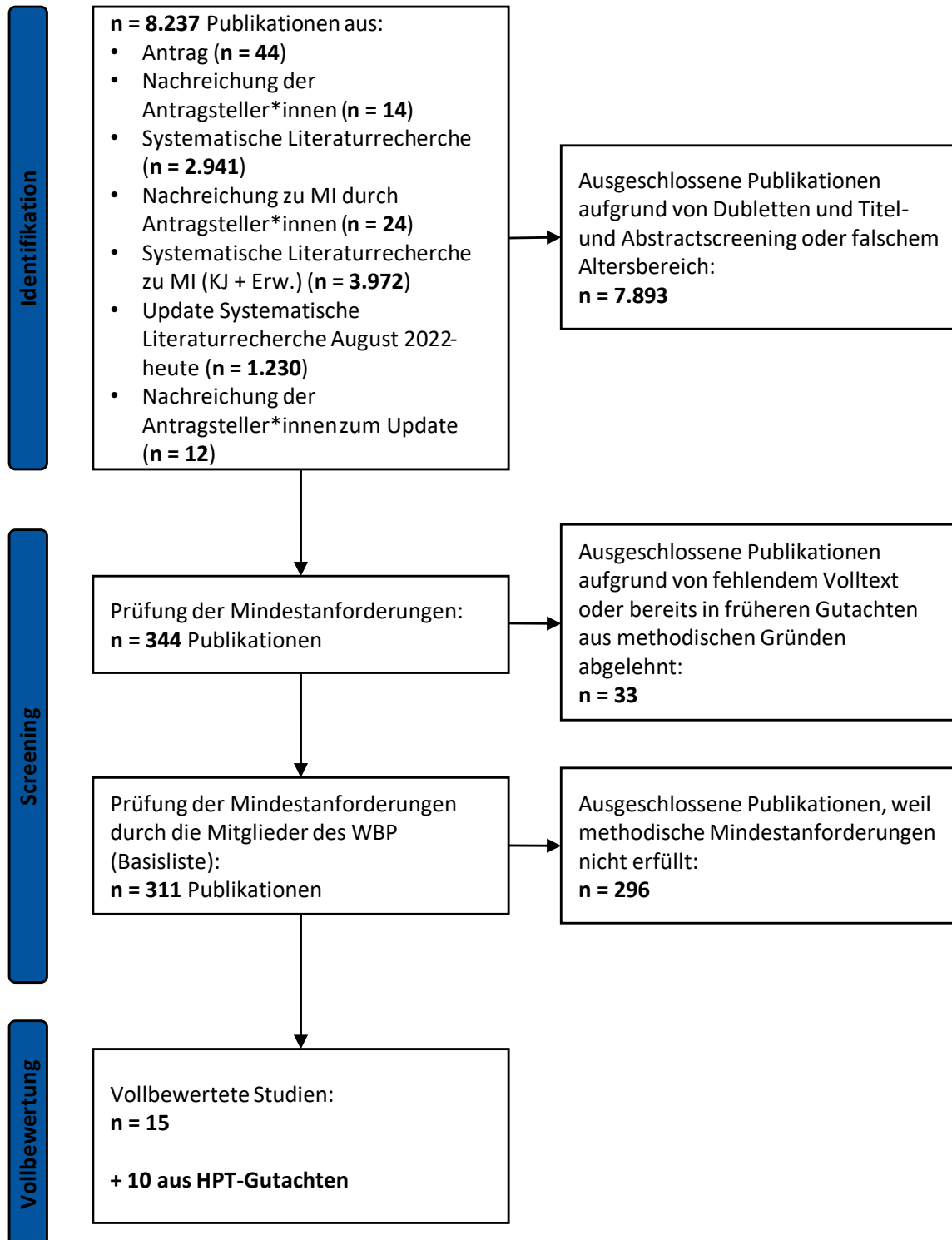


Abbildung 1: Übersicht eingereicher Studien und weiterer berücksichtigter Studien zur Prüfung der Mindestanforderungen (Screening) für das Gutachten zur Personzentriert-Experimentiellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

2. Gutachtenauftrag und Methodik

Es sollte geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie als Verfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß den Kriterien des WBP empfohlen werden kann. Die Prüfung des Gutachtenantrags zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erfolgt auf der Grundlage von Version 2.9 des Methodenpapiers des WBP, welches in der Sitzung vom 03.06.2019 verabschiedet wurde. Die im Methodenpapier beschriebenen Empfehlungen zur vertieften Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen werden gemäß § 7 des Psychotherapeutengesetzes analog auf die Empfehlungen für die Weiterbildung angewendet.

2.1. Einstufung als Psychotherapieverfahren

Im ersten Schritt wurde geprüft, ob es sich bei der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie um ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapieverfahren handelt. Nach den Ausführungen des Methodenpapiers wird ein psychotherapeutischer Ansatz als ein Psychotherapieverfahren definiert,

- wenn er von seinen Vertreter*innen selbst als ein Psychotherapieverfahren verstanden wird,
- wenn seine theoretischen Erklärungen der Störungen und Methoden einheitlich bzw. auf der Basis gemeinsamer Grundannahmen erfolgen,
- wenn begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert sind,
- wenn er bzw. seine Methoden zur Behandlung von Störungen eines breiten Spektrums von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden und
- wenn er in dieser Breite in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gelehrt wird.

2.2. Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung

Im zweiten Schritt überprüfte der WBP die Wirksamkeitsnachweise getrennt für die 18 Anwendungsbereiche (Indikationsbereiche). Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich setzt voraus, dass in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Anwendungsbereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie eine Katamneseuntersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird.

Die von den antragstellenden Fachverbänden eingereichte Liste von Publikationen wurde mit den Publikationen abgeglichen, die bereits in dem Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie vom 11.12.2017 bewertet wurde. Publikationen, die in diesem Gutachten die methodischen Mindestanforderungen nicht erfüllt haben bzw. aus methodischen Gründen nicht als Wirksamkeitsnachweis anerkannt wurden, sind nicht erneut in die Bewertung des aktuellen Gutachtens eingeflossen.

Gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers wurde die Rohliste der in der systematischen Literaturrecherche identifizierten Publikationen auf der Webseite des WBP am 26.10.2022 mit dem Hinweis veröffentlicht, dass innerhalb einer Frist von vier Wochen die Möglichkeit für Interessengruppen besteht, weitere Studien zu ergänzen. Innerhalb der Frist bis zum 25.11.2022 wurden keine Ergänzungen eingereicht. Den Antragsteller*innen wurde die Rohliste mit Schreiben vom 26.10.2022 mit der Bitte um Ergänzung mit einem Schreiben des WBP zugeleitet. Die Antragsteller*innen übermittelten daraufhin per E-Mail vom 22.11.2022 fristgerecht 14 Ergänzungen zur Rohliste, wovon bereits 2 Studien mit dem Antrag eingereicht wurden. Aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit einem am 27.03.2023 eröffneten Gutachtenverfahren zur Gesprächspsychotherapie/Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie bei Erwachsenen wurde am 09.10.2023 auf gemeinsamen Wunsch der antragstellenden Fachverbände eine mündliche Anhörung zu den Gutachtenanträgen zur Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sowie zur Gesprächspsychotherapie/Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie bei Erwachsenen durchgeführt.

Gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers wurde die Rohliste der in der systematischen Literaturrecherche zu Motivational Interviewing identifizierten Publikationen auf der Webseite des WBP am 09.08.2024 mit dem Hinweis veröffentlicht, dass innerhalb einer Frist von sechs Wochen die Möglichkeit für Interessengruppen besteht, weitere Studien zu ergänzen. Innerhalb der Frist bis zum 25.09.2024 wurden keine Ergänzungen eingereicht. Den Antragsteller*innen wurde die Rohliste mit Schreiben vom 08.08.2024 mit der Bitte um Ergänzung mit einem Schreiben des WBP zugeleitet. Die Antragsteller*innen übermittelten keine weiteren Studien in Ergänzung zur Rohliste.

Gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers wurde die Rohliste der in dem Update der ursprünglichen systematischen Literaturrecherche identifizierten Publikationen auf der Webseite des WBP am 13.03.2026 mit dem Hinweis veröffentlicht, dass innerhalb einer Frist von vier Wochen die Möglichkeit für Interessengruppen besteht, weitere Studien zu ergänzen. Den Antragsteller*innen wurde die Rohliste mit Schreiben vom 13.03.2026 mit der Bitte um Ergänzung mit einem Schreiben des WBP zugeleitet. Die Antragsteller*innen übermittelten keine weiteren Studien in Ergänzung zur Rohliste.

Gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers wurde die Basisliste der in dem Update der ursprünglichen systematischen Literaturrecherche identifizierten Publikationen auf der Webseite des WBP am 13.03.2026 veröffentlicht. Den Antragsteller*innen wurde die Basisliste mit Schreiben vom 30.03.2026 mit der Bitte um Ergänzung zugeleitet. Die Antragsteller*innen übermittelten daraufhin per E-Mail vom 11.05.2026 12 Ergänzungen zur Basisliste. Die aktualisierte Basisliste wurde am 19.06.2026 auf der Website des WBP veröffentlicht.

2.3. Vorgehen im Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“ (F54)

Bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie wurde eine Studie berücksichtigt, die sich auf den Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F54)“ bezieht und die bereits im Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie von 2017 als Wirksamkeitsnachweise anerkannt wurde (Szigethy et al., 2014, 2015). Die wissenschaftliche Beurteilung der Humanistischen Psychotherapie erfolgte auf der Grundlage von Version 2.8 des Methodenpapiers. Die Kriterien zur Zuordnung von Publikationen zu diesem Anwendungsbereich wurden in der dem aktuellen Gutachtenverfahren zugrunde gelegten Version 2.9 des Methodenpapiers verändert. Der WBP hat vor diesem Hintergrund für diese Studie erneut die Zuordnung zu diesem Anwendungsbereich geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die Studie entsprechend den Kriterien des Methodenpapiers in der Version 2.9 nicht diesem Anwendungsbereich, sondern dem Anwendungsbereich Affektive Störungen zugeordnet werden kann.

2.4. Anforderungen für die Zuordnung von Studien zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie

Ein Großteil der eingereichten Studien bezieht sich auf „Spieltherapie“ bzw. „play therapy“. Das Spiel wird in der Tradition der Personzentriert-Experienziellen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eine zentrale Ausdrucksform der kindlichen bzw. jugendlichen Patient*in angesehen. National und international haben sich verschiedene weitere Zweige der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelt, die das Spiel als Medium in der Therapeut*in-Kind-Interaktion bzw. Therapeut*in-Jugendlichen-Interaktion nutzen. Neben der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie trifft dies insbesondere für die Psychoanalytische bzw. Tiefenpsychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu. Bei der Betrachtung der Verfahrenstreue der vorgelegten Studien (neben „play therapy“ u. a. auch zu „theraplay“ und „sand play therapy“) müssen sich eindeutige Hinweise auf die zugrundeliegende theoretische Zuordnung der eingesetzten spieltherapeutischen Techniken und Methoden zur Personzentriert-Experienziellen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie finden.

Der WBP hat im Einklang mit der bisherigen Praxis auf der Basis des Methodenpapiers vereinbart, im Rahmen des Gutachtens mit Blick auf eine nachvollziehbare Zuordnung den folgenden Algorithmus anzuwenden:

1. Eindeutige Benennung des Verfahrens/der Methode in der Studie

- a. Erwähnung des Oberbegriffs „Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie“ und/oder
- b. Bezugnahme auf theoretische Grundlagen bzw. Autor*innen, die klar der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie zuzuordnen sind (hier müssen eindeutige

193 Bezüge herstellbar sein, also z. B. Rogers, Miller & Rollnick; bei Kindern und Ju-
194 gendlichen ggf. zusätzliche Namen, bspw. Axline)

195 2. Weitere Konkretisierung bezüglich der Sub-Orientierungen/Richtungen (im Bsp. des Roge-
196 rianischen Ansatzes: non-direktiv, klientenzentriert, personzentriert)“

197 und/oder:

198 3. Beschreibung der Grundprinzipien des therapeutischen Vorgehens/der Intervention, aus
199 der eine Zuordnung zum theoretischen Konstrukt (zum Verfahren/zur Methode) deutlich
200 wird = zumindest orientierende Beschreibung der „Techniken“

201 Sofern Anforderung 1 nicht erfüllt wird, wird gefordert, dass sich ein Bezug zur Personzentriert-
202 Experienziellen Psychotherapie zumindest anhand einer Konkretisierung der angewandten Rich-
203 tungen (vgl. Anforderung 2) oder einer Beschreibung der Grundprinzipien des therapeutischen
204 Vorgehens (vgl. Anforderung 3) herstellen lässt.

205 Der Ansatz des Motivational Interviewing wird in vielfältigen Anwendungsbereichen eingesetzt
206 (vgl. dazu auch 3.3). Es wurden daher nur solche Studien berücksichtigt, in denen MI als Methode
207 der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie angewendet wurde. Neben der Realisation
208 von MI als Methode der PCE finden sich eine Vielzahl von Adaptionen der MI, die diese Kriterien
209 nicht erfüllen. Diese sind nicht Bestandteil des vorliegenden Gutachtens. Studien, in denen MI als
210 psychotherapeutische Technik allein untersucht wurde, wurden ebenfalls im Rahmen des Gutach-
211 tens nicht berücksichtigt. Bei der Bewertung der Wirksamkeit wurden zudem entsprechend den
212 Vorgaben des Methodenpapiers 2.9 nur solche Studien berücksichtigt, in denen MI bei Patient*in-
213 nen mit einer Indikation für Psychotherapie eingesetzt wurde. Zudem wurden bei der Bewertung
214 der Wirksamkeit von MI-Studien nur Studien berücksichtigt, in denen MI als alleinige Intervention
215 im Kontext der PCE untersucht wurde. Studien, in denen eine Kombination aus einem bereits an-
216 erkannten Verfahren und MI verglichen werden, wurden als grundsätzlich nicht geeignet beurteilt,
217 um die Wirksamkeit von MI als eine der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie zugeord-
218 nete Methode zu bewerten. Es existieren zudem Weiterentwicklungen von MI im Kontext bereits
219 anerkannter psychotherapeutischer Verfahren. Diese sind nicht Bestandteil des vorliegenden Gut-
220 achtens.

221 2.5. Empfehlung zur Weiterbildung

222 In einem dritten Schritt prüft der WBP, ob gemäß den in Abschnitt III des Methodenpapiers fest-
223 gelegten Kriterien eine Empfehlung für die wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapiever-
224 fahren ausgesprochen werden kann. Der WBP hat in seiner Sitzung vom 05.06.2023 beschlossen,
225 Gutachtenanträge auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der jeweiligen Antragstellung gültigen
226 Version des Methodenpapiers zu bearbeiten. Der Gutachtenantrag zur Personzentriert-Experien-
227 ziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen wird auf der Grundlage von Version 2.9 des
228 Methodenpapiers bearbeitet. Da die Version 2.9 des Methodenpapiers vom 03.06.2019 die recht-
229 lichen Änderungen des zum 01.09.2020 in Kraft getretenen Psychotherapeutenausbildungsre-
230 formgesetzes noch nicht berücksichtigt, erfolgt hier keine direkte Anwendung der Abschnitte III.1

und III.2 des Methodenpapiers. Die Empfehlungen gemäß der Abschnitte III.1 und III.2 des Methodenpapiers Version 2.9 beziehen sich noch auf die Eignung von Psychotherapieverfahren für die vertiefte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in bzw. zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in. Die in Version 2.9 vorgesehenen Empfehlungen zur vertieften Ausbildung werden daher entsprechend § 7 PsychThG analog auf Empfehlungen für die Weiterbildung angewendet. Der WBP prüft, ob gemäß den in Abschnitt III.2 des Methodenpapiers festgelegten Kriterien eine Empfehlung für die wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren für eine Weiterbildung für die umfassende psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgesprochen werden kann. In Abschnitt III.2 des Methodenpapiers sind – neben weiteren Kriterien – die Anwendungsbereiche genannt, für die mindestens eine ausreichende Anzahl von Wirksamkeitsnachweisen bei Kindern und Jugendlichen erbracht sein müssen („Schwellenkriterium“), damit eine wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren festgestellt werden kann.

3. Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie als Psychotherapieverfahren

3.1. Definition

Gemäß der Antragstellung geht das Konzept der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie ursprünglich auf Carl R. Rogers (1961/1991) zurück. Die "Nondirektive Spieltherapie" wurde auf der Grundlage von Virginia Axline (1947) begründet, beruhend auf dem Grundansatz, dass die Therapeut*in dem Kind einen möglichst weiten, anregenden Entwicklungsraum und eine bedingungsfrei wertschätzende Beziehung zur Verfügung stellen soll, in dem es sein inneres Erleben zeigen und bearbeiten kann sowie neue Erfahrungen ermöglicht bekommt. In Deutschland erfolgten seit den 1950er Jahren theoretische Weiterentwicklungen mit dem Schwerpunkt, empirische Erkenntnisse aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie – und hier insbesondere die Realisierung der Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz – auf die Kinderpsychotherapie zu übertragen. Später fand eine Weiterentwicklung vom klientenzentrierten zum Personzentriert-Experienziellen Ansatz statt. Diesem Ansatz zufolge steht nicht mehr die (isolierte) Realisierung der Beziehungsvariablen im Mittelpunkt, sondern die Person des Kindes oder Jugendlichen an sich sowie die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in. Ab Ende der 1980er Jahre wurde auch die Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie mit Jugendlichen konzeptionell klarer systematisiert und weiterentwickelt (z. B. Monden-Engelhardt, 1997). Die therapeutische Beziehung wird als wesentliche Wirkvariable beschrieben und das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und Therapeut*in wird differenzierter sowie über die Realisierung der drei Basisvariablen hinausgehend betrachtet. Auch das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird in der Therapie berücksichtigt, und der Zusammenarbeit mit den Eltern wird besondere Beachtung gewidmet.

In der empirischen Forschung werden Bezüge hergestellt zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere zur empirischen Säuglingsforschung und zur Bindungsforschung.

Neuere empirische Ansätze beziehen sich auf die Entwicklung störungsspezifischer Handlungsleitlinien und die Beschreibung der (Mikro-)Prozesse in den therapeutischen Sitzungen. Auch Verknüpfungen u. a. zur Resilienzforschung oder zum entwicklungspsychologisch fundierten Konzept der Mentalisierung wurden hergestellt. Die Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ideen- und psychotherapiegeschichtlich der Grundorientierung der Humanistischen Psychotherapie zuzuordnen. Es handelt sich jedoch um ein eigenständiges Psychotherapieverfahren in der Rogerianischen Tradition und mit vielfachen Weiterentwicklungen, einer eigenständigen Forschung und eigenständigen, systematischen Ausbildungsstrukturen. Die Emotionsfokussierte Therapie ist aus den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie und der Gestalttherapie entstanden, hat in die Aus- und Weiterbildung in Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie Eingang gefunden und wird hier vom WBP bei der Bewertung der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie berücksichtigt. Das Motivational Interviewing ist ebenfalls aus den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie entstanden, hat in die Aus- und Weiterbildung in Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie Eingang gefunden und wird hier vom WBP bei der Bewertung der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie berücksichtigt.

3.2. Theoretische Erklärungen und Modelle

Der Personenzentrierte Ansatz nach Rogers betont das jedem Menschen innewohnende Bedürfnis nach konstruktiver Veränderung und Selbstverwirklichung. Der Mensch wird in seiner Einzigartigkeit und zugleich in der Bezogenheit auf andere gesehen; die Fähigkeit, zu wählen und sich zu entscheiden, wird als besondere Ressource betont. Für die Theorie der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie sind die in Rogers' Persönlichkeitstheorie beschriebenen Begriffe der Aktualisierungstendenz und der Inkongruenz von zentraler Bedeutung. Die *Aktualisierungstendenz* ist die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus, sich selbst zu erhalten und sich weiterzuentwickeln. Rogers bezeichnet sie als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 2020) (Rogers 1959/1991, S. 21). Diese Aktualisierungstendenz ist das grundlegende Axiom des Personenzentriert-Experienziellen Ansatzes; die Personenzentriert-Experienzielle Vorgehensweise ist demzufolge darauf ausgerichtet, diese jedem Menschen innewohnende Kraft zu unterstützen. Die Aktualisierungstendenz bewertet Erfahrungen danach, ob sie für den Organismus als Ganzen erhaltend oder förderlich sind oder ob sie die Erhaltung oder Förderung hemmen. Die bewusste Wahrnehmung positiver und negativer Erfahrungen wird als „Gewahrwerdung“ oder „Symbolisierung“ bezeichnet.

Mit zunehmender Entwicklung des Selbst als einer psychischen Struktur entwickelt sich als Teil der Aktualisierungstendenz eine Tendenz zur *Selbstaktualisierung*. Diese Tendenz sorgt für die Erhaltung des sich bildenden Selbstkonzeptes: Erfahrungen werden nun danach bewertet, ob sie für den Organismus als Ganzen förderlich sind und ob sie für das Selbstkonzept förderlich sind. Der Erhaltung des Selbstkonzeptes wird oftmals Vorrang eingeräumt vor der Entfaltung mit der möglichen Folge, dass Erfahrungen abgewehrt und verzerrt symbolisiert werden. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind für die Entwicklung des Selbstkonzeptes grundlegend. Im Idealfall fallen

Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz zusammen. Macht das Individuum Erfahrungen, die nicht mit seinem Selbstkonzept übereinstimmen, so kann ein Zustand von Inkongruenz entstehen, einschließlich der Ambivalenz zwischen Selbstfürsorge und selbstverletzenden Aktivitäten. Dieser entsteht aus der Diskrepanz zwischen Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz. Aus dieser Unvereinbarkeit resultieren Spannungen, die das Individuum löst, indem es die Erfahrungen z. B. verzerrt oder verleugnet. Inkongruenzen und Ambivalenzen können aufgrund von gravierenden, der Aktualisierungstendenz des Kindes/Jugendlichen widersprechenden, Erfahrungen entstehen und zu Symptomen psychischer Störungen führen, die als dysfunktionale Lösungsversuche zu verstehen sind. Erweitert wurde diese Störungstheorie durch die Differenzierung verschiedener Arten von emotionalen Verarbeitungsproblemen und die Ausformulierung der Bedeutung maladaptiver emotionaler Schemata. Entsprechend müssen Inkongruenzen und Ambivalenzen im emotionalen Erleben ins Bewusstsein gehoben und durch die Aktivierung adaptiver emotionaler Ressourcen transformiert werden.

Der in der psychotherapeutischen Arbeit angebotene Entwicklungsraum soll dem Kind die Möglichkeit bieten, verzerrte oder verleugnete Erfahrungen zu korrigieren. Dabei gehen die Ziele der therapeutischen Intervention über die reine Störungsreduktion und die Unterstützung einer kongruenten Selbst-Entwicklung hinaus; Zielvariablen sind u. a. eine verbesserte Selbstreflexion, die Entwicklung unterstützender Sozialbeziehungen und eine Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens.

Die therapietheoretischen Annahmen von Rogers sind inzwischen durch Einbeziehung von system-, emotions-, motivations- und bindungstheoretischen sowie sozioökologischen Erkenntnissen ausformuliert worden. Die Ausarbeitung des emotionsfokussierten Ansatzes führte zu einer Ausweitung und Weiterentwicklung der Anwendung von Methoden zur Förderung der Emotionsverarbeitung und Verarbeitung motivationaler Konflikte als wichtige Bestandteile von Personenzentriert-Experientieller Psychotherapie. Dazu gehören das Focusing (Gendlin & Wiltschko, 2021), die Emotionsfokussierte Therapie (EFT; Greenberg, 2006), sowie das Motivational Interviewing -auch als motivierende Gesprächsführung, motivational enhancement therapy bekannt - (Miller & Rollnick, 2025). Letzteres erweitert das Verständnis von Inkongruenz durch das Einbeziehen der Ambivalenz zwischen Selbstfürsorge und selbstverletzenden Aktivitäten, was sekundären reaktiven und primär maladaptiven Emotionen in der EFT entspricht, wodurch die intrinsische Motivation zur Veränderung gestärkt wird. Im Mittelpunkt stehen dabei die Motivationsprozesse innerhalb des Individuums, die Veränderungen erleichtern. Motivational Interviewing kann keine Veränderungen erzwingen, die mit den eigenen Werten und Überzeugungen der Person unvereinbar sind.

Gemäß dem Antrag wird als wesentliches Ziel des diagnostischen Prozesses in der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen das Verstehen des inneren Erlebens des Kindes/Jugendlichen als Hintergrund seiner Weltbegegnung beschrieben (Jürgens-Jahnert, 1997; Weinberger, 2015). Als therapiebegleitender Kreislaufprozess soll ein immer tieferes Verstehen entstehen; eine enge, verkürzte Kopplung von diagnostischen Daten bzw. einer störungsorientierten Diagnosestellung und daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen oder -prinzipien

wird abgelehnt. Zunächst steht mit der Beobachtung das Verhalten des Kindes/Jugendlichen in der Therapie sowie in verschiedenen Situationen im Vordergrund. Zusätzlich werden psychologische Testverfahren eingesetzt, und zwar sowohl projektive Verfahren (Scenotest; von Staabs, 2004) als auch standardisierte generalisierte und störungsspezifische klinisch-diagnostische Verfahren (z. B. DISYPS-III, Döpfner & Görtz-Dorten, 2017; Kinder-Angst-Test-III, Tewes & Naumann, 2016) ebenso wie klinische Interviews (z.B. Kinder-DIPS, Schneider et al., 2017). Verfahren der dimensionalen Diagnostik (v. a. CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001; dt. Döpfner et al., 2014) wie auch der kategorialen Diagnostik haben eine hohe Bedeutung. Durch eine sorgfältige Anamnese in der Anfangsphase sollen lebensgeschichtliche Daten erhoben werden, um das Verstehen und Bilden von Hypothesen zur Störungsentstehung integrieren zu können. In der Diagnostik werden einerseits entwicklungsgeschichtlich früh entstandene intrapsychische Strukturstörungen beschrieben, die z. B. aus deutlicher Vernachlässigung eines Kindes resultieren können und es dem Individuum erschweren, stabile Selbst-Strukturen aufzubauen. Andererseits werden später entstandene Einschränkungen der Selbstaktualisierung und damit verbundene (sekundäre) Inkongruenzen beschrieben, die bei belastenden und nicht/schlecht bewältigbaren Lebensereignissen entstehen (z. B. Trennung der Eltern; Überforderung angesichts der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz).

3.3. Indikationsstellung, Behandlungsplanung und therapeutische Beziehung

Dem Personzentriert-Experienziellen Störungskonzept zufolge sind Symptome psychischer Störungen mit Inkongruenzen und Ambivalenzen verbunden, die entstehen, wenn das Kind/die Jugendliche* der Aktualisierungstendenz widersprechende Erfahrungen macht. Der Kern des Personzentriert-Experienziellen Behandlungskonzepts besteht somit zunächst darin, neue, entwicklungsförderliche Beziehungserfahrungen anzubieten. Der therapeutischen Beziehung wird als wesentlichem Wirkfaktor hohe Bedeutung zugemessen. Alle Interventionen erfolgen auf der Basis der Personzentriert-Experienziellen Grundhaltung, die auf einer bedingungslosen Akzeptanz und unbedingter Wertschätzung, von Empathie (einfühelndem Verstehen) und Kongruenz (Authentizität) getragenen Begegnung beruht. Durch unverzerrte, an der Aktualisierungstendenz ausgerichtete Symbolisierungen macht die Person neue Selbst-Erfahrungen. Das Kind bzw. die Jugendliche* kann sich mehr und mehr dem inneren Erleben, d. h. den emotionalen Einstellungen, Bewegungen, Wünschen und Zielen zuwenden, sich schrittweise über diese klarer werden und in diesem Prozess des Sich-Selbst-Verstehens zu neuen Einstellungen und Verhaltensänderungen kommen. Für Interventionsentscheidungen bezüglich der Gestaltung der therapeutischen Beziehung besteht ein Spektrum von Ausdifferenzierungen, die sich insbesondere am jeweiligen Kind/Jugendlichen* und dem intrapsychischen Entwicklungsstand orientieren. Das therapeutische Vorgehen kann eher klassisch non-direktiv oder direkter sein, indem z. B. aktive, strukturierende Impulse gegeben werden. Auf diesem Hintergrund werden auch erlebnisaktivierende Methoden (z. B. gestalterische Impulse, Geschichten) oder strukturierende Elemente (Tagebuchschreiben, systematische Selbstbeobachtungsbögen o. ä.) in den Therapieprozess integriert. Bezüglich der Anwendung Personzentriert-Experienzieller Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden vier Ebe-

nen unterschieden. Auf der *Handlungsebene* wird das Beobachtete verbal beschrieben. Durch Verbalisierungen des aktuellen Geschehens soll an frühe positive Interaktionserfahrungen angeknüpft werden oder es werden neue Beziehungserfahrungen ermöglicht. Auf der *Emotionalen Ebene* werden gezeigte Emotionen verbalisiert, so soll durch Resonanz eine Symbolisierung und intrapsychische Verankerung und z. B. eine verbesserte Regulation der Emotionen ermöglicht werden. Auf der *Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur* kann der Bezug z. B. zum Lebensthema bzw. dem „internal working model“ (Bindungstheorie) hergestellt werden, und es kann „Klärung“ stattfinden. Zur Intervention auf der *Beziehungsebene* kann bspw. einem Kind vorsichtig Hilfe angeboten werden, so dass es etwa seine Selbstwirksamkeit erhöhen und zugleich die Beziehungs-Erfahrung einer hilfreichen Unterstützung durch eine erwachsene Person machen kann. Auf welcher Ebene die Intervention erfolgt, ist v. a. vom Alter und psychischen Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen und vom Stand des therapeutischen Prozesses abhängig.

Bei dem Therapieangebot und den Interventionen im Rahmen der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie wird für Kinder im Alter bis ca. zwölf Jahren das Spiel als eine zentrale Ausdrucksform der Patient*in angesehen (z. B. Weinberger, 2015). Das Spiel und die grundsätzliche Offenheit des Angebots dienen zur Darstellung und zur Bewältigung inneren Erlebens. Zugleich ist die Möglichkeit gegeben, sich und neue Lösungswege zu erproben. Das Kind kann sich als selbstwirksam erleben. Die vielfältigen Materialien im Spielzimmer bieten breite Anregungen, der Raum in seinen Begrenzungen ist zugleich Schutzraum. Dies ermöglicht dem Kind in einer engen Bezogenheit Exploration und Entwicklung von z. B. Strategien zur Regulation. Die therapeutischen Interventionen erfolgen verbal und auf der Spielebene, sie geben Resonanz auf die Selbst- und Lebensäußerungen des Kindes und ermöglichen ihm die Aktivierung eigener Ressourcen, die innere Klärung und Überwindung innerpsychischer Konflikte und Spannungen. Die Bedeutung des Spiels in der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie nimmt mit dem Älterwerden ab, wenngleich auch mit Jugendlichen altersentsprechende Spiele sowie kreative Ausdrucksmöglichkeiten (z. B. Kartenspiele bzw. Zeichnen, Musik) in den therapeutischen Prozess integriert werden können.

Im angloamerikanischen Sprachraum werden Konzepte der Personenzentriert-Experienziellen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie häufig im Bereich der Beratung (z. B. in Schulen) angewendet (viele Personen, die dieses Konzept praktizieren, sind etwa im Vereinigten Königreich in der British Association of Counseling and Psychotherapy [BACP] organisiert). In diesem Kontext liegen auch etliche wissenschaftliche Studien vor, die Beratungsansätze in Schulen evaluieren. Diese teilweise wissenschaftlich durchaus hochwertigen Studien (z. B. von Cooper et al., 2010; 2021) sind allerdings eher im Bereich der schulbasierten Prävention angesiedelt und auf psychische Beeinträchtigungen („psychological distress“) gerichtet, die im deutschen Gesundheitssystem nicht als krankheitswertige psychische Störungen klassifizierbar wären.

Der Ansatz des Motivational Interviewing wurde zunächst für die Behandlung von Patient*innen mit Suchterkrankungen konzipiert und kommt in diesem Bereich auch weiterhin zum Einsatz. Zudem wird MI zur Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderungen angewendet. Es ist so-

wohl im Rahmen von Kurzinterventionen sowie in verschiedenen Beratungssettings weit verbreitet (Miller & Rollnick, 2025). In diesem Kontext liegen auch etliche wissenschaftliche Studien vor, die entsprechende Beratungsansätze evaluieren. In diesen werden oftmals therapeutische Ansätze mit sehr kurzer Interventionsdauer, beispielsweise unter einer Stunde, überprüft. Diese teilweise aus methodischer Sicht durchaus hochwertigen Studien zielen jedoch oftmals auf gesundheitsrelevantes Verhalten bei Vorliegen von psychischen Beeinträchtigungen (selbstberichtet erhöhter Tabakkonsum; Studierende, die gegen Regel zu Alkoholkonsum auf universitärem Gelände verstoßen haben) ab, die im deutschen Gesundheitssystem nicht als krankheitswertige psychische Störungen klassifizierbar sind.

Personenzentriert-Experienzielle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird auch als Gruppentherapie durchgeführt. Therapiebegleitend wird auch die Zusammenarbeit mit Eltern/Bezugspersonen eingesetzt. Darüber hinaus wird Familienspieltherapie angeboten, in der das gemeinsame Spiel von Eltern und Kindern therapeutisch begleitet wird. Der insbesondere in den USA begründete Ansatz der Filialtherapie (Bratton & Landreth, 2006; Guerney, 1964, 1976; D. M. Smith & Landreth, 2004; N. Smith & Landreth, 2003) beruht im Grundsatz auf einer Schulung von Eltern oder anderen Bezugspersonen in den Grundprinzipien des Personenzentriert-Experienziellen Ansatzes, die dann in der Interaktion und Beziehungsgestaltung mit ihren Kindern angewendet werden sollen.

3.4. Breite der klinischen Anwendung

Die Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen wird in einem breiten Spektrum von Anwendungsbereichen eingesetzt. Nach Angaben der Antragsteller*innen liegen Therapiebeschreibungen und Kasuistiken für eine Vielzahl von Störungsbildern vor. Zu in dieser Altersgruppe häufig auftretenden Störungsbildern liegen spezifische, zwischen GWG und VPKJ abgestimmte, Handlungsleitlinien vor („Angststörungen“, „Depressive Störungen“, „Traumafolgestörungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom“), in denen wesentliche Elemente der Beziehungsgestaltung und des konkreten therapeutischen Vorgehens für verschiedene Therapiephasen und Altersstufen beschrieben sind.

Bezüglich möglicher Kontraindikationen wird darauf hingewiesen, dass zu prüfen ist, ob aufgrund der Lebensbedingungen (z. B. Gefährdung des Kindeswohls) oder aufgrund von Einschränkungen auf der Ebene des Kindes oder Jugendlichen (z. B. schwere Suchterkrankung, akute Psychose) die Einleitung von Jugendhelfemaßnahmen bzw. eine stationäre Betreuung vorrangig indiziert ist. Zu Beginn der Therapie sei die Passung zwischen dem Behandlungskonzept und den Störungen sowie Veränderungsmotivationen des Kindes bzw. Jugendlichen zu prüfen.

3.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen existieren in Deutschland Ausbildungsinstitute und Fort- sowie Ausbildungscurricula. In den Mindestanforderungen der GwG zu einer Weiterbildung ist unter anderem die Emotionsfokussierte Therapie und das Motivational Interviewing als Teil des Curriculums vorgesehen.

3.6. Fazit zum Verfahrensbegriff

Der WBP kommt zu dem Schluss, dass es sich bei der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen um ein Psychotherapieverfahren entsprechend den Kriterien des Methodenpapiers des WBP handelt.

4. Feststellung der Wirksamkeit

4.1. Wirksamkeitsbelege

Zu den 311 im Volltext vorliegenden Publikationen führten jeweils zwei Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder des WBP das Screening gemäß Abschnitt II.3 des Methodenpapiers durch. In diesem Schritt wurden 296 Publikationen ausgeschlossen, da sie die methodischen Mindestanforderungen nicht erfüllten bzw. da kein inhaltlicher Bezug zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie festgestellt werden konnte. Zu 15 Studien, die die methodischen Mindestkriterien erfüllten, wurde durch jeweils zwei Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder des WBP eine Vollbewertung durchgeführt.

Alle vom WBP als Wirksamkeitsnachweis anerkannten Studien sind getrennt nach den jeweiligen Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß Methodenpapier des WBP in Tabelle 1 aufgelistet. Die Tabelle umfasst zudem Studien mit einer ausreichenden methodischen Qualität, die keinen Effekt der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie nachweisen; die Begründung für die Ablehnung ihrer Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ist jeweils angegeben. Anwendungsbereiche, für die keine Studien mit ausreichender methodischer Qualität bzw. anerkannte Wirksamkeitsnachweise vorliegen, sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

Tabelle 1: Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die als Wirksamkeitsnachweis anerkannt wurden bzw. keinen Effekt nachweisen konnten

1 Affektive Störungen

Wirksamkeitsnachweise

Diamond et al. (2019)	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie
Szigethy et al. (2014, 2015)	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie ¹

Studien von ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie nachweisen

Dietz et al. (2015) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Interpersonelle Psychotherapie der Kindzentrierten Psychotherapie¹ überlegen

2 Angststörungen und Zwangsstörungen

Studien von ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie nachweisen

Kahn et al. (2018) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Supportiver Therapie¹ überlegen

Reigada et al. (2015) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie¹ der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen

Silk et al. (2018) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Supportiver Therapie¹ überlegen

4 Abhängigkeiten und Missbrauch

Wirksamkeitsnachweise

Slesnick et al. (2013a; 2013b) anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Motivational Interviewing

6 Anpassungs- und Belastungsstörungen

Studien von ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie nachweisen

Boelen et al. (2021) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen

Cohen et al. (2004)
Follow-up: Deblinger et al. (2006) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen

Cohen & Mannarino (1997) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Nondirective-Supportive Therapy der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen

Cohen et al. (2011) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da bei sehr hohem Dropout die Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie der Kognitiven Verhaltenstherapie in 2 von 3 Outcomebereichen unterlegen; u. a. sind Remissionsraten höher in der Kognitiven Verhaltenstherapie

Foa et al. (2013) abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive¹ Therapie der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen

10 Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten

Wirksamkeitsnachweise

Gazestan et al. (2021) anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie

13 Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung und tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Wirksamkeitsnachweise

Chan & Ouyang (2024, 2025)	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie ²
Jenny und Schär (2010) [inkl. Jenny et al. (2019)]	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie

14 Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens

Wirksamkeitsnachweise

Kraak (1961)	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Supportive Therapie ¹
--------------	---

XX Gemischte Störungen

Wirksamkeitsnachweise

Foroughe et al. (2024)	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie ³
------------------------	--

Studien von ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie nachweisen

Carpentier et al. (2006)	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie ¹ der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
Kazdin et al. (1989)	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Supportive Therapie ¹ der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
Kazdin et al. (1987)	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Unterschied zwischen Supportiver Therapie ¹ und Kontrollbedingung (keine Behandlung)

¹Bei diesen Studien wurde geprüft, ob spezifische Elemente der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie in ausreichendem Umfang umgesetzt wurden, um sie dieser zuzuordnen.

² Insgesamt hat sich der WBP unter Berücksichtigung folgender methodischer Einschränkungen für eine Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ausgesprochen: keine Beurteilung hinsichtlich bestehender Komorbiditäten möglich; Erfassung der Outcomekriterien nicht durch unabhängige klinisch erfahrene Rater*innen.

³ Insgesamt hat sich der WBP unter Berücksichtigung folgender methodischer Einschränkungen für eine Anerkennung als Wirksamkeitsnachweis ausgesprochen: keine Erfassung von anderen, parallel laufenden Behandlungen; kleine Gruppengrößen; Erfassung von Outcomekriterien durch weniger valide Kurzversionen.

4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit

In den Anwendungsbereichen „1. Affektive Störungen“ und „13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung und tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ wurden jeweils zwei Studien als Wirksamkeitsnachweis anerkannt. Jeweils eine Studie wurde in den Anwendungsbereichen „4. Abhängigkeiten und Missbrauch“, „10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“, „14. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens“ und „Gemischte Störungen“ als Wirksamkeitsnachweis anerkannt. Es lag in keinem Anwendungsbereich eine Studie vor, die die Bedingungen für einen Nachweis des Therapieerfolgs noch mindestens sechs Monate nach Therapieende (6-Monats-Katamnese) erfüllt. Bei Kindern und Jugendlichen kann nach den

vom WBP entwickelten Kriterien (Abschnitt 2.2 des Methodenpapiers) für Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie auf der Grundlage der zur Verfügung gestellten und gesichteten Studien für keinen Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden.

5. Empfehlung für die Weiterbildung

Die Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie im Sinne des Antrags von VPKJ und GwG kann nicht als Psychotherapieverfahren für eine Weiterbildung zur umfassenden psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen empfohlen werden, weil für keinen Anwendungsbereich die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden konnte.

Berlin, 05.10.2026

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Strauß
(Vorsitzender)

Univ.-Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft
(Stellvertretender Vorsitzender)

Literatur

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 178(4), 294–304.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>

Bratton, S. C., & Landreth, G. L. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203956793>

Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482–488. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.482>

- 527 Chan, K.-L. R., & Ouyang, G. (2024). Impact of child-centered play therapy intervention on children
528 with autism reflected by brain EEG activity: A randomized controlled trial. *Research in Autism*
529 *Spectrum Disorders*, 112, 102336. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102336>
- 530 Chan, K.-L. R., & Ouyang, G. (2025). Association between changes in EEG alpha power and behav-
531 ioural outcome in autistic children induced by child-centred play therapy: A randomised con-
532 trolled trial. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(1), e12813.
533 <https://doi.org/10.1002/capr.12813>
- 534 Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled
535 trial for children with sexual abuse–related PTSD symptoms. *Journal of the American Acad-*
536 *emy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402. [https://doi.org/10.1097/00004583-](https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005)
537 [200404000-00005](https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005)
- 538 Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children:
539 Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adoles-*
540 *cent Psychiatry*, 36(9), 1228–1235. <https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00015>
- 541 Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress
542 disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Ar-*
543 *chives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1). <https://doi.org/10.1001/archpediat->
544 [rics.2010.247](https://doi.org/10.1001/archpediat-rics.2010.247)
- 545 Cooper, M., Rowland, N., McArthur, K., Pattison, S., Cromarty, K., & Richards, K. (2010). Randomised
546 controlled trial of school-based humanistic counselling for emotional distress in young peo-
547 ple: Feasibility study and preliminary indications of efficacy. *Child and Adolescent Psychiatry*
548 *and Mental Health*, 4(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-12>
- 549 Cooper, M., Stafford, M. R., Saxon, D., Beecham, J., Bonin, E.-M., Barkham, M., Bower, P., Cromarty,
550 K., Duncan, C., Pearce, P., Rameswari, T., & Ryan, G. (2021). Humanistic counselling plus pas-
551 toral care as usual versus pastoral care as usual for the treatment of psychological distress in

- 552 adolescents in UK state schools (ETHOS): A randomised controlled trial. *The Lancet Child &*
553 *Adolescent Health*, 5(3), 178–189. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30363-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30363-1)
- 554 Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite,
555 randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal*
556 *of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474–1484.
557 <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- 558 Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop,
559 R. J. (2019). A randomized controlled trial: Attachment-based family and nondirective sup-
560 portive treatments for youth who are suicidal. *Journal of the American Academy of Child &*
561 *Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721–731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>
- 562 Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychother-
563 apy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms.
564 *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191–199.
565 <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.011>
- 566 Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und*
567 *DSM-5 für Kinder und Jugendliche—III (DISYPS-III)*. Hogrefe.
- 568 Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist*
569 *von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendli-*
570 *chen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*
571 *(TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)*. Hogrefe.
- 572 Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive coun-
573 seling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*,
574 310(24), 2650. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282829>
- 575 Foroughe, M., Ashley, A., Neela, I., Darking, S., Bell, S., & Cordeiro, K. (2024). Emotion-focused ther-
576 apy for youth: Clinical outcomes of a single-site, randomized waitlist-controlled trial. *Person-*

- 577 *Centered & Experiential Psychotherapies*, 23(3), 277–295.
- 578 <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2294309>
- 579 Gazestan, E. M., Heydari, A., Makvandi, B., & Moradimanesh, F. (2021). The effect of group play ther-
580 apy on anxiety in children diagnosed with leukemia. *Preventive Care In Nursing and Mid-*
581 *wifery Journal*, 11(2), 49–55. <https://doi.org/10.52547/pcnm.11.2.49>
- 582 Gendlin, E. T., & Wiltschko, J. (2021). *Focusing in der Praxis: Eine schulenübergreifende Methode für*
583 *Psychotherapie und Alltag* (7. Aufl.). Klett-Cotta.
- 584 Goldstein, T. R., Krantz, M. L., Fersch-Podrat, R. K., Hotkowski, N. J., Merranko, J., Sobel, L., Axelson,
585 D., Birmaher, B., & Douaihy, A. (2020). A brief motivational intervention for enhancing medi-
586 cation adherence for adolescents with bipolar disorder: A pilot randomized trial. *Journal of*
587 *Affective Disorders*, 265, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.015>
- 588 Greenberg, L. S. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie: Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen*.
589 DGVT-Verlag.
- 590 Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4),
591 304–310. <https://doi.org/10.1037/h0041340>
- 592 Guerney, B. (1976). Filial therapy used as a treatment method for disturbed children. *Evaluation*,
593 3(1–2), 34–35.
- 594 Jenny, B., Goetschel, P., Schneebeil, M., Köpfli, S., & Walitza, S. (2019). *KOMPASS-F - Zürcher Kompe-*
595 *tenztraining für Fortgeschrittene für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Autismus-*
596 *Spektrum-Störung: Ein Praxishandbuch* (1. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH.
597 <https://doi.org/10.17433/978-3-17-034658-1>
- 598 Jenny, B., & Schär, C. (2010). Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-
599 Spektrum-Störungen – das KOMPASS-Training. *PERSON*, 14(1), 5–20.
600 <https://doi.org/10.24989/person.v14i1.2726>

- 601 Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychothera-
602 pie mit Kindern und Jugendlichen: Einige theoretische Überlegungen und praktische Anre-
603 gungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, & F. Kemper, *Personenzentrierte Psycho-*
604 *therapie mit Kindern und Jugendlichen* (Bd. 2, S. 225–252). Hogrefe.
- 605 Kahn, M., Ronen, A., Apter, A., & Sadeh, A. (2017). Cognitive–behavioral versus non-directive therapy
606 for preschoolers with severe nighttime fears and sleep-related problems. *Sleep Medicine*, 32,
607 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.12.011>
- 608 Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T., & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship
609 therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting*
610 *and Clinical Psychology*, 57(4), 522–535. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.4.522>
- 611 Kazdin, A. E., Esveltd-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1987). Problem-solving skills training
612 and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting*
613 *and Clinical Psychology*, 55(1), 76–85. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.76>
- 614 Kraak, B. (1961). Nondirective group therapy with institutionalized children. *Zeitschrift für Experimen-*
615 *telle und Angewandte Psychologie*, 8(4), 595–622.
- 616 Miller, W. R., & Rollnick, S. (2025). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing* (4.
617 Aufl.). Lambertus.
- 618 Monden-Engelhardt, C. (1997). Zur personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-
619 Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, & F. Kemper, *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern*
620 *und Jugendlichen* (Bd. 2, S. 9–70). Hogrefe.
- 621 Reigada, L. C., Polokowski, A. R., Walder, D. J., Szigethy, E. M., Benkov, K. J., Bruzzese, J.-M., & Masia
622 Warner, C. (2015). Treatment for comorbid pediatric gastrointestinal and anxiety disorders: A
623 pilot study of a flexible health sensitive cognitive-behavioral therapy program. *Clinical Prac-*
624 *tice in Pediatric Psychology*, 3(4), 314–326. <https://doi.org/10.1037/cpp0000116>
- 625 Rogers, C. R. (2020). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschli-*
626 *chen Beziehungen* (3. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

- 627 Schneider, S., Pflug, V., Margraf, J., & In-Albon, T. (2017). *Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei*
628 *psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Ruhr-Universität Bochum, Forschungs-
629 und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. <https://doi.org/10.13154/RUB.101.90>
- 630 Silk, J. S., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Meller, S., Siegle, G. J., McMakin, D. L., Forbes, E. E., Dahl, R. E.,
631 Kendall, P. C., Mannarino, A., & Ryan, N. D. (2018). A randomized clinical trial comparing indi-
632 vidual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders.
633 *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 542–554.
634 <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1138408>
- 635 Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S., & Brigham, G. S. (2013a). Intervention with substance-abus-
636 ing runaway adolescents and their families: Results of a randomized clinical trial. *Journal of*
637 *Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 600–614. <https://doi.org/10.1037/a0033463>
- 638 Slesnick, N., Guo, X., & Feng, X. (2013b). Change in parent- and child-reported internalizing and exter-
639 nalizing behaviors among substance abusing runaways: The effects of family and individual
640 treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 980–993.
641 <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9826-z>
- 642 Smith, D. M., & Landreth, G. L. (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing pre-
643 school children. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 13–33.
644 <https://doi.org/10.1037/h0088883>
- 645 Smith, N., & Landreth, G. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence: A
646 comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Ther-*
647 *apy*, 12(1), 67–88. <https://doi.org/10.1037/h0088872>
- 648 Szigethy, E., Bujoreanu, S. I., Youk, A. O., Weisz, J., Benhayon, D., Fairclough, D., Ducharme, P., Gon-
649 zalez-Heydrich, J., Keljo, D., Srinath, A., Bousvaros, A., Kirshner, M., Newara, M., Kupfer, D., &
650 DeMaso, D. R. (2014). Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in
651 youth with inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child & Adoles-*
652 *cent Psychiatry*, 53(7), 726–735. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.014>

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 8 PsychThG
Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Personenzentriert-Experienziellen Psychotherapie mit
Kindern und Jugendlichen

- 653 Szigethy, E., Youk, A. O., Gonzalez-Heydrich, J., Bujoreanu, S. I., Weisz, J., Fairclough, D., Ducharme,
654 P., Jones, N., Lotrich, F., Keljo, D., Srinath, A., Bousvaros, A., Kupfer, D., & DeMaso, D. R.
655 (2015). Effect of 2 psychotherapies on depression and disease activity in pediatric crohn's
656 disease: *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(6), 1 1321-1328.
657 <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000358>
- 658 Tewes, & Naumann, A. (2016). *Kinder-Angst-Test-III: Drei Fragebögen zur Erfassung der Ängstlichkeit*
659 *und von Zustandsängsten bei Kindern und Jugendlichen (KAT-III)*. Hogrefe.
- 660 von Staabs, G. (2004). *Der Scenotest: Beitrag zur Erfassung unbewusster Problematik und charaktero-*
661 *logischer Struktur in Diagnostik und Therapie* (9. Aufl.). Huber.
- 662 Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen—Einführung in die personenzentrierte Spielpsychothera-*
663 *pie* (6. Aufl.). Beltz Juventa.
- 664